

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA Ny."Y" DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS  
DI PBM RIRIN DWI AGUSTINI, SST DESA JELAKOMBO  
KECAMATAN JOMBANG KABUPATEN JOMBANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**



**BINTANG MEGA KRISNAWATI  
151110009**

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

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bintang Mega Krisnawati  
NIM : 151110009  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D3 Kebidanan

Menyatakan LTA dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "Y" dengan Kekurangan Energi Kronis di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo, Kec. Jombang Kab. Jombang secara keseluruhan benar-benar karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang 4 Oktober 2018

Saya Yang Menyatakan



**Bintang Mega Krisnawati**  
**NIM 151110009**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bintang Mega Krisnawati  
NIM : 151110009  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D3 Kebidanan

Menyatakan bahwa LTA dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "Y" dengan Kekurangan Energi Kronis di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo, Kec. Jombang Kab. Jombang secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang 4 Oktober 2018

Saya Yang Menyatakan



**Bintang Mega Krisnawati**  
NIM 151110009

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA NY “Y” DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS  
DI PBM RIRIN DWI AGUSTINI, SST DESA JELAKOMBO  
KECAMATAN JOMBANG KABUPATEN JOMBANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

**Oleh :**

**BINTANG MEGA KRISNAWATI**

**151110009**

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

## HALAMAN PERSETUJUAN

### ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "Y" DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS DI PBM RIRIN DWI AGUSTINI, SST DESA JELAKOMBO KECAMATAN JOMBANG KABUPATEN JOMBANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Bintang Mega Krisnawati

NIM : 151110009

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

Menyetujui

Pembimbing I



**Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes**

NIK. 02.08.127

Pembimbing II



**Ita Ni'matuz Zuhroh, SST., M.Kes**

NIK. 05.09.183

## HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA NY "Y" DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS  
DI PBM RIRIN DWI AGUSTINI, SST DESA JELAKOMBO  
KECAMATAN JOMBANG KABUPATEN JOMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Bintang Mega Krisnawati

NIM : 151110009

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 8 Juni 2018

dan dinyatakan telah memenuhi syarat dapat diterima

Mengesahkan,

**TIM PENGUJI**

NAMA

TANDA TANGAN

Penguji : Harnanik Nawangsari, SST., M.Keb

Utama : NIK. 02.03.012

Penguji I : Nining Mustika Ningrum, SST., M.Kes

NIK. 02.08.127

Penguji II : Ita Nikmatuz Zuhroh, SST., M.Kes

NIK. 05.09.183

Mengetahui,

Ketua STIKes ICMe



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

Ketua Program Studi D III  
Kebidanan



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

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bintang Mega Krisnawati

NIM : 15110009

Tempat dan Tanggal Lahir : Malang, 02 Nopember 1996

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

“Insan Cendekia Medika Jombang”

Menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.”Y” G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> dengan Kekurangan Energi Kronis di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang” adalah bukan studi kasus orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

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

Jombang, Mei 2018

Yang menyatakan



Bintang Mega Krisnawati

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Peneliti di lahirkan di Malang, 02 Nopember 1996, peneliti merupakan anak pertama dari tiga bersaudara pasangan Bapak Slamet Widodo dan Ibu Alief Laela. Pada tahun 2009 peneliti lulus dari SDN 01 Bringin, 2012 peneliti lulus dari SMP Negeri 1 Turen, tahun 2015 peneliti lulus dari SMA Negeri 1 Turen dan tahun 2015 – sekarang peneliti menempuh pendidikan di STIKes ICMe Jombang. Peneliti memilih program studi DIII Kebidanan dan masuk melalui jalur PMDK .

Demikian daftar riwayat hidup ini di buat dengan sebenar- benarnya.

Jombang, Mei 2018



Bintang Mega Krisnawati



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny “Y” dengan Kekurangan Energi Kronis” sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

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

1. H. Imam Fatoni, SKM.,MM, selaku ketua STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
2. Nining Mustika Ningrum, SST.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang sekaligus pembimbing I yang telah memberikan kesempatan dan bimbingan menyusun Laporan Tugas Akhir ini sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
3. Ita Ni'matuz Zuhroh, SST.,M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
4. Ririn Dwi Agustini, SST, yang telah memberikan izin untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di PBM Ririn Dwi Agustini, SST.
5. Ibu Yuliati selaku responden atas kerjasamanya yang baik.
6. Bapak, Ibu, kakak dan adik saya atas cinta, dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.
7. 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 peneliti mengharapkan masukan dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Jombang, 10 Mei 2018

Peneliti

## ABSTRAK

### ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "Y" DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS DI PBM RIRIN DWI AGUSTINI, SST DESA JELAKOMBO KECAMATAN JOMBANG KABUPATEN JOMBANG

Oleh :

Bintang Mega Krisnawati  
151110009

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi yang sehat dan cukup bulan melalui jalan lahir, agar kehamilan berkembang dengan normal dibutuhkan gizi yang baik dan seimbang. Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro maupun zat gizi mikro terutama vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium dan iodium serta zat gizi mikro lain. Tujuan LTA memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny "Y" dengan Kekurangan Energi Kronis.

Metode Asuhan dalam LTA ini adalah dengan wawancara, observasi dan penatalaksanaan asuhan. Subyek dalam asuhan ini adalah Ny "Y" dengan Kekurangan Energi Kronis di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.

Hasil asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny "Y" selama kehamilan trimester II dan trimester III dengan KEK, pada persalinan dengan KEK dan persalinan secara spontan tidak ada penyulit, pada masa nifas dengan nifas normal, pada BBL dengan BBLN, pada neonatus dengan neonatus normal, dan menjadi akseptor KB suntik 3 bulan.

Kesimpulan dari asuhan kebidanan secara komprehensif ini didapat dengan melakukan asuhan kebidanan secara mandiri dan penanganan secara dini, tidak ditemukan adanya penyulit dari mulai persalinan sampai nifas dan neonatus. Disarankan pada bidan untuk mempertahankan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standart, dan tetap melakukan pemeriksaan ANC pada setiap ibu hamil guna mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin.

**Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Komprehensif, Kekurangan Energi Kronis**

# DAFTAR ISI

Halaman

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN 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>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Manfaat .....	6
1.5 Ruang Lingkup.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	8
2.2 Konsep Dasar Persalinan.....	36
2.3 Konsep Dasar Nifas.....	56
2.4 Konsep Dasar Bayi Bru Lahir .....	70
2.5 Konsep Dasar Neonatus .....	74
2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana.....	82
<b>BAB III ASUHAN KEBIDANAN .....</b>	<b>85</b>
3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester II dan Trimester III .....	85
3.2 Asuhan Kebidanan Persalinan.....	91
3.3 Asuhan Kebidanan Nifas.....	98
3.4 Asuhan Kebidanan BBL .....	104
3.5 Asuhan Kebidanan Neonatus .....	107
3.6 Asuhan Kebidanan KB.....	112
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>114</b>
4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester II dan Trimester III .....	114
4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan.....	126
4.3 Asuhan Kebidanan Nifas.....	133
4.4 Asuhan Kebidanan BBL .....	138
4.5 Asuhan Kebidanan Neonatus .....	143
4.6 Asuhan Kebidanan KB.....	147
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>150</b>
5.1 Kesimpulan .....	150
5.2 Saran.....	151

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>152</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>154</b>

## **DAFTAR TABEL**

Halaman

<b>Tabel 2.1</b> Identifikasi Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimseter II & III .....	18
<b>Tabel 2.2</b> Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan IMT.....	22
<b>Tabel 2.3</b> Kisaran Penambahan Berat Badan Total Selama Kehamilan .....	23
<b>Tabel 2.4</b> Proses Involusi Uteri .....	58
<b>Tabel 2.5</b> Tanda APGAR .....	69
<b>Tabel 2.5</b> Jenis-Jenis Imunisasi Pada Bayi.....	79
<b>Tabel 4.1</b> Distribusi Subjektif dan Data dari Variabel Kehamilan.....	117
<b>Tabel 4.2</b> Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel INC .....	127
<b>Tabel 4.3</b> Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel PNC.....	134
<b>Tabel 4.4</b> Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel BBL.....	139
<b>Tabel 4.5</b> Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Neonatus .....	144
<b>Tabel 4.6</b> Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel KB.....	147

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
<b>Lampiran 1</b> Surat Persetujuan Bidan.....	154
<b>Lampiran 2</b> Surat Pernyataan Pasien.....	155
<b>Lampiran 3</b> Lembar KIA.....	156
<b>Lampiran 4</b> Hasil USG .....	157
<b>Lampiran 5</b> Lembar Partograf .....	159
<b>Lampiran 6</b> Catatan Kesehatan Ibu Bersalin, Nifas dan BBL.....	160
<b>Lampiran 7</b> Kunjungan Nifas .....	161
<b>Lampiran 8</b> Kunjungan Neonatus .....	162
<b>Lampiran 9</b> Catatan Imunisasi.....	163
<b>Lampiran 10</b> Kartu KB.....	164
<b>Lampiran 11</b> Lembar Konsul .....	165

## DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG

KEK	: Kekurangan Energi Kronis
WHO	: <i>World Health Organization</i>
PKG	: Pemantauan Konsumsi Gizi
LILA	: Lingkae Lengan Atas
IMT	: Indeks Massa Tubuh
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BBL	: Bayi Baru Lahir
ASI	: Air Susu Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
COC	: <i>Continuity of Care</i>
KB	: Keluarga Berencana
USG	: Ultrasonografi
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MSH	: <i>Melanocyte Stimulating Hormone</i>
BMR	: <i>Basal Metabolic Rate</i>
TT	: Tetanus Toxoid
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
DJJ	: Denyut Jantung Janin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
ROT	: <i>Roll Over Test</i>
BMI	: <i>Bosy Mass Indeks</i>
SPK	: Standart Pelayanan Kebidanan
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
SAR	: Segmen Atas Rahim
SAB	: Segmen Bawah Rahim
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
MOW	: Metode Operatif Wanita
MOP	: Metode Operatif Pria
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotrophin</i>
	HPL : <i>Human Plasental Lactogen</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi yang sehat dan cukup bulan melalui jalan lahir, agar kehamilan berkembang dengan normal dibutuhkan gizi yang baik dan seimbang. Gizi yang baik dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mendukung proses pertumbuhan organ pendukung proses kehamilan. Ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi akan berakibat pada Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan janin yang dikandungnya juga akan mengalami kekurangan gizi.<sup>1</sup> Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro (karbohidrat, protein, lemak) maupun zat gizi mikro terutama vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium dan iodium serta zat gizi mikro lain pada wanita usia subur yang berkelanjutan (remaja sampai masa kehamilan). Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada masa kehamilan ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama yang diukur dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm dan Indeks Massa Tubuh (IMT) <18,5 cm.<sup>2</sup>

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada kehamilan secara global 37-75% dengan jumlah paling tinggi pada trimester ketiga dibandingkan pada trimester pertama dan kedua kehamilan. WHO juga mencatat 40 % kematian ibu di Negara berkembang dengan prevalensi terbanyak dari kasus tersebut

karena ibu Kurang Energi Kronis (KEK) yang dapat menyebabkan status gizinya berkurang.<sup>3</sup> Hasil Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) yang dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data PSG tahun 2016 menunjukkan sebanyak 73,7% ibu hamil yang belum memenuhi kecukupan energi dan 70,7% ibu hamil yang belum memenuhi kecukupan protein dalam konsumsinya sehari-hari. Dengan kecukupan energi dan protein di atas maka hal ini berkontribusi cukup besar terhadap terjadinya ibu hamil KEK di Indonesia.<sup>4</sup> Prevalensi risiko KEK di Jawa Timur tahun 2014 wanita hamil mencapai 27,5%.<sup>5</sup> Berdasarkan hasil survey, jumlah ibu hamil dengan KEK di Kabupaten Jombang tahun 2014 adalah 11,5%, yang mendapat suplemen gizi sebesar 8,27%.<sup>6</sup> Berdasarkan studi kasus pada tahun 2016 yang ada di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang dengan LILA <23,5 cm terdapat 23 orang (14,2%) dari 161 ibu hamil yang menderita KEK yang menyebabkan 6,2% bayi lahir dengan BBLR, 1,8% ibu dengan anemia dan 1,2% persalinan lama. Sedangkan tahun 2017 terdapat 31 orang (16,8%) dari 184 ibu hamil yang menderita KEK.<sup>7</sup>

Terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil disebabkan karena adanya ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tidak tercukupi. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian Thaha dkk (2014), menyatakan bahwa faktor penyebab terjadinya status gizi kurang pada ibu hamil adalah pengetahuan, status gizi (konsumsi pangan), pendidikan, penyakit infeksi (tingkat kesehatan), pekerjaan, dan status ekonomi.<sup>8</sup>



Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu antara lain : anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh Kekurangan Energi Kronis (KEK) terhadap proses persalinan dapat menyebabkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat. Risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) terhadap janin dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum dan lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Kekurangan gizi pada ibu nifas dapat menyebabkan lamanya proses involusi uteri, infeksi, produksi ASI tidak lancar dan konstipasi.<sup>9</sup>

Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dapat dibantu dengan cara pengaturan pola makan yang benar dan teratur selama kehamilan. Seorang ibu hamil memerlukan tambahan energi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, pertambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme ibu. Kebutuhan energi untuk ibu hamil perlu tambahan kira-kira 80.000 kalori selama masa kurang lebih 280 hari. Hal ini berarti perlu tambahan ekstra sebanyak kurang lebih 300 kalori setiap hari selama hamil. Ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) dapat dibantu dengan pola makan dan kebiasaan makan yang baik selama kehamilan. Pola makan dan kebiasaan makan yang baik sangat dianjurkan bagi ibu hamil terutama ibu hamil dengan KEK yaitu menu seimbang dengan jenis makanan yang bervariasi, tidak dianjurkan melakukan aktivitas berat,

istirahat cukup, konsumsi vitamin B kompleks dan tablet Fe selama kehamilan, melakukan pemeriksaan rutin 1 bulan sekali dan ANC terpadu. Pada masa nifas makan makanan yang bergizi agar tidak terjadi infeksi dan produksi ASI lancar, ibu dianjurkan memakai kontrasepsi hormonal agar tidak mengurangi berat badan ibu.<sup>10</sup>

Berdasarkan fakta di atas, masalah Kekurangan Energi Kronis (KEK) ibu hamil merupakan masalah penting yang erat hubungannya dengan masalah mortalitas maternal, maka pada kesempatan ini penulis tertarik untuk menyelesaikan masalah secara *Continuity of Care* (COC) yaitu mendampingi ibu selama kehamilan, proses persalinan, kunjungan nifas, asuhan bayi baru lahir, dan KB serta mengambil judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”Y” dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Kebidanan secara Komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, Neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan management kebidanan pada Ny.”Y” G2P1A0 dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang Tahun 2017” ?

## **1.3 Tujuan Penyusunan Laporan Tugas Akhir**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, Neonatus dan KB dengan menggunakan

pendekatan management kebidanan pada Ny."Y" G2P1A0 dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan ibu hamil trimester II dan trimester III pada Ny."Y" G2P1A0 UK 28 minggu dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.
2. Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny."Y" G2P1A0 UK 28 minggu di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.
3. Melakukan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny."Y" di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.
4. Melakukan asuhan kebidanan BBL pada Bayi Ny."Y" di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.
5. Melakukan asuhan kebidanan Neonatus pada Bayi Ny."Y" di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.
6. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny."Y" di PBM Ririn Dwi Agustina, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan, pengalaman, wawasan dan bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, Bayi Baru Lahir, Neonatus dan Pelayanan Kontrasepsi serta pemahaman penulisan dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir, khususnya asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny.”Y” dengan Kekurangan Energi Kronis di PBM Ririn Dwi Agustini, SST di Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### 1. Bagi Klien

Klien dapat merasa puas, aman, nyaman dan mengetahui serta memahami tentang perubahan fisiologis pada ibu hamil sampai nifas dan kebutuhan–kebutuhan selama kehamilan sampai nifas, sehingga ibu dapat memulai masa kehamilan sampai nifas dengan sehat dan terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan.

#### 2. Bagi Lahan Praktik (PBM)

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yaitu Asuhan Sayang Ibu, khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis, psikologis dan asuhan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, Bayi Bru Lahir, Neonatus dan pelayanan kontrasepsi secara komprehensif.

### 3. Bagi Bidan

Bahan informasi dan masukan pada Bidan khususnya pada bagian yang terkait dalam meningkatkan kualitas pelayanan sehingga dapat memberikan pelayanan yang aktual dan potensial pada ibu hamil.

### 4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai kajian terhadap materi asuhan kebidanan serta referensi bagi pengajaran perkuliahan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, Neonatus dan KB secara bermutu dan berkesinambungan.

## **1.5 Ruang Lingkup**

### 1.5.1 Sasaran

Ditujukan kepada Ny."Y" G2P1A0 dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, Neonatus dan KB.

### 1.5.2 Tempat

Lokasi yang digunakan untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.

### 1.5.3 Waktu

Asuhan kebidanan komprehensif ini dilaksanakan pada bulan Desember 2017 sampai Mei 2018.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan**

##### 2.1.1 Teori Tentang Kehamilan

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir.<sup>11</sup> Kehamilan harus direncanakan dengan baik agar bisa menghasilkan keturunan yang berkualitas karena tubuh wanita mengalami perubahan sepanjang hidupnya. Oleh karena itu, usia merupakan faktor penting dalam menentukan waktu ideal untuk hamil. Usia reproduksi yang baik yaitu usia 20-35 tahun. Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan berbagai masalah.

Hal itu dikarenakan kondisi fisik wanita belum 100% siap. Kehamilan dan persalinan pada usia tersebut dapat memicu meningkatnya angka kematian ibu dan janin sebesar 4-6 kali lipat dibandingkan wanita yang hamil dan bersalin pada usia 20-35 tahun. Pada usia di atas 35 tahun secara fisik bukanlah usia yang ideal untuk hamil. Pada usia tersebut produksi hormon progesteron sedikit. Padahal hormon tersebut dibutuhkan untuk membantu pematangan sel telur di dalam lapisan rahim.<sup>12</sup>

## 2.1.2 Teori Tentang Kehamilan Trimester II

### 1. Pengertian

Trimester II merupakan kehamilan pada minggu ke-12 sampai minggu ke-28. Karakteristik utama perkembangan intrauterin pada trimester kedua adalah penyempurnaan struktur organ umum dan mulai berfungsinya berbagai sistem organ.<sup>13</sup>

Trimester II yaitu minggu 12 – 14. Pada trimester kedua ini terjadi peningkatan perkembangan janin. Pada minggu ke-18 kita bisa melakukan pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) untuk mengecek kesempurnaan janin, posisi plasenta, dan kemungkinan bayi kembar.<sup>14</sup> Gerakan janin pertama kali dirasakan oleh ibu sekitar usia 18 minggu. Normal gerakan janin pada usia 32 minggu keatas lebih dari 10 kali.<sup>15</sup>

### 2. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Kehamilan Trimester II

#### a. Sistem Reproduksi

##### 1). Vagina dan Vulva

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

##### 2). Serviks Uteri

Konsistensi serviks menjadi lunak dan kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

### 3). Uterus

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin.

### 4). Ovarium

Pada usia kehamilan 16 minggu, plasenta mulai terbentuk dan menghentikan fungsi korpus luteum graviditatum.

### b. Sistem Payudara

Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum.

### c. Sistem Endokrin

Adanya peningkatan hormon estrogen dan progesteron serta terhambatnya pembentukan FSH dan LH.

### d. Sistem Perkemihan

Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke arah atas.

### e. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar ke arah atas dan lateral.



f. Sistem Muskuloskeletal

Selama trimester kedua mobilitas persendian akan berkurang terutama pada persendian siku dan pergelangan tangan dengan meningkatkan retensi cairan pada jaringan konektif/jaringan yang berhubungan disekitarnya.

g. Sistem Kardiovaskular

Pada usia kehamilan 16 minggu, mulai jelas kelihatan terjadi proses himodilusi. Setelah 24 minggu tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum aterm. Perubahan auskultasi mengurangi perubahan ukuran dan posisi jantung.

h. Sistem Integumen

Akibat peningkatan kadar hormon esterogen dan progesteron, kadar MSH pun meningkat. Terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh MSH dan pengaruh kelenjar suprarenalis.

i. Sistem Metabolisme

Pada wanita hamil *basal metabolic rate* (BMR) meninggi. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari.

j. Sistem Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh

Selama kehamilan trimester II kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg per minggu.

### k. Sistem Darah dan Bekuan Darah

#### 1). Sistem Darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian.

Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah.

#### 2). Pembekuan Darah

Bekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana telah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin.<sup>16</sup>

### 3. Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Kehamilan Trimester II

- a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c. Merasakan gerakan janin.
- d. Merasakan terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- e. Libido meningkat.
- f. Menuntut perhatian dan cinta.
- g. Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- h. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang belum menjadi ibu.
- i. Ketertarikan dan aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.<sup>17</sup>

### 2.1.3 Teori Tentang Kehamilan Trimester III

#### 1. Pengertian

Trimester III merupakan kehamilan pada minggu ke-28 sampai minggu ke 38-42. Karakteristik utama perkembangan intrauterin pada trimester ketiga adalah penyempurnaan struktur organ khusus dan penyempurnaan fungsi berbagai sistem organ.<sup>18</sup>

Trimester III yaitu minggu 24 – 40. Pada trimester ini semua organ tubuh tumbuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi seperti menendang atau menonjok, serta dia sudah memiliki periode tidur dan bangun.<sup>19</sup>

#### 2. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Kehamilan Trimester III

##### a. Uterus

Pada akhir kehamilan berat uterus menjadi 1000 gram (normal 20 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm, pada kehamilan 28 minggu fundus uterus terletak kira-kira 3 jari di atas pusat atau 1/3 jarak antara pusat ke prosesus xipodeus.

##### b. Vagina dan vulva

Akibat hormon esterogen mengalami perubahan adanya hipervaskularisasi yang mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan kebiru-biruan (tanda *chadwick*), cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

##### c. Payudara

Mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada laktasi. Perkembangan payudara

tidak dapat dilepas dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu esterogen dan progesteron.

d. Sirkulasi Darah

Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu, terdapat kecenderungan peningkatan tekanan darah. Sama halnya dengan pembuluh darah yang lain, vena tungkai juga mengalami distensi vena tungkai berpengaruh pada kehamilan lanjut karena terjadi obstruksi aliran balik vena.

e. Sistem Respirasi

Elespansi diafragma dibatasi oleh pembesaran uterus, diafragma naik 4 cm. Kondisi ini menyebabkan ibu bernafas pendek dan saat terjadi pada 60% wanita hamil.

f. Sistem Pencernaan

Karena pengaruh esterogen, pengeluaran asam lambung meningkat hal ini yang menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (hipersaliva), daerah lambung terasa panas dan mual muntah.

g. Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, muncul keluhan sering berkemih karena kepala janin turun ke pintu atas panggul, desakan ini menyebabkan kandung kemih terus terasa penuh.<sup>20</sup>

3. Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Kehamilan Trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.

- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan terpisah dengan bayinya.
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sudah terluka (sensitif).
- h. Libido menurun.<sup>21</sup>

#### 2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester II dan III

##### 1. Oksigen

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

##### 2. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori per hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

### 3. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

### 4. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam pakaian.

### 5. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus.

### 6. Seksual

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

### 7. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk

melakukan dengan dan cara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

#### 8. Body Mekanik

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil.

#### 9. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan kegiatan istirahat khususnya seiring dengan kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin.

#### 10. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

#### 11. Persiapan Laktasi

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang

menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.<sup>22</sup>

### 2.1.5 Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester II dan III

**Tabel 2.1 Identifikasi Ketidaknyamanan yang Dirasakan Ibu Hamil pada Trimester II dan III**

Ketidaknyamanan	Dasar Anatomis dan Fisiologis	Cara Meringankan atau Mencegah
Keputihan	Hiperplasia mukosa vagina, peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.	Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan nilon, menghindari pencucian vagina dan mencuci vagina dengan sabun dari arah depan ke belakang.
Sering Buang Air Kecil (BAK)	Tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat ekskresi sodium meningkat, air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah.	Penjelasan mengenai sebab terjadinya, kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing, perbanyak minum pada siang hari, jangan banyak minum di malam hari, batasi minum kopi, teh dan cola.
Chloasma	Kecenderungan genetik, peningkatan kadar estrogen dan mungkin progesteron.	Hindari sinar matahari berlebihan selama kehamilan, gunakan bahan pelindung non alergis.
Striae Gravidarum (Garis-garis di perut)	Penyebab tidak jelas, bisa timbul akibat perubahan hormon, mungkin berkaitan dengan ekskresi cortocosteroid.	Gunakan emolien topical atau antipruritik jika ada indikasinya, gunakan pakaian yang menopang payudara dan abdomen.
Hemorrhoid	Konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus gravid, dukungan yang tidak memadai pada vena hemorrhoid, kurangnya klep dalam pembuluh, statis, gravitas dan tekanan vena yang meningkat.	Salep topical, cream hidrokortison ke dalam rektum, hindari BAB sambil jongkok.
Konstipasi	Peningkatan kadar progesteron, penurunan motilitas, penyerapan air dari colon meningkat, tekanan dari uterus membesar pada usus, suplemen zat gizi, diit, kurang senam.	Tingkatkan intake cairan, buah prem, minum cairan dingin/panas, istirahat cukup, senam, BAB teratur, BAB segera setelah adanya dorongan.
Sesak Napas	Peningkatan kadar progesteron, menurunnya kadar CO <sub>2</sub> , meningkatnya kadar O <sub>2</sub> , uterus membesar dan menekan diafragma.	Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal, berdiri dan merentangkan lengan di atas kepala serta menarik napas panjang, latihan napas melauli senam hamil, tidur



		dengan bantal tinggi, makan tidak terlalu banyak.
Pusing	Hipertensi postural, pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai, mungkin hipoglikemia.	Bangun secara perlahan dari posisi istirahat, hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak, hindari berbaring dalam posisi terlentang.
Nyeri Ligamentum Rotundum	Hipertropi dan peregangan ligamentum selama kehamilan, tekanan dari uterus pada ligamentum.	Tekuk lutut ke arah abdomen, mandi air hangat, gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit, topang uterus dengan bantal dibawahnya.
Varises pada kaki/vuva	Kongesti vena dalam vena bagian bawah, kerapuhan jaringan elastis yang diakibatkan oleh esterogen, kecenderungan bawaan keluarga, faktor usia dan berdiri lama.	Tinggikan kaki sewaktu berbaring/duduk, jaga agar kaki jangan bersilangan, hindari berdiri/duduk terlalu lama, berbaring miring kiri saat istirahat, kenakan kaos kaki. <sup>23</sup>

*Sumber : Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil) 2010*

### 2.1.6 Antenatal Care (ANC)

#### 1. Pengertian

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga professional (dokter, spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) untuk ibu selama kehamilannya. Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga professional untuk ibu selama masa kehamilan, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan.

#### 2. Standar Asuhan Pelayanan Antenatal Care

Standar minimal kontrol ANC sedikitnya 4 kali, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali, TM III minimal 2 kali. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan anamnesis serta pemantauan ibu dan janin, mengenali adanya kelainan pada kehamilan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan<sup>24</sup>.

Pelayanan atau asuhan standart minimal termasuk 10 T :

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur lingkar lengan atas (LILA)
- c. Ukur tekanan darah
- d. Ukur TFU
- e. Hitung denyut jantung janin (DJJ)
- f. Tentukan presentasi janin
- g. Beri imunisasi TT
- h. Beri tablet tambah darah ( tablet Fe)
- i. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Seperti berikut :

- 1) Pemeriksaan golongan darah
- 2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)
- 3) Pemeriksaan protein dalam urine
- 4) Pemeriksaan kadar gula darah
- 5) Pemeriksaan darah malaria
- 6) Pemeriksaan tes sifilis
- 7) Pemeriksaan HIV
- 8) Pemeriksaan BTA<sup>25</sup>

## 2.1.7 Teori Tentang Kurangan Energi Kronis (KEK)

### 1. Pengertian

Kekurangan energi kronis atau yang selanjutnya disebut dengan KEK merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk yang disebabkan kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang

mengandung zat gizi makro. Kebutuhan wanita akan meningkat dari biasanya jika pertukaran dari hampir semua bahan itu terjadi sangat aktif terutama pada trimester III. Peningkatan jumlah konsumsi makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin, maka kurang mengkonsumsi kalori akan menyebabkan malnutrisi.

Kekurangan Energi Kronik (KEK) suatu keadaan kekurangan makanan dalam waktu yang lama sehingga menyebabkan ukuran Indeks Masa Tubuhnya (IMT) di bawah normal <18,4-19,8 dan LILA kurang dari 23,5 untuk orang dewasa.

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

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

Rumus IMT = Berat badan / (tinggi badan x tinggi badan)

**Tabel 2.2 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh**

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

*Sumber: Sarwono, 2014*

Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 20% dari kenaikan berat badan ideal sebelum hamil. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

- a. Kenaikan berat badan trimester I kurang lebih 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- b. Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg per minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan karena pertumbuhan jaringan ibu.
- c. Kenaikan berat badan trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg per minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ibu karena pertumbuhan jaringan janin.

**Tabel 2.3 Kisaran Pertambahan Berat Badan Total yang Direkomendasikan untuk Wanita Hamil**

Status Prakehamilan	Kategori Berat Badan Berbanding Tinggi Badan Prakehamilan	IMT	Pertambahan Total yang Doirekomendasikan	
			PON	KG
Berat badan kurang	<90% berat badan ideal	<19,8	28-40	12,8-18
Berat badan ideal	90%-120% berat badan ideal	19,8- 26	25-35	11,5-16
Berta badan cukup lebih	121%-135% berat badan ideal	26-29	15-25	7-11,5
Berat badan sangat lebih	>135% berat badan ideal	>29	≥15	≥7,0
Kisaran keseluruhan			15-40	7-18

*Sumber: Sharon, 2012*

## 2. Penyebab Kekurangan Energi Kronis (KEK)

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

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

### a. Penyebab Langsung

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

### b. Penyebab Tidak Langsung

#### 1) Hambatan utilitas zat-zat gizi

Hambatan utilitas zat-zat gizi ialah hambatan penggunaan zat-zat gizi karena susunan asam amino didalam

tubuh tidak seimbang yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan penurunan konsumsi makan.

- 2) Hambatan absorpsi karena penyakit infeksi atau infeksi cacing.
- 3) Ekonomi yang kurang.
- 4) Pendidikan umum dan pendidikan gizi kurang.
- 5) Produksi pangan yang kurang mencukupi kebutuhan.
- 6) Kondisi hygiene yang kurang baik.
- 7) Jumlah anak yang terlalu banyak.
- 8) Penghasilan rendah.
- 9) Perdagangan dan distribusi yang tidak lancar dan tidak merata.<sup>26</sup>

#### 4. Akibat dari Kekurangan Energi Kronis (KEK)

##### a. Terhadap Ibu Hamil

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

##### b. Terhadap Persalihan

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

c. Terhadap Janin

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

d. Terhadap Ibu Nifas

Gizi kurang pada ibu nifas dapat menyebabkan lamanya proses involusi uteri, infeksi, produksi ASI tidak lancar dan konstipasi.<sup>27</sup>

5. Langkah Penanganan KEK

- a. Mengajukan kepada ibu untuk mengonsumsi makanan-makanan yang berpedoman umum gizi seimbang.
- b. Hidup sehat dengan melakukan pengaturan diet yang benar dan teratur selama kehamilan.
- c. Istirahat cukup.
- d. Diberi penyuluhan mengenai gizi seimbang yang diperlukan oleh ibu hamil.
- e. Peningkatan variasi dan jumlah makanan.
- f. Mengurangi beban kerja pada ibu hamil.
- g. Konsumsi vitamin B kompleks dan tablet Fe selama kehamilan.
- h. Melakukan pemeriksaan rutin 1 bulan sekali dan ANC terpadu.<sup>28</sup>

2.1.8 Deteksi Dini Preeklamsia

Deteksi dini preeklamsia pada ibu hamil pada kegiatan antenatal care merupakan salah satu standar pelayanan kebidanan (SPK) yaitu

dengan melakukan ukur tekanan darah. Dalam pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan, bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.<sup>29</sup>

Skринing untuk deteksi dini preeklamsia pada ibu hamil dilakukan pemeriksaan dengan cara sebagai berikut :

1. *Body Mass Indeks* (BMI) atau Indeks Masa Tubuh (IMT)

*Body Mass Indeks* (BMI) atau Indeks Masa Tubuh (IMT) merupakan suatu pengukuran yang menunjukkan hubungan antara berat badan dan tinggi badan.

Rumus BMI atau IMT :  $BB/TB^2$

Berat badan sebelum hamil dalam kilogram dan tinggi badan dalam meter.

Hasil:

<16,5 : *Severe Underweight*

16,5-18,5 : *Underweight*

18,5-25 : Normal

25-30 : *Overweight*

30-35 : *Moderate Obesity*

35-40 : *Severe Obesity*

>40 : *Morbid/Masive Obesity*

BMI atau IMT >28,8 risiko Preeklamsia.



## 2. Mean Arterial Pressure (MAP)

*Mean Arterial Pressure* adalah tekanan arteri rata-rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah *systole* dan tekanan darah *diastole*<sup>30</sup>. Pada trimester II nilai normal dari MAP adalah  $\geq 90$  mmHg.

Rumus MAP adalah sebagai berikut :

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

Keterangan : D : *diastolik*

S : *sistolik*

## 3. Roll Over Test (ROT)

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

Cara melakukan ROT :

- a. Penderita tidur miring ke kiri kemudian tekanan darah dihitung dan dicatat.
- b. Diulang setiap 5 menit sampai tekanan darah atau tekanan diastolik tidak berubah.
- c. Penderita tidur terlentang dan secepatnya diukur lalu lima menit kemudian diukur kemudian dicatat kembali.
- d. Positif apabila selisih diastolik antara berbaring miring dan terlentang 20 mmHg atau lebih.

#### 4. *Doppler Velocimetry*

PJT tipe II yang terutama disebabkan oleh infusensi plasenta akan terdiagnosis dengan baik secara Doppler USG. Peningkatan perifer dari kapiler-kapiler dalam rahim akan ditandai dengan penurunan tekanan diastol sehingga S/D ratio akan naik. Doppler USG dianggap sebagai metode yang paling dini mendiagnosis adanya gangguan pertumbuhan sebelum terlihat tanda-tanda lainnya. Kelainan aliran darah pada pemeriksaan Doppler baru akan terdeteksi dengan pemeriksaan KTG satu minggu kemudian.<sup>31</sup>

#### 2.1.9 Konsep SOAP Pada Kehamilan dengan KEK

##### 1. Data subjektif (S)

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

##### 2. Data Obyektif (O)

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

##### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : untuk mengetahui keadaan ibu baik atau tidak.

Kesadaran : composmentis, apatis, samnolen, sopor, semi koma, delirium, koma.

TTV : Tekanan Darah : 110/70 sampai 130/80 mmHg.

Apabila tekanan lebih dari 140/90 mmHg dapat berlanjut pada *pre-eklamsi* apabila tidak ditangani dengan tepat

Nadi : 80-90 x/menit.

Pernapasan : 16-24 x/menit.

Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ .

Lila : < 23,5 cm.

IMT : < 18,5.

Tinggi Badan : 145 cm atau lebih.

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

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

Muka : Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat pigmen yang berlebihan, tidak sembab.

Mata : Bentuk simetris, konjungtiva normal warna

merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi hepatitis, bila merah ada kemungkinan konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan pre eklamsi.

- Mulut : Adakah sariawan dan bagaimana kebersihannya. Adakah *stomatitis* dan *gingivitis* yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Adakah caries gigi. Perawatan gigi selama kehamilan adalah penting. Pemeriksaan gigi pada awal kehamilan direkomendasikan dengan perbaikan gigi sesuai indikasi.
- Dada : Normal bentuk simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol, keluar cairan kuning kental/kolostrum pada usia kehamilan 32 minggu akibat perubahan anatomi dan fisiologi yang normal pada kehamilan.
- Abdomen : Mengetahui terdapat luka bekas operasi atau tidak, terdapat linea nigra, dan pembesaran abdomen, menentukan TFU Mc. Donald (cm) dan pemeriksaan Manuver palpasi Leopold,

ukuran TFU selama kehamilan yaitu : UK 12 minggu teraba 1-2 jari di atas simpisis, UK 16 minggu teraba di antara pusat dan simpisis, UK 20 minggu teraba 3 jari di bawah pusat, UK 24 minggu teraba setinggi pusat, UK 28 minggu teraba 3 jari di atas pusat, UK 32 minggu teraba di antara pusat dan *processus xipioideus*, UK 36 minggu teraba setinggi *processus xipioideus*, UK 40 minggu teraba 3 jari di bawah *processus xipioideus*, bagian apa yang teraba pada fundus, menetapkan bagian yang terletak di bagian samping/menentukan letak punggung, menentukan bagian terendah janin dan memastikan sudah masuk PAP atau belum, menentukan bagian terbawah janin sudah seberapa jauh masuk PAP.

- DJJ : Memastikan DJJ janin ada, normal 120-160x/menit.
- TBJ : Memastikan TBJ sesuai usia kehamilan, melihat resiko BBLR atau tidak.
- Genetalia : Normalnya tidak ada varises pada vulva dan vagina, dan tidak odema.
- Anus : Normalnya tidak ada benjolan atau

pengeluaran darah dari anus.

Ekstremitas : Normalnya simetris dan tidak odem.

c. Pemeriksaan penunjang (jika ada atau diperlukan)

Hasil USG : Menentukan implantasi plasenta, menentukan bagian terbawah janin, menentukan tafsiran persalinan, mengetahui Tafsiran Berat Janin, mengetahui kondisi janin dalam kandungan, melihat jenis kelamin bayi, melihat pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan.

Darah : Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis cenderung rendah dan dapat digolongkan sebagai berikut: Hb 9-10 gr% anemia ringan. Hb 7-8 gr% anemia sedang.

Urin : Menentukan adanya penyakit diabetes atau pre eklamsi jika di temukan protein dalam urin.

3. Analisa Data (A)

Kesimpulan apa yang dibuat berdasarkan data subyektif dan data obyektif sebagai hasil pengambilan keputusan klinis terhadap klien tersebut.

Contoh: G...P...A... UK... Minggu dengan KEK

#### 4. Penatalaksanaan (P)

Apa yang dilakukan berdasarkan kesimpulan dan evaluasi terhadap hasil keputusan yang diambil dalam rangka mengatasi masalah klien atau memenuhi kebutuhan klien.

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

- a. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini.
- b. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan.
- c. Memberikan KIE tentang gizi seimbang.
- d. Memberikan KIE tentang pola makan dan nutrisi yang benar.
- e. Memberikan KIE tentang pola aktifitas.
- f. Memberikan KIE tentang pola istirahat.
- g. Memberikan KIE tentang komplikasi jika ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis.
- h. Menganjurkan ibu melakukan kontrol ulang ke petugas kesehatan 1 bulan lagi atau jika ada keluhan sewaktu-waktu.<sup>32</sup>

## 2.2 Konsep Dasar Persalinan

### 2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-

42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.<sup>33</sup>

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar.<sup>34</sup>

## 2.2.2 Tanda-tanda Persalinan

### 1. Adanya Kontraksi Rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejanya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut rahim untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi uterus memiliki 3 fase yaitu :

- a. *Increment* : Ketika intensitas terbentuk
- b. *Acme* : Puncak atau maximum
- c. *Decement* : Ketika otot relaksasi

### 2. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai body slim.



### 3. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan.

### 4. Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam.

## 2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

### 1. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir dibagi atas:

- a. Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
- b. Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, ligament-ligament

Ukuran-ukuran panggul:

- a. Alat pengukur ukuran panggul
  - 1) Pita meter
  - 2) Jangka panggul: martin, oseander, collin, dan baudelokue
  - 3) Pelvimetri klinis dengan periksa dalam

## 4) Pelvimetri rongenologis

## b. Ukuran-ukuran panggul:

- 1) Distansia spinarum: jarak antara kedua spina iliaca anterior superior 24-26 cm
- 2) Distansia kristarum: jarak antara kedua krista iliaca kanan dan kiri 28-30 cm
- 3) Konjugata eksterna: 18-20 cm
- 4) Lingkaran panggul: 80-100 cm
- 5) Conjugate diagonalis: 12,5 cm
- 6) Distansia tuberum: 10,5 cm

## c. Ukuran dalam panggul

- 1) Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang di bentuk oleh promontorim, linea linea innumiata dan pinggir atas simpisis pubis.
- 2) Konjugata vera: dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis 10,5-11 cm
- 3) Konjugata tranversa: 12-13 cm
- 4) Konjugata oblingua: 13 cm
- 5) Konjugata obstetrika adalah jarak bagian tengah simfisis ke promontorium

## d. Ruang tengah panggul

- 1) Bidang terluas ukurannya 13x12,5 cm
- 2) Bidang tersempit ukurannya 11,5-11 cm
- 3) Jarak antara spina isciadika 11 cm

e. Pintu bawah panggul (outlet):

- 1) Ukuran anterior-posterior 10-12 cm
- 2) Ukuran melintang 10,5 cm
- 3) Arcus pubis membentuk sudut 90 derajat lebih, pada laki-laki kurang dari 80 derajat

## 2. *Power* (His dan Mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

### a. His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

### b. Mengejan

Dalam proses persalinan normal 3 komponen yang amat menentukan, yakni passenger (janin), passage (jalan lahir) dan power (kontraksi). Agar proses persalinan berjalan lancar, ketiga komponen tersebut harus sam-sama dalam kondisi baik.

## 3. *Passager*

### a. Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetic dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya tidak normal.

#### b. Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram. Plasenta biasanya terlepas dalam 4-5 menit setelah bayi lahir. Selaput janin menebal dan berlipat-lipat karena pengecilan dinding rahim. Oleh kontraksi dan retraksi rahim terlepas dan sebagian karena tarikan waktu plasenta lahir.

#### c. Air Ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Air ketuban berfungsi sebagai bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

### 2.2.4 Perubahan Fisiologis Persalinan

#### 1. Kontraksi Uterus

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan padaganglia dalam serviks dan Segmen Bawah rahim (SBR), regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi.

#### 2. Perubahan-perubahan Uterus

Keadaan Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR). Dalam persalinan perbedaan SAR dan SAB akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat

memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh usthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

### 3. Perubahan pada Serviks

Perubahan serviks pada kala II ditandai pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir porsio, Segmen Bawah Rahim (SBR) dan serviks.

### 4. Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

Setelah pembuykaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus menjadi terbuka, perinium menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.

## 2.2.5 Kebutuhan Dasar Ibu dalam Proses Persalinan

### 1. Dukungan Fisik dan Psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot-otot

menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan.

## 2. Kebutuhan Makanan dan Cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual atau muntah yang dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru, untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus, buah sup) selama proses persalinan.

## 3. Kebutuhan Eliminasi

Kandung kecing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi oleh karena kandung kecing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

## 4. Posisi dan Aktifitas

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari mau tidak mau harus berlangsung. Untuk

membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya.

#### 5. Pengurangan Rasa Nyeri

Penny Simpkin menjelaskan cara-cara untuk mengurangi rasa sakit ini adalah:

- a. Mengurangi sakit di sumbernya
- b. Memberikan rangsangan alternatif yang kuat
- c. Merungai reaksi mental yang negatif, emosional, dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit

#### 2.2.6 Tahapan Persalinan

##### 1. Kala I

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

##### a. Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- 1) Pembukaan kurang dari 4 cm
- 2) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

##### b. Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/ 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)

- 2) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
- 4) Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, yaitu:
  - a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm
  - b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
  - c) Periode deselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm

## 2. Kala II: Kala Pengeluaran Janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

Pada kala II ini memiliki ciri khas:

- a. His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
- b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- c. Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- d. Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang terpinpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin.

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:



- a. Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
- b. Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

### 3. Kala III: Kala Uri

Kala III yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir). Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

### 5. Kala IV (Tapan Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih 2 jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari anda akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokea yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah: tingkat kesadaran klien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, kandung kemih, perdarahan dianggap masih

normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc. TFU setelah bayi lahir sejajar pusat. TFU setelah plasenta lahir 2 jari di bawah pusat.

#### 2.2.7 Proses Persalinan dengan 60 langkah APN

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

Mengenali gejala dan tanda kala II

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

Menyiapkan pertolongan persalinan

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

6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi apabila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.
10. Periksa denyut jantung janin segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran

11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginan.

12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
  - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
  - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
  - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
  - d. Ajarkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
  - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
  - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral.
  - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
  - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran  $\geq 120$  menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT.

Pertongan untuk melahirkan bayi

Lahirnya kepala

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

Membantu lahirnya bahu

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

Lahirnya badan dan tungkai

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

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

26. Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda.
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.

30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Potong dan ikat tali pusat.
32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

#### Manajemen aktif kala III

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregang tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

#### Mengeluarkan plasenta

36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding dengan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- a. Ibu boleh meneran tatapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah sejajar dengan lantai atas).
  - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
  - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
    - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
    - 2) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh.
    - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
    - 4) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
    - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan.



#### Rangsangan taktil (Masase uterus)

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

#### Menilai perdarahan

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

#### Asuhan pascapersalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Pastikan kandung kemih kosong, apabila penuh lakukan kateterisasi.

#### Evaluasi

43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan handuk.

44. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).
  - a. Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
  - b. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan.
  - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

#### Kebersihan dan keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan air ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.

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

Dokumentasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.<sup>35</sup>

## 2.3 Konsep Dasar Nifas

### 2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Batasan waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada batasan waktunya, bahkan dalam waktu yang relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari setelah itu.<sup>36</sup>

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil.<sup>37</sup>

### 2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

1. Memulihkan kesehatan klien
  - a. Menyediakan nutrisi sesuai kebutuhan.
  - b. Mengatasi anemia.
  - c. Mencegah infeksi dengan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi.
  - d. Mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot (senam nifas) untuk memperlancar peredaran darah.
2. Mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.
3. Mencegah infeksi dan komplikasi.
4. Memperlancar pembentukan dan pemberian Air Susu Ibu (ASI).

5. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.
6. Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE.
7. Memberikan pelayanan Keluarga Berencana.

Tata Laksana/Prosedur Asuhan Ibu Nifas meliputi :

1. Periksa 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang).
2. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
3. Pemantauan keadaan umum ibu.
4. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*Bounding Attachment*).
5. ASI Eksklusif.
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hypotermi.

### 2.3.3 Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium Dini (*immediate postpartum*) 0-24 jam

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

2. Puerperium Intermediet (*early post partum*) 24 jam – 1 minggu

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

### 3. Puerperium Lanjut (late post partum) 1 minggu – 6 minggu

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

#### 2.3.4 Jadwal Kunjungan Nifas

1. Kunjungan I : 6 jam sampai 3 hari setelah persalinan
  - a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
  - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi perdarahan abnormal.
  - c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
  - d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
  - e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
  - f. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
2. Kunjungan II : hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan
  - a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.

- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
  - c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
  - d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
  - e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
  - f. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3. Kunjungan III : hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan
- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
  - b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
  - c. Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum dan fisik).
  - d. Tanyakan pada ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

### 2.3.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

#### 1. Perubahan Sistem Reproduksi

##### a. Uterus

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami perubahan besar selama masa kehamilan dan persalinan. Pembesaran uterus tidak akan terjadi secara terus-menerus, sehingga adanya janin dalam uterus tidak

akan terlalu lama. Bila adanya janin tersebut melebihi waktu yang seharusnya, maka akan terjadi kerusakan serabut otot jika tidak dikehendaki. Proses katabolisme akan bermanfaat untuk mencegah terjadinya masalah tersebut.

**Tabel 2.4 Proses Involusi Uteri**

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gr	12,5 cm	Lunak
3.	1 Minggu	Pertengahan pusat-simpisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
4.	2 Minggu	Tidak teraba di atas simpisis	300 gr	5 cm	1 cm
5.	6 Minggu	Bertambah kecil	60 gr	2,5	Menyempit

*b. Lochea*

*Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. *Lochea* mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda pada setiap wanita.

Jenis-jenis *lochea*:

1) *Lochea Rubra (Cruenta)*

Muncul pada hari pertama sampai hari kedua post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan chorion.

2) *Lochea Sanguilenta*

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir pada hari ketiga sampai hari ketujuh post partum.



### 3) *Lochea Serosa*

Muncul pada hari ke-7 sampai hari ke-14, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.

### 4) *Lokhea Alba*

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

#### c. Tempat Tertanamnya Plasenta

Saat plasenta keluar normalnya uterus berkontraksi dan relaksasi/ratraksi sehingga ruang tempat plasenta berkurang atau berubah cepat dan 1 hari setelah persalinan berkerut sampai diameter ke 7,5 cm.

#### d. Perineum, Vagina, Vulva dan Anus

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva kearah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Merupakan proses yang bertahap dan akan berguna jika ibu melakukan ambulasi dini dan senam nifas. Pada anus umumnya terlihat hemoroid (varises anus), dengan ditambah gejala seperti rasa gatal, tidak nyaman, dan perdarahan berwarna merah terang pada waktu defekasi.

#### 2. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu menjadi lapar dan siap untuk makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium

akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila BAB.

### 3. Perubahan sistem Perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak pada hari-hari pertama puerperium. Diuresis yang banyak mulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. Empat puluh persen ibu postpartum tidak mempunyai proteinuria yang patologi dari segera setelah lahir sampai hari kedua postpartum, kecuali ada gejala infeksi dan preeklamsi.

### 4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilitas sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan.

### 5. Perubahan Sistem Endokrin

#### a. Oksitosin

Oksitosin di dalam sirkulasi darah menyebabkan kontraksi otot uterus dan pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.

b. Prolaktin

Penurunan esterogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh glandula pituitary anterior bereaksi terhadap alveoli dari payudara sehingga menstimulasi produksi ASI.

c. HCG, HPL, Esterogen dan Progesteron

Ketika plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormon HCG, HPL, esterogen, dan progesteron di dalam darah ibu menurun dengan cepat, normalnya setelah 7 hari.

d. Pemulihan Ovulasi dan Menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi di atas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk 6 bulan. Pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu.

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

a. Temperatur

Selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38° C sebagai akibat efek dehidrasi persalinan. Setelah 24 jam wanita tidak harus demam.

b. Denyut Nadi

Denyut nadi dan volume sekuncup serta curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada ,inggu ke-8

sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.

c. Pernafasan

Pernafasan harus berada dalam normal sebelum melahirkan.

d. Tekanan Darah

Sedikit berubah atau menetap.

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

*Cardiac output* meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut selama kala III, ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ke-3.

8. Perubahan Sistem Hematologi

Lekositosit meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000-30.000 di luar keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama. Hb, Ht dan eritrosit jumlahnya berubah di awal puerperium.

9. Perubahan Berat Badan

Ibu nifas kehilangan 5 sampai 6 kg pada waktu melahirkan, dan 3 sampai 5 kg selama minggu pertama masa nifas. Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa nifas diantaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja di luar rumah.

## 10. Perubahan Kulit

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara, hiperpigmentasi dinding perut (*striae gravidarum*). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu *striae albikan*.

### 2.3.6 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

#### 1. Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kuramng tidur dan kelelahan.

#### 2. Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

#### 3. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peranan barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan ketergantungan bayinya ibu

merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

### 2.3.7 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

#### 1. Nutrisi dan Cairan

Pada 2 jam setelah melahirkan jika tidak ada kemungkinan komplikasi yang memerlukan anastesi, ibu dapat diberikan makan dan minum jika ia lapar dan haus. Konsumsi makanan dengan menu seimbang, bergizi dan mengandung cukup kalori membantu memulihkan tubuh dan mempertahankan tubuh dari infeksi, mempercepat pengeluaran ASI serta mencegah konstipasi.

#### 2. Kebutuhan Ambulasi

Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu 2 jam setelah persalinan normal. Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam post partum, sedangkan pada ibu dengan partus *sectio secarea* ambulasi dini dilakukan paling tidak 12 jam post partum setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur).

#### 3. Kebutuhan Eliminasi

##### a. Buang Air Kecil (BAK)

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 post partum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan.

b. Buang Air Besar (BAB)

Kesulitan buang air besar (konstipasi) bisa terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar.

4. Kebutuhan Istirahat

- a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diproduksi dan memperhambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

5. Kebersihan Diri/Perineum

a. Perawatan Perineum

Mengajarkan pada ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus.

b. Pakaian

Pakaian sebaiknya terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi lebih banyak.

Sebaiknya pakaian agak longgar di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea.

c. Kebersihan Rambut

Cuci rambut dengan conditioner yang cukup, lalu sisir dengan menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.

d. Kebersihan Kulit

Dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan ibu akan merasakan keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

e. Perawatan Payudara

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu. Lakukan perawatan payudara secara teratur 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan 2 kali sehari.

6. Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan sat atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.



## 7. Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan pada saat seorang ibu menjalani masa nifas atau masa setelah melahirkan. Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu.<sup>38</sup>

## 8. *Body Spa*

*Body spa* merupakan suatu tindakan perawatan kulit tubuh dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan dan mengatasi berbagai masalah kulit untuk ibu nifas dengan terapi pemijatan untuk melancarkan sirkulasi darah, sehingga suplai nutrisi dan oksigen pada kulit dapat tercukupi.

## 2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

### 2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari.<sup>39</sup>

Bayi baru lahir adalah bayi yang berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat 2.500-4.000 gram.<sup>40</sup>

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.<sup>41</sup>

### 2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
2. Berat badan 2.500-4.000 kg.
3. Panjang badan 48-52 cm.
4. Lingkar dada 30-38 cm.

5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
8. Pernapasan  $\pm$  40-60 x/menit.
9. Suhu  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$
10. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
11. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
12. Kuku agak panjang dan lemas.
13. Nilai APGAR  $>7$ .
14. Gerak aktif.
15. Bayi lahir langsung menangis.
16. Refleks *Rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
17. Refleks *Sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
18. Refleks *Morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
19. Refleks *Grasping* (menggenggam) sudah baik.
20. Genetalia:
  - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
  - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

21. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kehijauan.

**Tabel. 2.5 Tanda APGAR**

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: Vivian Nanny Lia Dewi, 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*, Yogyakarta, halaman 2

Interpretasi:

1. Nilai 1-3 asfiksia berat;
2. Nilai 4-6 asfiksia sedang;
3. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)<sup>42</sup>

#### 2.4.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Pencegahan Infeksi (PI)
2. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

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

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi.

3. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat.

#### 4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45 sampai ke-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.

#### 5. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

#### 6. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain).

7. Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

9. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

10. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor

450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.<sup>43</sup>

## **2.5 Konsep Dasar Neonatus**

### **2.5.1 Pengertian Neonatus**

Neonatus adalah bayi berumur 0 hari sampai dengan 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari.<sup>44</sup>

Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan rekstrauterin.<sup>45</sup>

### **2.5.2 Perubahan Fisiologis**

Perubahan yang terjadi segera setelah lahir dan dapat berlangsung hingga 1 bulan atau lebih (untuk beberapa sistem) antara lain:

#### **1. Sistem Pernapasan**

Napas yang pertama dipengaruhi oleh 2 faktor yang berperan pada rangsangan napas bayi:

- a. Hipoksia yang berperan pada rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan di otak.

b. Tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanis.

## 2. Sistem Peredaran Darah

Peningkatan aliran darah paru akan memperlancar pertukaran gas dalam alveolus dan menghilangkan cairan paru. Peningkatan aliran darah paru akan mendorong peningkatan sirkulasi limfe dan merangsang perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim.

## 3. Sistem Metabolisme dan Pengaturan Suhu

Pengaturan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuhnya. Pengaturan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat untuk memproduksi panas. Untuk membakar lemak coklat, glukosa harus digunakan guna mendapatkan energi yang akan mengubah lemak menjadi panas.

## 4. Sistem Gastrointestinal

Setelah lahir gerakan usus mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri usus positif. Syarat pemberian minum adalah sirkulasi baik, bising usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonium positif, tidak ada muntah dan sesak napas.

## 5. Sistem Ginjal

Janin membuang toksin dan homeostatis cairan atau elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostatis

cairan atau elektrolit. Lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam dan memproduksi urine 1-2 ml/kg/jam. Pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu.

#### 6. Sistem Hati

Fungsi hati adalah metabolisme karbohidrat, protein, lemak dan asam empedu. Hati juga berfungsi ekskresi (aliran empedu) dan detoksifikasi obat atau toksin.

#### 7. Sistem Neurologi

Bayi telah dapat melihat dan mendengar sejak baru lahir sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan. Setelah lahir jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah. Pembentukan sinaps terjadi secara progresif sejak lahir sampai usia 2 tahun. Mielinisasi terjadi sejak janin 6 bulan sampai dewasa. Golden periode mulai trimester III sampai usia 2 tahun.

#### 8. Sistem Imunologi

Sel fagosit, granulosit, monosit mulai berkembang sejak usia gestasi 4 bulan. Setelah lahir imunitas neonatus cukup bulan lebih rendah dari orang dewasa. Usia 3-12 bulan adalah keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi.

Neonatus kurang bulan memiliki kulit yang masih rapuh, membran mukosa yang mudah cedera, pertahanan tubuh lebih rendah sehingga berisiko yang mengalami infeksi yang lebih besar.<sup>46</sup>



### 2.5.3 Kebutuhan Dasar Neonatus

#### 1. Nutrisi

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

#### 2. Eliminasi

##### a. Buang Air Kecil (BAK)

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

##### b. Buang Air Besar (BAB)

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

#### 3. Istirahat dan tidur

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

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

#### 4. Personal Hygiene

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

#### 5. Kenyamanan Bayi

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

#### 6. Kunjungan neonatal

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali. Kunjungan neonatal dibagi dalam 2 kategori, yaitu :

##### a. Kunjungan Neonatal ke satu (KN 1)

Kunjungan neonatal (KN 1) adalah kunjungan yang dilakukan dalam kurun waktu 6 – 28 jam setelah bayi lahir.

Hal yang dilaksanakan:

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
- 2) Cegah infeksi
- 3) Rawat tali pusat

b. Kunjungan Neonatal yang ke dua (KN 2)

Kunjungan neonatal yang kedua adalah kunjungan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.

Hal yang di lakukan:

- 1) Jaga kehangatan bayi
- 2) Berikan ASI eksklusif
- 3) Cegah infeksi
- 4) Rawat tali pusat

c. Kunjungan neonatal ke 3 (KN 3)

Kunjungan neonatal adalah kunjungan yang di lakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir

Hal yang di lakukan:

- 1) Periksa adanya tanda bahaya atau gejala sakit
- 2) Jaga kehangatan tubuh, beri ASI eksklusif dan rawat tali pusat

7. Kondisi-kondisi Kegawatdaruratan Neonatus

a. Hipotermia

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

b. Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh

menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas.

c. Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah suatu kondisi di mana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan. Disebabkan oleh diabetes mellitus karena kadar insulin yang rendah atau oleh resistensi insulin pada sel.

d. Tetanus Neonatorum

Tetanus Neonatorum adalah penyakit tetanus yang di derita oleh bayi baru lahir yang disebabkan oleh basil klotridium tetani.<sup>47</sup>

## 8. Imunisasi

**Tabel 2.6 Jenis – Jenis Imunisasi Pada Bayi**

Jenis Imunisasi	Manfaat	Waktu pemberian	Tempat pemberian	Catatan
Hepatitis B	Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut ) dan kanker hati	Diberikan pada waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan. Interval dosis minimal 4 minggu.	Disuntikan di paha	1.Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum). 2.Tak ada obat spesifik untuk menangani penyakit ini
Polio	Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya).	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir dirumah bersalin OPV (Oral Polio Vaksin) diberikan saat bayi di pulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain)	Di teteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu	Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obatnya
BCG	Mencegah penyakit TBC ( tuberkulosis)	Diberikan sejak lahir. Jika umur lebih dari 3 bulan harus dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. BCG diberikan jika uji negatif.	Disuntikan dilengan atas	Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar ke otak, kelenjar, tulang dan menimbulkan komplikasi.
DPT	Mencegah penyakit difteri, pertusis dan tetanus	Usia bayi 2 bulan, dengan selang waktu 4 minggu untuk DPT berikutnya	Disuntikan di paha atau di lengan	Bayi menjadi demam, gelisah, dan sedikit rewel
Campak	Kekebalan terhadap Campak	Usia 9 bulan.	Disuntikan dilengan.	Bayi menjadi demam.

Sumber : (Mitayani, 2010)

## 2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana

### 2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana menurut WHO (*World Health Organization*) adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval antara kelahiran, mengatur waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.<sup>48</sup>

Pengertian Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.<sup>49</sup>

### 2.6.2 Tujuan KB

1. Tujuan Keluarga Berencana menurut BKKBN (2012) adalah:
  - a. Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dan bangsa pada umumnya.
  - b. Meningkatkan kehidupan martabat rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga penambahan penduduk tidak melebihi kemampuan untuk meningkatkan reproduksi.
2. Tujuan KB berdasarkan Rencana Strategis (RENSTRA) 2010-2014 meliputi:
  - a. Mewujudkan keserasian

- b. Keluarga dengan anak ideal
- c. Keluarga sehat
- d. Keluarga berpendidikan
- e. Keluarga sejahtera
- f. Keluarga berketahanan
- g. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya
- h. Penduduk Tumbuh Seimbang (PTS)<sup>50</sup>

### 2.6.3 Jenis-jenis KB

Metode KB menurut Handayani (2010:57) terbagi menjadi dua yaitu:

#### 1. Metode Alamiah

Metode alamiah terbagi dua yaitu tanpa alat dan dengan alat.

##### a. Metode alamiah tanpa alat terdiri dari:

- 1) Metode Kalender
- 2) Metode Suhu Basal Badan (*Thermal*)
- 3) Metode Lendir Servic
- 4) Metode *Sympto Thermal*
- 5) Metode Amenore Laktasi
- 6) Metode Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

##### b. Sedangkan metode alamiah dengn alat antara lain:

- 1) Kondom
- 2) Spermicide
- 3) Diafragma
- 4) Kap Serviks

2. Metode non alamiah terdiri dari metode hormonal dan non hormonal yaitu:

a. Metode Hormonal terdiri dari:

1) Pil

2) Suntik

a). Efektivitas kontrasepsi Suntik.

Kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2 per 100 wanita per tahun pemakain NET EN.

b). Jenis kontrasepsi Suntik

Terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

(1). Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung

150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).

(2). Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat),

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



c). Cara kerja kontrasepsi Suntik

- (1). Mencegah ovulasi
- (2). Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (3). Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- (4). Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii.

d). Keuntungan kontrasepsi Suntik

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

e). Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi Suntik yaitu :

- (1). Gangguan haid
- (2). Leukorhea atau Keputihan
- (3). Galaktorea

(4). Jerawat

(5). Rambut Rontok

(6). Perubahan Berat Badan

(7). Perubahan libido.

3) Implant

b. Metode non hormonal terdiri dari:

1) IUD

2) MOW

3) MOP<sup>51</sup>

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

**3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Trimester II dan III**

3.1.1 Kunjungan ANC Ke-1

Tanggal : 30 Desember 2017

Jam : 06.30 WIB

Tempat : PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan  
Jombang Kabupaten Jombang.

1. Identitas

Nama Istri	: Ny.Y	Nama Suami	: Tn.S
Umur	: 34 Tahun	Umur	: 40 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Bangsa	: Indonesia	Bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat	: Perumahan Griya Indah Jombang	Alamat	: Perumahan Griya Indah Jombang

## 2. Prolog

Ny "Y" sekarang hamil ke 2, HPHT : 13-06-2017, TP : 20-03-2018, riwayat kehamilan pertama normal, persalinan normal di PBM, BBL 2800 gr, jenis kelamin laki-laki. Pada kehamilan sekarang telah melakukan ANC 5 kali di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang. Belum periksa ANC Tepadu di puskesmas, BB sebelum hamil 42 kg, TB : 153 cm. Pada tanggal 30 Desember 2017 didapatkan pemeriksaan TD 110/70 mmHg, BB 52 kg, TFU 23 cm.

## 3. Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan tidak ada keluhan.

## 4. Data Objektif

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV : TD Miring : 110/70 mmHg  
TD Terlentang: 120/70 mmHg  
N : 88 x/menit  
P : 20 x/menit  
S : 37°C
- d. BB sekarang : 52 kg
- e. Lila : 23 cm
- f. IMT : 17,9
- g. Peningkatan BB : 10 kg

h. ROT = Diastol Miring – Diastol Terlentang  
 = 70 - 70  
 = 0 (ROT Negatif)

i. MAP =  $D + (S - D) : 3$   
 =  $70 + (120 - 70) : 3$   
 =  $70 + (50 : 3)$   
 =  $70 + 16,6$   
 = 86,6 mmHg (MAP Negatif)

j. Pemeriksaan fisik khusus

- Muka : Tidak pucat, tidak oedem
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak oedem
- Mammae : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, colostrum belum keluar.
- Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU 1 jari di atas pusat (23 cm), letak kepala, puka, penurunan kepala 5/5
- TBJ :  $(23-12) \times 155 = 1705$  gr
- DJJ : 155 x/menit
- Ekstremitas : Ekstremitas atas (lengan) dan ekstremitas bawah (kaki) tidak oedem, tidak ada varises.

## 5. Analisa Data

G2P1A0 UK 28 Minggu Kehamilan Normal dengan Kekurangan Energi Kronis, janin tunggal, hidup.

## 6. Penatalaksanaan

06.45 WIB : Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, Ibu mengerti

06.50 WIB : Memberikan konseling tentang gizi seimbang dan pola makan yang benar, Ibu mengerti

06.55 WIB : Menganjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat dan mengurangi aktivitas sehari-hari, Ibu bersedia

07.00 WIB : Menganjurkan ibu untuk melakukan senam hamil, Ibu tidak bersedia

07.05 WIB : Menganjurkan ibu untuk ANC Terpadu di puskesmas, Ibu tidak bersedia melakukan ANC Terpadu di Puskesmas

07.10 WIB : Memberikan Fe 1x1 tablet dan Vitamin C 1x1 tablet, ibu bersedia minum secara teratur

07.15 WIB : Menganjurkan ibu kontrol 2 minggu kemudian pada tanggal 13 Januari 2018, Ibu bersedia

### 3.1.2 Kunjungan ANC Ke-2

Tanggal : 17 Februari 2018

Jam : 20.00 WIB

Tempat : PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan  
Jombang

#### 1. Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan tidak ada keluhan.

#### 2. Data Objektif

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV : TD : 100/70 mmHg

N : 80 x/menit

P : 20 x/menit

S : 37° C

#### d. Pemeriksaan fisik khusus

Muka : Tidak pucat, tidak oedem

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

Mammae : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan,  
colostrum belum keluar

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU 3 pertengahan  
antara pusat dan prosessus xifoideus (27 cm), letak  
kepala, puka, penurunan kepala 5/5

TBJ :  $(27-12) \times 155 = 2325$  gr

DJJ : 145 x/menit

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

### 3. Analisa Data

G2P1A0 UK 35 Minggu Kehamilan Normal dengan Kekurangan Energi Kronis, janin tunggal, hidup.

### 4. Penatalaksanaan

20.15 WIB : Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, Ibu mengerti

20.20 WIB : Mengevaluasi hasil konseling tentang gizi seimbang dan pola makan yang benar, Ibu sudah melaksanakan anjuran yang diberikan

20.25 WIB : Mengevaluasi ibu untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat dan mengurangi kegiatan sehari-hari, Ibu sudah mengurangi aktivitas sehari-hari dan tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat

20.30 WIB : Memberikan Selcom C 1x1 tablet, Ibu bersedia minum secara teratur

20.45 WIB : Menganjurkan ibu kontrol 2 minggu kemudian pada tanggal 03 Maret 2018, Ibu bersedia



### 3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

Tanggal : 14 Maret 2018

Jam : 23.00 WIB

Oleh : Bintang Mega Krisnawati

Tempat : PBM Ririn Dwi Agustini,

SST Jelakombo Jombang

#### 3.2.1 Kala I

Tanggal : 14 Maret 2018

Jam : 23.00 WIB

##### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya terasa mules sejak tanggal 14 Maret 2018 jam 14.00 sekarang semakin sering dan mengeluarkan lendir bercampur darah

##### 2. Data Obyektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

a. TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 84 x/menit

S : 36.8° C

P : 20 x/menit

##### b. Pemeriksaan fisik khusus

Payudara : Puting susu menonjol, bersih, kolostrum belum keluar.

Abdomen : TFU teraba 3 jari bawah Processus Xyphoideus (31 cm), puka, letak kepala, kepala sudah masuk PAP (2/5).

TBJ :  $(31-11) \times 155 = 3.255$

- His : 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik.
- DJJ :  $(12+13+12) \times 4 = 148$  x/menit.
- Genetalia : Pembukaan 4 cm, effacement 50%, ketuban (+), presentase kepala, denominator UUK kanan, hodge I, tidak teraba bagian terkecil janin (tangan/tali pusat) di samping kepala, keluar darah bercampur lendir semakin banyak.
- Anus : Tidak hemorroid.

### 3. Analisa Data

G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> UK 39 Minggu Inpartu kala I fase aktif.

### 4. Penatalaksanaan

Jam 23.05 WIB : Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik, ibu mengerti dan senang mengetahuinya.

Jam 23.10 WIB : Menganjurkan ibu untuk berkemih apabila ibu ingin berkemih, ibu mengerti.

Jam 23.15 WIB : Melakukan observasi TTV dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi, memeriksa DJJ dan kontraksi uterus setiap 30 menit sekali untuk mendeteksi adanya kelainan pada ibu dan janin dan untuk mengetahui kemajuan

persalinan, hasil terlampir di lembar partograf.

Jam 23.20 WIB : Mengajarkan pada ibu teknik relaksasi, ibu melakukan dengan benar.

Jam 23.25 WIB : Menyediakan dan menganjurkan ibu untuk minum teh manis hangat untuk menambah energi dalam tubuh, ibu sudah minum teh hangat.

Jam 23.30 WIB : Memberikan posisi sesuai keinginan ibu, ibu miring kiri.

### 3.2.2 Kala II

Tanggal : 15 Maret 2018

Jam : 05.00 WIB

#### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya semakin sering mules dan ingin meneran.

#### 2. Data Obyektif

Keadaan umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 120/80 mmHg

N : 86 x/menit

S : 36,7° C

P : 20 x/menit

His : 5 kali selama 45 detik dalam 10 menit.

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

Genetalia : Pembukaan 10 cm, efficement 100%, ketuban (-) jernih, molase 0, Hodge IV, keluar darah bercampur lendir.

### 3. Analisa Data

G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> Inpartu kala II.

### 4. Penatalaksanaan

Jam 05.00 WIB : Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, ibu mengerti.

Jam 05.03 WIB : Memakai APD, petugas mencuci tangan 6 langkah dan memakai sarung tangan steril.

Jam 05.08 WIB : Melihat adanya tanda dan gejala kala II, ibu merasa ada dorongan meneran dan tekanan pada anus, perineum tampak menonjol serta vulva membuka.

Jam 05.13 WIB : Menyiapkan alat dan bahan untuk menolong persalinan, alat dan bahan sudah siap.

Jam 05.20 WIB : Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran, ibu bisa meneran dengan benar.

Jam 05.30 WIB : Melakukan pertolongan persalinan, bayi lahir spontan, langsung menangis, refleks aktif, warna kulit kemerahan, dengan jenis kelamin perempuan.

Jam 05.32 WIB : Memeriksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir dan bukan kehamilan ganda.

Jam 05.33 WIB : Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin, ibu bersedia.

Jam 05.34 WIB : Menyuntikkan oksitosin 1 Ampul secara IM.

Jam 05.35 WIB : Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, tali pusat terpotong dan sudah diikat.

Jam 05.38 WIB : Membersihkan tubuh bayi dengan handuk kering, bayi sudah bersih.

Jam 05.40 WIB : Memfasilitasi IMD, bayi bisa menyusu dengan baik.

### **3.2.3 Kala III**

Tanggal : 15 Maret 2018

Jam : 05.40 WIB

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

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

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

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Jumlah perdarahan : 50 cc.

Abdomen : Uterus bulat, TFU setinggi pusat.

Genetalia : Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu tali pusat memanjang, terdapat

semburan darah yang mendadak dan singkat.

### 3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> Inpartu Kala III

### 4. Penatalaksanaan

Jam 05.40 WIB : Setelah ada tanda-tanda pelepasan plasenta, meregangkan tali pusat memindahkan klem 5-10 cm dari vulva, meminta ibu untuk meneran.

Jam 05.50 WIB : Setelah plasenta tampak di vulva, melahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan diputar searah jarum jam hingga plasenta lahir dan memastikan plasenta utuh, plasenta utuh kotiledon lengkap, selaput menutup sempurna, persentasi tali pusat lateral.

Jam 05.53 WIB : Melakukan *massase* uterus hingga uterus teraba keras atau kontraksi baik, kontraksi uterus baik.

Jam 05.55 WIB : Melakukan pengecekan kandung kemih untuk memastikan kandung kemih kosong, apabila penuh dilakukan kateterisasi.

Jam 06.00 WIB : Mengecek adanya laserasi jalan lahir, terdapat laserasi derajat 1.

Jam 06.02 WIB : Melakukan *heacting* laserasi dengan teknik satu demi satu.

Jam 06.08 WIB : Memberitahu ibu untuk tetap melakukan IMD, bayi berhasil menyusu selama 30 menit.

### 3.2.4 Kala IV

Tanggal : 15 Maret 2018

Jam : 06.10 WIB.

#### 1. Data Subyektif

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

#### 2. Data Obyektif

##### a. Pemeriksaan umum

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 110/70 mmHg

N : 86 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,7° C.

TFU : 2 Jari dibawah pusat

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan : 20 cc

#### 3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> kala IV fisiologis.

#### 4. Penatalaksanaan

Jam 06.10 WIB : Melakukan observasi 2 jam post partum, hasil terlampir.

Jam 06.15 WIB : Mengajarkan ibu atau keluarga melakukan *massase* uterus dan menilai kontraksi, ibu dan keluarga mengerti..

Jam 06.20 WIB : Membersihkan badan pasien dengan kain waslap yang sudah dibasahi dengan air bersih dan membantu pasien memakai pakaian, ibu sudah bersih dan memakai pakaian bersih.

Jam 06.25 WIB : Dekontaminasi tempat bersalin, tempat bersalin sudah bersih.

Jam 06.35 WIB : Membersihkan semua peralatan, merendam alat persalinan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, alat sudah bersih dan steril.

Jam 06.45 WIB : Memfasilitasi pasien untuk makan dan minum, ibu hanya minum air putih.

Jam 06.50 WIB : Melengkapi partograf dan kala IV persalinan.

### **3.3 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas**

#### **3.3.1 Kunjungan I (Nifas hari ke-3)**

Tanggal : 18 Maret 2018

Jam : 06.30 WIB

Tempat : Di PBM Ririn Dwi Agustini, SST

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

Ibu mengatakan ingin kontrol ulang, tidak ada keluhan apapun, kurang istirahat, tidak terek makanan, minum 8 gelas/hari, BAK



lancar, sudah BAB 1 kali dengan konsistensi keras, ibu menetekki bayinya, ASI lancar.

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan umum

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 120/80 mmHg

N : 84 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,6° C.

### b. Pemeriksaan fisik

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

Payudara : Puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar <sup>+/+</sup>, tidak ada bendungan ASI .

Abdomen : TFU pertengahan pusat dan simpisis, kontraksi uterus baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, *lochea songuinolenta* (merah kecoklatan) perdarahan 5 cc.

## 3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> nifas hari ke 3 fisiologis.

#### 4. Penatalaksanaan

Jam 06.35 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.

Jam 06.40 WIB : KIE pada ibu tentang kebutuhan nutrisi, istirahat, *personal hygiene*, dan perawatan payudara, ibu mengerti.

Jam 06.45 WIB : Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti.

Jam 06.50 WIB : Melakukan evaluasi pada luka jahitan, luka jahitan belum kering dan tidak ada tanda infeksi.

Jam 06.55 WIB : Menjadwalkan kunjungan ulang, paling sedikit 3 kali kunjungan selama masa nifas untuk mengontrol dan memantau kondisi ibu dan bayi kunjungan selanjutnya pada tanggal 29 Maret 2018, ibu mengerti dan bersedia kontrol.

#### 3.3.2 Kunjungan II (Nifas hari ke-14)

Tanggal : 29 Maret 2018

Jam : 05.30 WIB

Tempat : Di BPM Ririn Dwi Agustini, SST

##### 1. Data Subjektif

Ibu mengatakan kontrol ulang, keadaannya baik-baik saja, tidak ada keluhan dan masalah, makan 3 kali/hari, minum 8 gelas/hari, bayi

menyusu dengan kuat, sudah tidak merasakan mules, BAK  $\pm$  4 kali/hari (kuning jernih), BAB 1 kali/hari (konsistensi lembek).

## 2. Data Objektif

### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 110/70 mmHg

N : 84 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,9° C

### b. Pemeriksaan fisik

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

Payudara : Puting susu tidak lecet , ASI keluar lancar  $^{+}/_{+}$ , tidak ada bendungan ASI .

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

Genetalia : Luka jahitan sudah kering, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, *lochea serosa* (merah kecoklatan) perdarahan 3 cc.

## 3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> nifas hari ke 14 fisiologis.

#### 4. Penatalaksanaan

Jam 05.35 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.

Jam 05.40 WIB : KIE pada ibu tentang kebutuhan istirahat, ibu mengerti.

Jam 05.45 WIB : Mengevaluasi pada ibu cara menyusui yang benar untuk mencegah terjadinya lecet pada puting susu, ibu mengerti dan dapat melakukannya dengan benar.

Jam 05.50 WIB : Menganjurkan ibu untuk segera periksa jika ditemukan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas, ibu mengerti dan bersedia untuk periksa.

#### **3.3.3 Kunjungan III (Nifas hari ke-29)**

Tanggal : 13 April 2018 Jam : 06.00 WIB

Tempat : Di rumah pasien

##### 1. Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, tidak tarak makanan, minum 8 gelas/hari, BAK dan BAB lancar, ibu menyusui, ASI lancar.

##### 2. Data Objektif

###### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV: TD : 110/70 mmHg

N : 84 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,8° C

b. Pemeriksaan fisik

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

Abdomen : Uterus tidak teraba.

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

3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> nifas hari ke 29 fisiologis.

4. Penatalaksanaan

Jam 06.05 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.

Jam 06.10 WIB : Melakukan senam nifas untuk menjaga kebugaran tubuh ibu setelah melahirkan.

Jam 06.30 WIB : Melakukan *Body spa* untuk melancarkan peredaran darah, memperbaiki proses metabolisme, membersihkan dan menghaluskan kulit, serta memberikan

perasaan nyaman, segar dan kehangatan pada tubuh.

Jam 06.50 WIB : Memberikan konseling KB pada ibu, jenis KB apa yang akan dipakai oleh ibu, ibu mengerti dan masih akan dirundingkan dengan suami dirumah.

Jam 06.55 WIB : Menganjurkan pada ibu kontrol ulang untuk memantau kondisi ibu atau jika ditemukan tanda-tanda bahaya, ibu mengerti dan bersedia kontrol.

### **3.4 Asuhan Kebidanan pada BBL (1 jam)**

Tanggal : 15 Maret 2018

Jam : 07.30 WIB

Tempat : Di BPM Ririn Dwi Agustini, SST

#### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, bayinya mau menyusu.

#### 2. Data Obyektif

Kesadaran : Composmentis.

TTV: S : 36.9° C

P : 48 x/menit

N : 140 x/menit.

Kulit : Kulit bayi masih ditutupi oleh lemak (*verniks kaseosa*) dan terdapat *lanugo*.

Kepala : Tulang kepala tidak tumpang tindih.

- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak oedema, tidak ada secret mata, reflek corneal aktif.
- Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- Mulut : Bersih, mukosa bibir tipis.
- Telinga : Simetris, daun telinga sejajar dengan mata.
- Leher : Pergerakan baik, tidak ada kelainan pada tulang leher.
- Dada : Pernapasan normal, tidak ada retraksi pada dada.
- Abdomen : Tali pusat bersih terbungkus dengan kasa steril.
- Genetalia : Labiya mayora sudah menutupi labiya minora.
- Anus : Berlubang
- Ekstremitas : Pergerakan aktif, jari-jari lengkap.

#### Pemeriksaan Reflek

- Reflek *Rooting* : Positif
- Reflek *Suckling* : Positif
- Reflek *Swallowing* : Positif
- Reflek *Moro* : Positif
- Reflek *Babinsky* : Positif

#### Pengukuran Antropometri

- Berat badan bayi : 3.100 gram
- Panjang badan : 51 cm
- Lingkar kepala : 33 cm
- FO (*Fronto oksipito*) : 34 cm
- MO (*Mento oksipito*) : 35 cm
- SOB (*Suboksipito bregmatika*) : 31 cm

Lingkar dada : 32 cm

Lingkar lengan : 11 cm

### 3. Analisa Data

Bayi cukup bulan usia 1 jam fisiologis.

### 4. Penatalaksanaan

Jam 07.35 WIB : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti.

Jam 07.37 WIB : Mengoleskan salep mata Chloramphenicol pada bayi, salep mata telah dioleskan.

Jam 07.40 WIB : Memberi suntikan vitamin K1 0,5 cc pada bayi dipaha bagian kiri, vitamin K1 telah disuntikkan.

Jam 07.41 WIB : Memberikan suntikan Hb0 pada bayi dipaha bagian kanan, Hb0 telah disuntikkan.

Jam 07.45 WIB : Menganjurkan ibu dan keluarga agar bayi tetap berada di dekat ibu untuk menciptakan *bouding* antara ibu dan bayi, ibu mengerti dan bersedia melakukan.

Jam 07.50 WIB : Mengajarkan pada ibu cara menyusui yang benar, ibu mengerti dan dapat menyusui dengan benar.

Jam 07.55 WIB : Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.



### 3.5 Asuhan Kebidanan pada Neonatus

#### 3.5.1 Kunjungan Neonatus I (10 jam)

Tanggal : 15 Maret 2018

Jam : 16.30 WIB

Tempat : Di BPM Ririn Dwi Agustini, SST

##### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan bayinya sehat, menyusu dengan baik, BAK 4 kali/hari (kuning jernih), BAB 1 kali/hari (hitam).

##### 2. Data Obyektif

###### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

TTV : N : 142 x/menit

S : 36,8° C

P : 48x/menit.

BB sekarang : 3.100 gram.

###### b. Pemeriksaan fisik

Kulit : Terdapat lanugo, warna kulit kemerahan.

Kepala : Normal, tidak ada kelainan.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak oedema, tidak ada secret mata, reflek corneal aktif.

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada.

Mulut : Tidak ada oral trush.

Abdomen : Tali pusat terbungkus dengan kasa steril.

Tangisan : Bayi menangis kuat.

Tonus otot : Kuat.

Genetalia : Bersih.

Anus : Bersih.

Ekstremitas : Normal, tidak ada gangguan pergerakan ekstremitas atas %, ekstremitas bawah % tidak oedema.

### 3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 10 jam fisiologis.

### 4. Penatalaksanaan

Jam 16.30 WIB : Melakukan perawatan tali pusat, tidak ada tanda- tanda infeksi pada tali pusat.

Jam 16.35 WIB : Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan normal, ibu mengatakan senang dengan keadaan bayinya.

Jam 16.40 WIB : Mengevaluasi anjuran yang telah diberikan kepada ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam, atau tiap bayi menangis dan tidak memberikan makanan pendamping ASI apapun kepada bayinya, ibu menyusui bayinya tiap 2 jam dan tanpa tambahan lainnya (ASI eksklusif).

Jam 16.45 WIB : Memberitahu ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 18 Maret 2018, ibu menyetujui untuk kontrol ulang.

### 3.5.2 Kunjungan Neonatus II (3 hari)

Tanggal : 18 Maret 2018 Jam : 06.30 WIB

Tempat : Di BPM Ririn Dwi Agustini, SST

#### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayi dapat menyusui dengan benar, BAK 6 x/hari (kuning, jernih), BAB 2 x/hari (kuning keemasan), gerak bayi aktif.

#### 2. Data Obyektif

##### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

TTV: P : 48 x/menit

N : 150 x/menit

S : 36,8 °C

PB : 51 cm

BB : 3.120 gram

##### b. Pemeriksaan fisik

Kulit : Warna kulit kemerahan.

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

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Tidak ada oral trush.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada.

Abdomen : Tali pusat belum kering dan belum lepas.

Tangisan : Bayi menangis kuat.

### 3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 3 hari fisiologis.

### 4. Penatalaksanaan

Jam 06.35 WIB : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti.

Jam 06.40 WIB : Menganjurkan ibu untuk terus memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, ibu mengerti dan bersedia.

Jam 06.45 WIB : Menganjurkan ibu untuk segera memeriksa bayinya jika ditemukan komplikasi pada bayi (misalnya diare, demam, dll), ibu mengerti dan bersedia.

### 3.5.3 Kunjungan Neonatus III (14 hari)

Tanggal : 29 Maret 2018

Jam : 05.30 WIB

Tempat : di PBM Ririn Dwi Agustini, SST

#### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayi dapat menyusu dengan benar, BAK 6x/hari (kuning jernih), BAB 2 x/hari (kuning keemasan), gerak bayi aktif, dan tidak ada tanda bahaya pada bayi

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

TTV: P : 48 x/menit

N : 142 x/menit

S : 36,7 °C

PB : 53 cm

### b. Pemeriksaan fisik

Kulit : Warna kulit kemerahan.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak oedema, tidak ada secret mata.

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Tidak ada oral trush.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada.

Genetalia : Bersih.

Anus : Bersih.

## 3. Analisa Data

Neonatus cukup bulan usia 14 hari fisiologis.

## 4. Penatalaksanaan

Jam 05.35 WIB : Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya saat ini.

Jam 05.40 WIB : Melakukan massase pada bayi, bayi tidur dan tidak rewel.

Jam 05.45 WIB : Mengajukan ibu untuk segera memeriksakan bayinya jika ditemukan komplikasi pada bayi (misalnya diare, demam, dll), ibu mengerti dan bersedia.

### 3.6 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

#### 3.6.1 Kunjungan I

Tanggal : 13 April 2018

Jam : 06.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

##### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan belum tahu ingin menggunakan kontrasepsi apa.

##### 2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum : Baik

b. TTV : TD : 110/70 mmHg

S : 36,9° C

P : 20 x/menit

N : 84 x/menit

##### c. Haid

Sekarang ibu belum menstruasi.

Menarche : 13 tahun

Siklus : 28 hari/teratur

Baunya : Anyir

Banyaknya : 2-3 softek/hari

Lamanya : 7 hari

Warnanya : Merah segar

Keluhan : -

Flour Albus : -

d. Pemeriksaan fisik

Abdomen : Uterus tidak teraba.

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

3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> ibu belum memakai alat kontrasepsi.

4. Penatalaksanaan

Jam 06.05 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti tentang kondisinya.

Jam 06.10 WIB : Memberikan konseling tentang macam-macam metode kontrasepsi yang cocok untuk ibu, ibu mengerti dan masih merundingkan dengan suami di rumah.

Jam 06.15 WIB : Menganjurkan ibu untuk segera menggunakan alat kontrasepsi, ibu mengerti.

### 3.6.2 Kunjungan II

Tanggal : 17 April 2018

Jam : 19.00 WIB

Tempat : di PBM Ririn Dwi Agustini, SST

#### 1. Data Subyektif

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

#### 2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum : Baik

b. TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 86 x/menit

P : 20 x/menit

S : 36,8° C

c. Pemeriksaan penunjang : Pp test : negative (-)

#### 3. Analisa Data

P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> askeptor baru KB suntik 3 bulan.

#### 4. Penatalaksanaan

Jam 19.05 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu mengerti.

Jam 19.10 WIB : Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian dari kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu mengerti. Menanyakan ulang dan meyakinkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi suntik, ibu sudah siap dan



yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

Jam 19.15 WIB : Memberikan inform concent pada ibu sebelum melakukan tindakan, ibu menyetujui.

Jam 19.20 WIB : Menyiapkan alat yang diperlukan saat melakukan KB suntik 3 bulan seperti, spuit, kapas alkohol, dan obat *Tricoflam*.

Jam 19.25 WIB : Melakukan penyuntikan secara IM di bokong ibu, di sekitar penyuntikan tidak odema.

Jam 19.30 WIB : Menganjurkan ibu untuk datang atau kunjungan ulang pada tanggal 01 Juli 2018, ibu mengerti.

## BAB IV

### PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini akan dijelaskan tentang kesesuaian antara teori dan kenyataan antara fakta yang terjadi pada kasus yang diambil dari klien dan ditambahkan opini yang luas dari klien sendiri maupun opini yang dikemukakan oleh penulis dan teori-teori yang mendukung diantara fakta sebagai pendamping klien dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus sampai dengan KB (keluarga berencana). Asuhan kebidanan pada klien secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny "Y" G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> dengan Kekurangan Energi Kronis.

#### 4.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester II dan Trimester III

Pembahasan yang pertama adalah tentang pemeriksaan pada masa kehamilan atau ANC (*Ante Natal Care*), yang dilakukan oleh Ny "Y" G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> dengan Kekurangan Energi Kronis di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Desa Jelakombo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang. Berikut ini akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan tentang ANC (*Ante Natal Care*). Dalam pembahasan yang berkaitan dengan ANC (*Ante Natal Care*), maka dapat diperoleh data-data yang disajikan dalam bentuk tabel berikut ini :

Tabel 4.1 Distribusi Subjektif dan Data dari Variabel Kehamilan Ny.”Y” di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Jelakombo Jombang

Tanggal ANC	15 Des 2017	30 Des 2017	12 Jan 2018	02 Feb 2018	17 Feb 2018	01 Mar 2018	08 Mar 2018	Ket
<b>UK</b>	26 mgg	29 mgg	31 mgg	34 mgg	35 mgg	37 mgg	38 mgg	Usia ibu 34 tahun Gerak janin dirasakan pertama pada UK 18 mgg
<b>Anamnesa</b>	Tidak apa-apa	Tidak apa-apa	Sakit gigi	Tidak apa-apa	Tidak apa-apa	Nyeri pungung	Kencing	
<b>TD</b>	90/70 mmHg	110/70 mmHg	120/80 mmHg	110/70 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg	
<b>BB</b>	50 kg	52 kg	52 kg	54 kg	56 kg	54 kg	56 kg	
<b>TFU</b>	19 cm	23 cm	24 cm	25 cm	27 cm	30 cm	31 cm	
<b>Penyulhan</b>	Senam hamil	Istirahat cukup	Pera watan payudara	Senam hamil	Nutrisi	Tanda persalinan	Jalan-jalan	

Sumber : Data Primer (Buku KIA)

Dari fakta diatas dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

#### 1. Data Subyektif

##### a. Umur

Faktanya umur Ny.”Y” 34 tahun, umur ibu masih ideal untuk hamil lagi dan ibu masih diperbolehkan hamil lagi karena usia tersebut merupakan usia reproduksi yaitu antara 20-35 tahun. Namun apabila usia ibu di atas 35 tahun sebaiknya tidak disarankan untuk hamil lagi karena termasuk dalam kehamilan resiko tinggi.

Menurut peneliti, apabila usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun dapat menyebabkan kehamilan resiko tinggi yang dapat berpengaruh pada kehamilan ibu maupun pada janin ibu, tidak hanya pada kehamilan ibu saja bahkan pada persalinan, nifas, bayi baru lahir dan juga KB dapat berpengaruh apabila usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.

Hal ini menurut Yani Firda Triyana (2013), usia reproduksi yang baik yaitu usia 20-35 tahun. Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan berbagai masalah. Hal itu dikarenakan kondisi fisik wanita belum 100% siap. Kehamilan dan persalinan pada usia tersebut dapat memicu meningkatnya angka kematian ibu dan janin sebesar 4-6 kali lipat dibandingkan wanita yang hamil dan bersalin pada usia 20-35 tahun. Pada usia di atas 35 tahun secara fisik bukanlah usia yang ideal untuk hamil. Pada usia tersebut produksi hormon progesteron sedikit. Padahal hormon tersebut dibutuhkan untuk membantu pematangan sel telur di dalam lapisan rahim.

Berdasarkan data tersebut, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori yakni Ny. "Y" berusia 34 tahun.

b. Jarak kontrol ANC :

Berdasarkan fakta Ny. "Y" kontrol pada TM I ANC 1 kali, TM II ANC 4 kali, TM III ANC 6 kali dan tidak melaksanakan ANC Terpadu selama kehamilan.

Menurut peneliti, kontrol ANC Ny."Y" lebih dari standar kontrol ANC, pemeriksaan ANC sebaiknya dilakukan minimal 4 kali oleh ibu hamil untuk mendeteksi dini adanya komplikasi pada ibu hamil dan juga janin yang dikandungnya agar kehamilan ibu bisa terpantau dengan baik, pemeriksaan ANC dilakukan secara rutin lebih dari 4 kali atau dilakukan rutin setiap bulannya dan juga melakukan

pemeriksaan ANC terpadu secara rutin guna mendeteksi secara dini adanya komplikasi pada ibu.

Hal ini menurut Romauli (2011), standar minimal kontrol ANC sedikitnya 4 kali, meliputi : TM I minimal 1 kali, TM II minimal 1 kali, TM III minimal 2 kali. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan anamnesis serta pemantauan ibu dan janin, mengenali adanya kelainan pada kehamilan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan.

Berdasarkan data diatas terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu ibu tidak melakukan ANC Terpadu dengan alasan waktu kehamilan pertama ibu tidak melakukan ANC Terpadu sehingga pada kehamilan saat ini ibu tidak menghendaki melakukan ANC Terpadu.

c. Gerak janin

Berdasarkan fakta Ny. "Y" merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 18 minggu. Dan pada usia kehamilan 39 minggu ibu merasakan gerakan janin lebih dari 10 kali dalam sehari.

Menurut peneliti, janin sudah mulai melakukan gerakan gerakan dan dirasakan ibu hamil biasanya antara usia 16-20 minggu dan gerakan tersebut semakin menguat pada usia kandungan 35 minggu, di dalam kandungan tersebut janin sudah dapat melakukan gerakan seperti menendang, memukul dan juga seolah-olah seperti menggeliat, berputar seperti sedang salto dan melakukan hal lainnya.

Hal ini menurut Romauli (2011) gerakan janin pertama kali dirasakan oleh ibu sekitar usia 18 minggu. Normal gerakan janin pada usia 32 minggu keatas lebih dari 10 kali.

Berdasarkan data tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

d. Keluhan Selama Trimester II dan Trimester III

Berdasarkan fakta pada usia kehamilan 31 minggu Ny.”Y” mengeluh sakit gigi, pada usia kehamilan 37 minggu mengeluh nyeri punggung dan pada usia kehamilan 38 minggu mengeluh kenceng-kenceng.

Menurut peneliti, pada trimester III sakit gigi yang terjadi karena terdapat gigi yang berlubang, nyeri punggung yang terjadi bisa terjadi dari sikap tubuh yang lordosis sehingga ibu merasakan nyeri dan mudah lelah, ibu hamil merasakan kenceng-kenceng yang semakin sering pada usia kehamilan aterm yaitu 36-40 minggu.

Menurut Yuni (2010) ketidaknyamanan yang sering terjadi selama masa kehamilan trimester III adalah sering kencing, sakit kepala, bengkak pada kaki, kram pada kaki dan nyeri punggung menurut. Menurut Nurul, dkk (2014) Perawatan gigi selama kehamilan adalah penting. Pemeriksaan gigi pada awal kehamilan direkomendasikan dengan perbaikan gigi sesuai indikasi. Menurut Icesmi dan Margareth (2013), tanda awal ibu hamil untuk melahirkan adalah kontraksi yang bertujuan untuk menyiapkan mulut

rahim untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta.

Berdasarkan data tersebut, tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan fisik umum

#### 1) Tekanan darah

Berdasarkan fakta tekanan darah Ny."Y" pada usia kehamilan 38 minggu adalah 110/70 mmHg.

Menurut peneliti, batas normal tekanan darah untuk ibu hamil adalah 110/70-130/90 mmHg, lebih dari 130/90 mmHg ibu akan mengalami *pre-eklampsia* namun jika tekanan darah kurang dari normal maka akan menimbulkan suplai darah dari ibu ke janin akan terhambat dan janin akan kekurangan asupan oksigen.

Menurut Romauli (2011), tekanan darah normal pada ibu hamil yaitu 110/70 mmHg-130/90 mmHg. Apabila tekanan lebih dari 140/90 mmHg dapat berlanjut pada *pre-eklamsi* apabila tidak ditangani dengan tepat.

Berdasarkan data di atas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

#### 2) Berat badan

Berdasarkan fakta berat badan Ny."Y" sebelum hamil 42 kg dan tinggi badan 153 cm didapatkan Indeks Masa Tubuh (IMT) sebesar 17,9.

Menurut peneliti, Indeks Masa Tubuh (IMT) normal yaitu 18,5-25 yang dihitung dari berat badan sebelum hamil dan tinggi badan.

Hal tersebut menurut Weni (2010) Indeks Masa Tubuh (IMT) yaitu :

<16,5 : *Severe Underweight*

16,5-18,5: *Underweight*

18,5-25 : Normal

25-30 : *Overweight*

30-35 : *Moderate Obesity*

35-40 : *Severe Obesity*

>40 : *Morbid/Masive Obesity*

IMT >28,8 risiko Preeklamsia

Berdasarkan data di atas terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu dan Indeks Masa Tubuh (IMT) termasuk dalam *Underweigh*.

### 3) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Berdasarkan fakta pada saat pemeriksaan kehamilan ukuran LILA Ny.”Y” 23 cm.

Menurut peneliti, ukuran LILA normal adalah  $\geq 23,5$  cm.

Menurut Weni (2010), LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Sehingga ibu beresiko untuk melahirkan BBLR.



Berdasarkan data tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu ukuran LILA kurang dari 23,5 cm.

b. Pemeriksaan fisik Khusus

1) Perubahan fisik

Perubahan fisik yang terjadi pada Ny.”Y” saat hamil trimester III, yaitu muka tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, kolostrum belum keluar, pada perut ibu terjadi pembesaran membujur.

Menurut peneliti, perubahan tersebut merupakan perubahan fisiologis yang di alami oleh setiap ibu hamil meskipun tiap- tiap ibu hamil memiliki perubahan yang berbeda- beda. Pemeriksaan fisik untuk ibu hamil harus dilakukan karena dengan pemeriksaaan fisik yang dilakukan sedini mungkin kita bisa menyimpulkan ada atau tidaknya tanda bahaya dan resiko yang mungkin terjadi.

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

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

## 2) TFU (Tinggi Fundus Uteri)

Berdasarkan fakta pada Ny."Y" ukuran TFU saat UK 39 minggu yaitu 3 jari bawah *processus xipoides* (31 cm).

Menurut peneliti, ukuran TFU Ny."Y" pada usia kehamilan 29 minggu normal, yaitu 3 jari di atas pusat (23 cm) dan pada usia kehamilan 39 minggu TFU teraba 3 jari di bawah *processus xipoides* (31 cm).

Menurut Nurul dkk (2014) ukuran TFU selama kehamilan yaitu :

- a) Pada UK 12 minggu, TFU teraba 1-2 jari di atas simpisis.
- b) Pada UK 16 minggu, TFU teraba di antara pusat dan simpisis.
- c) Pada UK 20 minggu, TFU teraba 3 jari di bawah pusat.
- d) Pada UK 24 minggu, TFU teraba setinggi pusat.
- e) Pada UK 28 minggu, TFU teraba 3 jari di atas pusat.
- f) Pada UK 32 minggu, TFU teraba di antara pusat dan *processus xipoides*.
- g) Pada UK 36 minggu, TFU teraba setinggi *processus xipoides*.
- h) Pada UK 40 minggu, TFU teraba 3 jari di bawah *processus xipoides*.

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

### 3. Analisa Data

Analisa data pada Ny."Y" adalah G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 39 minggu kehamilan dengan KEK.

Menurut peneliti, Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada masa kehamilan ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama yang diukur dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm dan Indeks Massa Tubuh (IMT) <18,5 cm.

Menurut Weni ( 2010) Kekurangan Energi Kronik (KEK) suatu keadaan kekurangan makanan dalam waktu yang lama sehingga menyebabkan ukuran Indeks Masa Tubuhnya (IMT) di bawah normal <18,4-19,8 dan LILA kurang dari 23,5 untuk orang dewasa.

Berdasarkan hal di atas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 4. Penatalaksanaan

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

Menurut peneliti, pemberian KIE pada ibu hamil sangat penting untuk memberikan informasi mengenai makanan-makanan apa saja yang perlu di konsumsi selama hamil, terutama untuk mengatasi ibu hamil dengan KEK yaitu dengan memotivasi ibu untuk mengatur pola makan, memberitahu ibu tentang makanan-makanan apa saja yang baik di

konsumsi seperti susu ibu hamil, kacang hijau, biskuit ibu hamil, dan vitamin yang terkandung dari buah dan sayur.

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

Berdasarkan hal di atas tidak terdapat kesenjangan antara teori opini dan fakta.

#### **4.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin**

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

Tabel 4.2 Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel INC (*Intra Natal Care*) Ny."Y" di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Jelakombo Jombang.

INC Keluhan	Tgl/Jam	Ket	KALA I 23.00WIB	KALA II 05.00WIB	KALA III 05.40WIB	KALA IV 06.10WIB
Ibu merasakan kenceng-kenceng serta mengeluarkan lendir bercampur darah.	14 Maret 2018 23.00 WIB	VT 4 cm, Eff 50%, letkep, ketuban (+), UUK dep ka, molase 0,hodge I	VT: vulva dan vagina taa (tidak teraba benjolan abnormal) ada lendir dan darah, pembukaan : 4 cm, eff 50%, letkep, ketuban (+), UUK dep ka, molase 0, hodge I.	Lama kala II $\pm$ 30 menit, bayi lahir spontan belakang kepala pukul 05.30 WIB, jenis kelamin perempuan, langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, tidak ada kelainan konginetal	Lama kala III $\pm$ 10 menit, plasenta lahir lengkap, diameter plas 20 cm, tebal plas 3 cm insersi tali pusat lateral, panjang tali pusat 50 cm. UC baik, kandung kemih kosong, perdarahan $\pm$ 50 cc,	Lama kala IV $\pm$ 2 jam, Observasi 2 jam PP: TD : 110/70 mmHg, N : 86 x/menit, S : 36,7 °C, P : 20x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan 20 cc

Sumber : Data Primer (*Partograf*)

## 1. Data Subyektif

### a. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan Ny."Y" mengatakan sering kenceng-kenceng sejak tanggal 14 Maret 2018 pukul 14.00 WIB serta mulai mengeluarkan darah dan lendir pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 20.00 WIB, ibu datang ke Bidan pukul 23.00 WIB.

Menurut peneliti, hal ini merupakan keadaan fisiologis pada ibu bersalin dimana persalinan yang semakin dekat ditandai dengan adanya pengeluaran darah dan lendir akibat semakin seringnya his yang terjadi akibat pengaruh dari ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron serta semakin tuanya usia kehamilan dan besar janin, maka

mengakibatkan adanya penarikan dinding uterus, sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah dan terjadinya penipisan, perlunakan, dan pembukaan serviks yang membantu janin melakukan penurunan dalam mekanisme persalinan.

Menurut Elisabeth & Endang (2015), bahwa keluhan yang sering dirasakan ibu bersalin adalah tanda-tanda persalinan 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 pernyataan di atas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

## 2. Data Obyektif

Fakta diperoleh data pada Ny. "Y" yaitu keadaan ibu baik, pada pemeriksaan wajah yaitu konjungtiva merah muda, mukosa lembab tidak ada stomatitis dan ibu banyak mengeluarkan keringat serta tampak kesakitan pada perut yang terus kenceng. Pemeriksaan Leopold TFU 2 jari dibawah PX (32 cm), PuKa, LetKep, Divergen 2/5, pemeriksaan dalam yaitu keluar lendir dan darah dari vagina, pembukaan 4 cm, eff 50 %, letkep, ketuban (+), UUK dep ka, molase 0, tidak teraba bagian-bagian terkecil yang menyertai bagian terendah janin, hodge I. His 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik. DJJ :  $(12+13+12) \times 4 = 148$  x/menit, jelas,

teratur, puntum maksimum dikiri bawah pusat. Genetalia tidak ada odema, tidak ada varises, tidak ada kondiloma akuminata, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar scene dan bartholini, ekstermitas atas dan bawah tidak odema pengeluaran vagina lendir bercampur darah.

Menurut peneliti, keluarnya keringat yang banyak saat persalinan merupakan keadaan fisiologis dimana karena metabolisme meningkat mengakibatkan suhu tubuh mempengaruhi produksi keringat sehingga kebutuhan rehidrasi-pun meningkat. Peneliti telah mengatasinya dengan membantu memberikan kebutuhan rasa nyaman yaitu dengan membantu ibu untuk menggunakan pakaian yang tipis (daster) dan longgar, meningkatkan asupan cairan dengan sering memberikan air putih secara sering dan banyak, serta menyalakan kipas angin.

Menurut peneliti, kenceng pada perut merupakan keadaan fisiologis dialami pada ibu hamil yang akan mengalami persalinan karena kontraksi uterus sebagai persiapan persalinan. His ini merupakan his bahwa persalinan akan segera terjadi dimana his yang timbul semakin kuat dan sering. Selain itu juga, adanya kontraksi rahim atau his yang semakin sering dipengaruhi oleh adanya ketegangan dan kontraksi otot rahim yang mampu merangsang adanya penurunan bagian terbawah janin. Perut yang terasa kenceng terjadi karena adanya kontraksi pada rahim sehingga membantu penurunan janin mendekati masa persalinan. Peneliti berhasil membantu ibu dalam mengurangi rasa sakit pada perut dan punggung yaitu dengan menganjurkan ibu melakukan relaksasi (Tarik nafas panjang ketika perut terasa kenceng) kemudian ibu dianjurkan untuk miring kearah letak

punggung janin (punggung janin bayi ada pada perut kiri ibu maka ibu dianjurkan untuk berbaring ke kiri).

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

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data pada Ny.“Y” adalah G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> UK 39 minggu inpartu kala I fase aktif persalinan normal janin tunggal hidup.

Menurut peneliti, persalinan normal yaitu persalinan yang tidak disertai dengan komplikasi ataupun penyulit.

Menurut Elisabeth & Endang (2015), persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 4. Penatalaksanaan

#### a. Kala I

Berdasarkan fakta pada kala I fase aktif berlangsung pukul (23.00-05.00) selama 6 jam (VT pukul 23.00 WIB  $\phi$  4 cm). Menurut peneliti, kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan



tersebut dapat dijumpai baik pada primigravida maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten dan fase aktif terjadi lebih pendek dan lebih cepat. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar lalu menipis. Pada multigravida penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersamaan.

Menurut Elisabeth & Endang (2015), yang menyatakan persalinan kala I fase aktif  $\pm$  sekitar 8 jam pada multigravida dan pembukaan 2 cm per jam. Kontraksi menjadi lebih kuat dan sering dalam fase aktif. Ibu yang memasuki inpartu kala I fase laten dan fase aktif pada Multigravida memerlukan waktu kurang dari 8 jam, pembukaan pada Multigravida adalah 2 cm/jamnya. Persalinan kala I berlangsung  $\pm$  8–12 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 sampai pembukaan kurang dari 4 cm, dan fase aktif (6 jam) dari pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase, yaitu fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, dan fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Kala II

Berdasarkan fakta, persalinan kala II Ny.“Y” berlangsung 30 menit (05.00-05.30) tidak ada penyulit selama proses persalinan. Bayi lahir spontan, jenis kelamin perempuan dengan kondisi bayi baru lahir normal. Menurut peneliti, pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir yang berlangsung maksimal 60 menit, tergantung dari *power*, *passage* dan *passanger*. Pengawasan persalinan kala II diperlukan observasi yang ketat dan terutama kerja sama antara ibu bersalin dan penolongnya. Menurut Elisabeth & Endang (2015), kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

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

c. Kala III

Berdasarkan fakta, persalinan kala III pada Ny.“Y” berlangsung kurang lebih 10 menit (05.40-05.50), tidak ada penyulit, plasenta lahir lengkap, laserasi derajat 1. Menurut peneliti, plasenta lahir dalam batas waktu yang normal, kala III dimulai dari bayi lahir sampai lahirnya plasenta, dengan batas waktu maksimal 30 menit, biasanya plasenta akan lahir 6-15 menit setelah bayi lahir.

Menurut Elisabeth & Endang (2015), kala III adalah waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta) seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

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

d. Kala IV

Berdasarkan fakta, persalinan kala IV Ny.“Y” berlangsung selama 2 jam (06.10-07.10), perdarahan 20 cc, tidak ada komplikasi, dilakukan IMD. Menurut peneliti, pada kala IV ini akan dilakukan observasi ketat selama 2 jam *post partum* yaitu observasi TTV, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih, perdarahan. Menurut peneliti hasil TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik serta TFU 2 jari di bawah pusat. Menurut peneliti perdarahan yang dialami ibu saat ini tidak melebihi dari batas maksimum, jumlah perdarahan ibu dalam batas normal.

Menurut Elisabeth & Endang (2015), kala IV ini berlangsung mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah: tingkat kesadaran klien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, kandung kemih, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc. TFU setelah bayi lahir sejajar pusat. TFU setelah plasenta lahir 2 jari di bawah pusat.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

#### **4.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas**

Pada pembahasan ketiga ini dijelaskan tentang kesesuaian teori dan fakta pada PNC (*Post Natal Care*). Berikut akan disajikan data-data yang mendukung untuk dibahas dalam pembahasan pada PNC (*Post Natal Care*).

Dalam pembahasan yang berkaitan dengan PNC (*Post Natal Care*), maka dapat diperoleh data pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3 Distribusi Data Subjektif dan Objektif dari Variabel PNC (*Post Natal care*) Ny.“Y” di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Jelakombo Jombang.

Tanggal PNC	18 Maret 2018	29 Maret 2018	13 April 2018
Post partum (hari ke)	3 hari	14 hari	29 hari
Anamnesa	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Eliminasi	BAK ± 4x/hari, warna kuning jernih, BAB 1x/hari, konsistensi lembek	BAK ± 4x/hari, warna kuning jernih, BAB 1x/hari, konsistensi lembek	BAK ± 5-6x/ hari kuning, jernih, BAB 1x/hari lembek, warna kuning
Tekanan Darah	120/80 mmHg	110/70 mmHg	110/70 mmHg
Laktasi	Lancar	Lancar	Lancar
TFU Involusi	TFU pertengahan pusat-symphisis,	TFU tidak teraba diatas symphisis	TFU tidak teraba
Lochea	Lochea sanguilenta	Lochea serosa	Lochea alba

Sumber : Data Primer (Buku KIA)

## 1. Data Subyektif

### a. Keluhan

Berdasarkan fakta, pada 3 hari *post partum* Ny.“Y” mengatakan tidak ada keluhan dan sudah BAB, pada 14 hari *post partum* ibu mengatakan tidak ada keluhan, pada 29 hari *post partum* ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa dan belum menstruasi. Masa nifas yang dijalani Ny.“Y” berjalan secara fisiologis tanpa ada masalah dan infeksi selama masa nifas. Menurut peneliti, Ny.”Y” pada saat 3 hari PP tidak ada keluhan dan sudah BAB. Pada 14 hari *post partum* dan 29 hari *post partum* ibu tidak ada keluhan karena masa nifas ibu berjalan dengan fisiologis.

Menurut Yusari Asih & Risneni (2010), involusi/pengerutan rahim merupakan suatu keadaan kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan opini.

## 2. Data Obyektif

### a. Laktasi

Berdasarkan fakta Ny.“Y” kolostrum sudah keluar saat bayi lahir dan ASI pada nifas hari ke 3 sudah keluar lancar, tidak ada bendungan. Menurut peneliti, sesering mungkin bayi menyusui semakin baik untuk merangsang produksi ASI dan juga reproduksi ibu akan cepat kembali/pulih seperti sebelum hamil.

Menurut Yusari Asih & Risneni (2010), penurunan esterogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh glandula pituitary anterior bereaksi terhadap alveoli dari payudara sehingga menstimulasi produksi ASI.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### b. Involusi

Berdasarkan fakta pada Ny.“Y” pada 3 hari *post partum* TFU teraba pertengahan pusat dan simfisis, kontraksi uterus baik, lochea sanguilenta. Pada 14 hari *post partum* TFU tidak teraba diatas simfisis (mengecil), kontraksi uterus baik, lochea serosa. Pada 29 hari *post*

*partum* TFU tidak teraba, lochea alba. Menurut peneliti, kontraksi uterus Ny.“V” sangat baik sehingga involusi uterus berjalan normal dan cepat yaitu 4 minggu TFU sudah tidak teraba.

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

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

#### c. Lochea

Berdasarkan fakta pada Ny.“Y”, pada 3 hari *post partum* lochea sanguilenta, pada 14 hari *post partum* lochea serosa, pada 30 hari *post partum* lochea alba. Menurut peneliti, proses involusi berdasarkan lochea pada Ny.“Y” berjalan fisiologis dan cepat.

Menurut Yusari Asih & Risneni (2010), bahwa lochea rubra berwarna merah berlangsung selama 1-2 hari *post partum*, lochea sanguinolenta warnanya merah kuning berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 3-7 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 2 minggu *post partum*.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data pada Ny.“Y” adalah P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> dengan *post partum* fisiologis. Menurut peneliti, nifas normal adalah nifas yang berlangsung 6 minggu tanpa ada keluhan dan penyulit pada masa nifas sehingga nifas berjalan secara fisiologis.

Menurut Yusari Asih & Risneni (2010), nifas normal yaitu masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang ditandai dengan ibu tidak ada keluhan, ASI keluar lancar, perdarahan dalam batas normal, dan kontraksi baik.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Peneliti melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny “Y”, sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya masalah, seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, istirahat, melakukan senam nifas, dan melakukan *Body Spa* pada ibu dan jadwal kontrol ulang. Menurut peneliti, dengan diberikan implementasi yang sesuai dengan asuhan pada ibu nifas dapat mencegah terjadinya tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan, lochea berbau, bendungan ASI, dsb, selain itu juga memberikan dampak yang positif bagi ibu dan bayi seperti mengajari ibu bagaimana cara menyusui yang benar, melakukan perawatan bayi

sehari-hari, memberikan konseling tentang KB sedini mungkin agar ibu merasa mantap dan nyaman sebelum menggunakan alat kontrasepsi.

Menurut Yusari Asih & Risneni (2010), seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi, memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi, dan kontrol ulang.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesengajaan antara fakta dengan teori.

#### **4.4 Asuhan Kebidanan pada BBL (Bayi Baru Lahir)**

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



Tabel 4.4 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Bayi Baru Lahir Ny.“Y” di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Jombang

Asuhan BBL	15 Maret 2018 Jam	Nilai
Penilaian Awal	07.30 WIB	Menangis spontan, warna kulit merah, reflek baik
Apgar Score	07.31 WIB	10
BB	07.32 WIB	3100 gr
PB	07.33 WIB	51 cm
Lingkar Kepala	07.34 WIB	FO : 34 cm, MO : 35 cm, SOB : 31 cm
Lingar Dada	07.35 WIB	32 cm
Lila	07.36 WIB	11 cm
Salep Mata	07.37 WIB	Sudah diberikan
Vit K	07.40 WIB	Sudah diberikan
Inj. HB0	07.41 WIB	Sudah diberikan
BAK		1 kali hari ini, warna kuning jernih
BAB		Keluar mekonium

Sumber : Data Primer (partograf)

Pada usia 1 jam bayi sudah BAB 1 kali mekonium dan sudah BAK 1 kali, warna jernih. Bayi sudah menyusu pada saat dilakukannya IMD.

## 1. Data Subyektif

### a. Nutrisi

Berdasarkan fakta, bayi Ny.“Y” sudah menyusu pada saat dilakukan IMD setelah kelahiran. Menurut peneliti, saat bayi lahir langsung dilakukan IMD yang bertujuan untuk mendekatkan kontak batin ibu dengan bayi agar bayi bisa mencari puting susu serta memicu kontraksi uterus ibu berjalan dengan baik, pelaksanaan IMD kurang lebih 1 jam. Pemberian ASI eksklusif sedini mungkin sangat penting

bagi tumbuh kembang bayi, mencegah infeksi, dan bisa menjadi alat kontrasepsi alamiah (metode amenore laktasi) untuk ibu.

Menurut Jenny (2013), setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45 sampai ke-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

#### b. Eliminasi

Berdasarkan fakta, pada usia 1 jam bayi Ny.“Y” sudah BAB warna hitam (Mekonium). Menurut peneliti, hal ini menunjukkan keadaan fisiologis. Mekonium adalah feses pertama bayi, hal ini bagus karena menandakan sistem pencernaan bayi baru lahir sedang melakukan tugasnya mengeluarkan zat sisa dari tubuh bayi. Normalnya feses ini akan dikeluarkan bayi setelah lahir, kira-kira 24 jam pertama setelah kelahiran.

Menurut Jenny (2013), proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir. Feses bayi baru lahir berwarna hijau kehitaman, konsistensi mekonium lebih kental dan lengket. Feses bayi

yang keluar akan berubah warna menjadi kuning setelah beberapa hari bayi lahir (3-5 hari setelah lahir).

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesengajaan antara fakta dengan teori.

## 2. Data Obyektif

### a. Tanda-tanda vital

Berdasarkan fakta tanda-tanda vital bayi Ny.”Y” dalam batas normal. Menurut peneliti, pemeriksaan tanda vital bayi harus dilakukan karena dari pemeriksaan tersebut kita bisa mengetahui apakah keadaan bayi sehat atau timbul tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, asfiksia, dsb.

Menurut Jenny (2013), yaitu suhu bayi normal adalah antara 36,5-37,5 °C, pernafasan bayi normal 40-60 kali/menit, denyut jantung normal bayi antara 120-160 kali/menit, tetapi dianggap masih normal jika diatas 160 kali/menit dalam jangka waktu pendek.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### b. Antropometri

#### 1) Berat badan

Berat badan lahir bayi Ny.”Y” 3100 gram, panjang badan bayi 51 cm, lingkaran dada 32 cm, FO 34 cm, MO 35 cm, SOB 31 cm. Saat umur 1 jam dengan BB 3100 gram. Menurut peneliti, berat badan termasuk kategori yang normal atau baik. Menurut peneliti, ukuran kepala bayi merupakan keadaan fisiologis dimana kepala

bayi yang dapat melalui jalan lahir tidak berlebihan sehingga menyesuaikan dengan lebar panggul ibu sehingga pada saat persalinan tidak terjadi penyulit ataupun distosia janin.

Menurut Jenny (2013), bahwa pengukuran antropometri meliputi BB (2500-4000 gram), PB (48-52 cm), LK (33-35 cm), LD (30-38 cm).

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa data

Analisa data pada bayi Ny.“Y” adalah “bayi usia 1 jam keadaan normal”. Menurut peneliti, BBL normal yaitu BBL yang tidak disertai dengan kelainan kongenital maupun komplikasi lainnya.

Menurut Jenny (2013), bahwa BBL adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan BBL, peneliti melakukan penatalaksanaan pada bayi Ny.“Y” sebagaimana untuk BBL normal karena tidak ditemukan masalah. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE seperti KIE tanda bahaya bayi, imunisasi, ASI eksklusif, mempertahankan kehangatan tubuh, mencegah infeksi, perawatan bayi sehari-hari. Menurut peneliti, pemberian

KIE untuk bayi baru lahir sangat perlu karena bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko pada bayi seperti tali pusat berbau, sianosis, hipotermi, dan ikterus.

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

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

#### **4.5 Asuhan Kebidanan Neonatus**

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

Tabel 4.5 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Neonatus Bayi Ny.“Y” di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Jelakombo Jombang

Tgl.Kunjungan Neonatus	15 Maret 2018	18 Maret 2018	29 Maret 2018
ASI	Ya	Ya	Ya
BAK	BAK $\pm$ 4 kali dalam 24 jam kuning jernih	BAK $\pm$ 6 kali dalam 24 jam kuning jernih	BAK $\pm$ 6 kali dalam 24 jam kuning jernih
BAB	BAB $\pm$ 1x/hari warna hitam	BAB $\pm$ 2x/hari warna kuning keemasan	BAB $\pm$ 2x/hari warna kuning keemasan
BB	3100 gram	3120 gram	3350 gram
<i>Ikterus</i>	Tidak	Tidak	Tidak
Tali pusat	belum lepas	Sudah lepas	Sudah lepas

*Sumber : Data Primer (Buku KIA)*

Berdasarkan fakta diatas, dapat diperoleh analisa sebagai berikut :

#### 1. Data Subyektif

##### a. Eliminasi

Berdasarkan fakta pada usia 10 jam bayi Ny.“Y” sudah BAK kuning jernih dan sudah BAB, tidak ada keluhan lain. Pada usia 3 hari BAK kuning jernih dan BAB lancar, tidak ada keluhan lain. Pada usia 14 hari BAK kuning jernih dan BAB lancar, tidak ada keluhan lain. Menurut peneliti, yang dialami bayi ini adalah hal yang fisiologis. Menurut peneliti, bayi mengalami BAK dan BAB beberapa jam setelah proses persalinan. Peneliti menganjurkan ibu untuk menyusui dengan ASI terus menerus sesering mungkin (ASI Eksklusif) agar proses pengeluaran urine dan defekasi terus berjalan lancar dan tidak menambahkan makanan pendamping ASI jenis apapun sebelum bayi berusia 6 bulan.

Menurut Jenny (2013), yaitu proses pengeluaran defekasi dan urine terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir. ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

## 2. Data Obyektif

### a. Antropometri

Berat badan lahir bayi Ny.”Y” usia 10 jam 3100 gram, panjang badan bayi 51 cm, usia 3 hari 3120 gram, usia 14 hari 3350 gram. Menurut peneliti, berat badan bayi Ny. “Y” normal karena ibu memberikan ASI Eksklusif tanpa tambahan susu formula maupun makanan pendamping apapun dan menyusui sesering mungkin setiap 2 jam.

Menurut Jenny (2013), normalnya berat badan bayi yang baru lahir normal adalah 2500 gr - 4000 gr. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa Data

Analisa data pada bayi Ny.“Y” adalah “Neonatus normal usia 10 jam fisiologis”. Menurut peneliti, Neonatus Fisiologis adalah neonatus yang lahir aterm dan selama bayi maupun neonatus tidak terjadi komplikasi.

Menurut Jenny (2013), Neonatus adalah bayi berumur 0 hari sampai dengan 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 4. Penatalaksanaan

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

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



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

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

#### 4.6 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

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

Tabel 4.6 Distribusi Data Subjektif dan Data Objektif dari Variabel Keluarga Berencana Ny.“Y” di PBM Ririn Dwi Agustini, SST Jombang

Tanggal kunjungan KB	13 April 2018	17 April 2018
Subjektif	Ibu mengatakan ingin konseling tentang KB	Ibu merencanakan akan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan
Tensi	110/70 mmHg	120/80 mmHg
Haid	Belum haid	Belum haid

Sumber : Data Primer (Kunjungan rumah)

##### 1. Data Subjektif

Berdasarkan fakta, pada 29 hari *post partum* Ny.“Y” tidak ada keluhan, dan ia berencana menggunakan KB suntik 3 bulan setelah usia sampai saat ini ibu belum haid. Pada 33 hari *post partum* Ny.“Y” melakukan suntik KB 3 bulan sebagai akseptor baru. Menurut peneliti, keadaan ibu dalam batas normal semua, serta rencana ibu untuk memilih KB suntik 3 bulan adalah hal yang efektif karena ibu tidak mau menggunakan KB jangka panjang dan juga KB suntik 3 bulan tidak memengaruhi produksi ASI.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

## 2. Data Objektif

Berdasarkan pemeriksaan Ny."Y" dengan metode KB suntik 3 bulan, hasil pemeriksaan ibu normal semua. Menurut peneliti, hasil pemeriksaan ibu dalam batas normal salah satunya tekanan darah ibu yaitu 120/80 mmHg. Menurut peneliti, ibu saat ini masih menggunakan KB suntik 3 bulan karena ibu tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang dan ibu masih menyusui.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), KB suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi suntikan progestin cocok untuk ibu menyusui, usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak.

Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 3. Analisa Data

Berdasarkan fakta pada analisa data Ny.“Y” akseptor baru suntik KB 3 bulan. Ibu saat ini masih menggunakan KB suntik 3 bulan. Menurut peneliti, KB suntik 3 bulan baik untuk ibu karena tidak mengurangi produksi ASI serta tekanan darah ibu selama ini masih dalam batas normal.

Menurut Dyah & Sujiatini (2011), KB suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi suntikan progestin cocok untuk ibu menyusui, usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak. KB suntik 3 bulan mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat)

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

### 4. Penatalaksanaan

Pada asuhan kebidanan untuk akseptor KB, peneliti melakukan penatalaksanaan pada Ny.“Y” akseptor baru KB suntik 3 bulan, ibu diberi KIE tentang efek samping KB suntik 3 bulan, keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan dan kunjungan ulang.

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

Berdasarkan pernyataan diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.“Y” telah dilakukan selama kurang lebih lima bulan yang di mulai dari usia kehamilan 26 minggu, bersalin, BBL, *neonatus*, nifas sampai Keluarga Berencana (KB), sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif dan didokumentasikan dalam bentuk data subyektif, data obyektif, analisa data dan penatalaksanaan (SOAP).

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Kehamilan Ny.”Y” dengan Kekurangan Energi Kronis. Tidak terjadi komplikasi sampai akhir masa kehamilan dan ditangani dengan baik oleh tenaga kesehatan.
2. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Persalinan Ny.”Y” dengan persalinan normal. Tidak terjadi komplikasi pada kala I, kala II, kala III, kala IV dan ditangani dengan baik oleh tenaga kesehatan.
3. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Bayi Baru Lahir Ny.”Y” normal tanpa ada komplikasi atau penyulit yang menyertai.
4. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Neonatus Ny.”Y” secara fisiologis tidak terjadi komplikasi, bayi juga sudah mendapat imunisasi sesuai jadwal imunisasi dan ditangani dengan baik oleh tenaga kesehatan.
5. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Masa Nifas Ny.”Y” fisiologis. Tidak terjadi komplikasi/penyulit sampai akhir masa nifas.

6. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Keluarga Berencana Ny.”Y” dengan KB suntik 3 bulan.

## 5.2 Saran

1. Bagi Responden (Klien)

Diharapkan ibu untuk melakukan mengikuti kelas ibu hamil supaya bisa mengetahui tentang ketidaknyamanan yang dialami ibu selama hamil dan melakukan ANC terpadu untuk mendeteksi secara dini adanya komplikasi pada ibu dan janin selama proses kehamilan agar mendapat penanganan yang cepat dan tepat apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun janin.

2. Bagi Bidan

Diharapkan para bidan dapat mempertahankan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standart, dan tetap melakukan pemeriksaan ANC pada setiap ibu hamil guna mendeteksi adanya komplikasi sedini mungkin.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan Institusi untuk meningkatkan praktek mahasiswa yang lebih spesifik dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat dari kampus seperti kegiatan pengabdian masyarakat dan membuka *homecare* di wilayah kampus supaya mahasiswa selain menambah asuhan kebidanannya juga mampu meningkatkan ilmu *enterpreuner* dilapangan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Atikah Proverawati, SM, MPH dan Erna usuma Wati, SM, M.Si. 2010. *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan dan Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Media. Hlm 105
2. Kemenkes RI. 2016. *Laporan Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2016*. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 16 Desember 2017)
3. Umi Wachidah dkk. 2015. *Karakteristik Umur dan Paritas Ibu Hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK)Di Puskesmas Kelayan Timur Tahun 2015*. [stikessarimulia.ac.id](http://stikessarimulia.ac.id) (diakses 17 Desember 2017)
4. W Maulana. 2015. *Hubungan Status Ekonomi dan Tingkat Konsumsi Energi Protein dengan Status Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Colomadu II*. [eprints.uns.ac.id](http://eprints.uns.ac.id) (diakses 17 Desember 2017)
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang. 2014. *Profil Kesehatan Tahun 2014*. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 16 Desember 2017)
6. Kohort PBM Ririn Dwi Agustini, SST Tahun 2017 di Desa Tambarejo
7. Weni Kristiani, S.Kep. Ns. 2010 *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 65, 71
8. Icesmi Sukarni K & Margareth ZH. 2013. *Kehamilan, Persalinan, Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 82, 86, 123, 186
9. Nurul Kamariah, dkk. 2014. *Buku Ajar Kehamilan*. Surabaya : Salemba Medika . Hlm. 20, 16
10. Suryati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm73, 90, 13, 162
11. AD ardiati. 2013. *Ibu Hamil Trimester III*. [repositor.ump.ac.id](http://repositor.ump.ac.id) (diakses 18 Desember 2017)
12. Yuni Kusmiati, S.ST dkk. 2010. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*. Yogyakarta : Fitramaya. Hlm. 143
13. Niken Amran. 2016. *Analisis Program Pelaksanaan Antenatal Terpadu di Puskesmas Bandaharjo Kota Semarang*.
14. Yuni Subkhaini. 2017. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [repository.ump.ac.id](http://repository.ump.ac.id) (diakses 03 Januari 2018)
15. Departemen Gizi dan Kesmas FKM UI. 2011. *BAB II*. [repository.usu.ac.id](http://repository.usu.ac.id) (diakses 03 Januari 2018 )
16. Arief Hidayat. 2013. *Pengaruh Terapi Oksigen*. [repository.ump.ac.id](http://repository.ump.ac.id). (diakses 28 Desember 2017)
17. Jenny J.S. Sondakh. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Malang : Erlangga. Hlm. 2, 150

18. Elisabeth Siwi Walyani, Amd. Keb & Th. Endang Purwoastuti. S.Pd, APP. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press. Hlm. 7
19. Yusari Asih, SST., M.Kes & Hj. Risneni, S.SiT., M.Kes. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Trans Info Media. Hlm 1, 5
20. Yetti Anggraini, S.ST., SKM. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama. Hlm. 1
21. Kemenkes RI. 2010. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [abstrak.ta.ums.ac.id](http://abstrak.ta.ums.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
22. Dewi. 2010. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [abstrak.ta.ums.ac.id](http://abstrak.ta.ums.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
23. Vivian Nanny Lia Dewi. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Salemba Medika. Hml. 2
24. RA Mutmainah. 2015. *Asuhan Kebidanan Neonatus Cukup Bulan Pada Bayi "A" dengan umurv 8 hari dengan Ikterus Neonatus Fisiologiss di Paviliun Anggrek RSUD Jombang*. [epsrins.unipdu.ac.id](http://epsrins.unipdu.ac.id) (diakses 24 Desember 2017)
25. Julina Br Sembiring ,S.ST.,M.Kes.2017. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta : Deepublish. Hlm. 4
26. Wafi Nur Muslihatun. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya. Hlm. 12.39
27. Dyah Noviawati Setya Arum, S.Si.T dan Sujiatini, S.Si.T. 2011. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm.28
28. BKKBN. 2012. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [digilib.unimus.ac.id](http://digilib.unimus.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
29. Handayani. 2010. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [digilib.unimus.ac.id](http://digilib.unimus.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)

## Lampiran 1

**SURAT PERSETUJUAN BIDAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Bintang Mega Krisnawati  
 NIM : 151110009  
 Kelas/semester : A / V  
 Prodi : D-III Kebidanan  
 Institusi : Stikes ICME Jombang

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

Nama Bidan : Ririn Dwi Agustini, SST  
 Alamat : Jl. Airlangga 9 / 18 Jetakombo Jombang

Jombang, ..... Desember 2017

Mengetahui,

Mahasiswa



(Bintang Mega Krisnawati)

Bidan



(Ririn Dwi A. SST)



## Lampiran 2

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. Tuliati

Alamat : Perum Griya Jombang Indah Blok S - 2 RT: 12 RW: 09

Mengatakan bahwa saya bersedia menjadi pasien dari masa hamil s/d KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan untuk memenuhi Laporan Tugas Akhir oleh :

Nama : Bintang Mega Kriyawati

NIM : 151110009

Kelas/semester : A / V (lima)

Prodi : D-III Kebidanan


Institusi : STIKES Insan Cendekia Medika Jombang

Jombang,.....

Mengetahui,

Pasien

Mahasiswa

  
(.....*Tuliati*.....)

  
(..Bintang..Mega..Kriyawati)

Lampiran 3

I. Aterun / Budaw / Spontan / 2800 gr / ♂ / 6,5 kg  
 II. Hamil ini

SALAHAN KESEHATAN IBU HAMIL

Score 2.

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ..... 2 ..... Jumlah persalinan ..... 1 ..... Jumlah keguguran ..... 1 ..... G.P.I.A. ....  
 Jumlah anak hidup ..... Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak .....  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir ..... 6,5 kg  
 Status imunisasi TT terakhir ..... TT5 ..... (bulan/tahun)  
 Penolong persalinan terakhir ..... Bidan .....  
 Cara persalinan terakhir\* ..... N Spontan/Normal [ ] Tindakan .....

\* Berdasar ( ) pada kolom yang sesuai

Diisi oleh petugas kesehatan

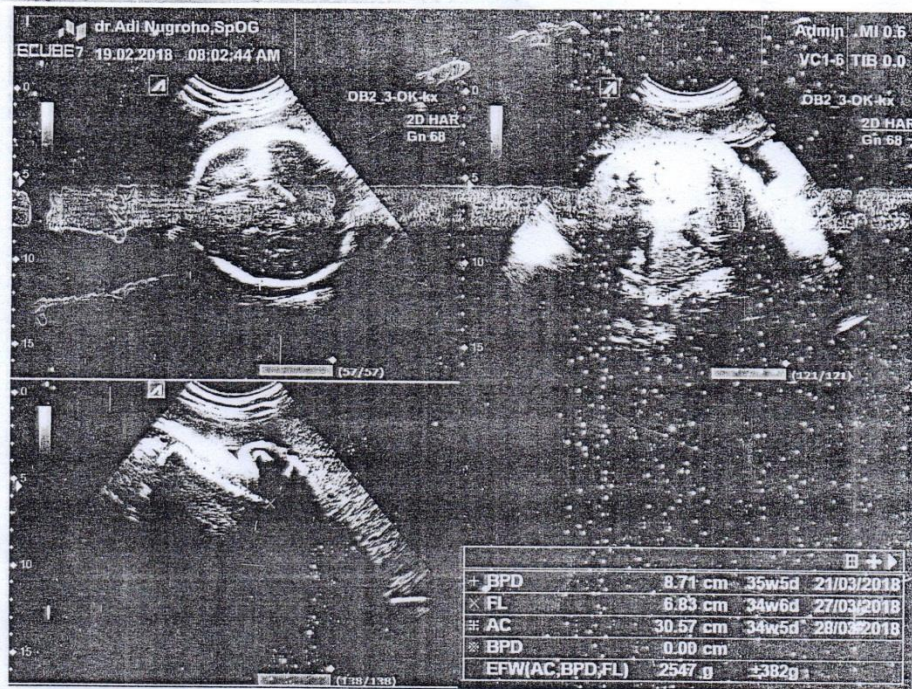
Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 13-6-2017  
 Hari Takstiran Persalinan (HTP), tanggal: 20-3-2018  
 Lingkar Lengan Atas: 23 cm; KEK (✓), Non KEK ( ) Tinggi Badan: 153 cm  
 Golongan Darah: O-  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: PIL  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: demam, HT, DM, Hepatitis  
 Riwayat Alergi: Tak ada riwayat alergi

IMT 17,9

Tgl	Keluhan Selarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin (kep/Suli)	Denyut Jantung Janin/ Menit
15/7/18	Mual	120/80	43 kg	± 9 wgg	-	-	-
16/7/18	dem	100/70	43 kg	11/9 Mgg	-	-	-
15/7/18	dem	100/70	46 kg	± 18 wgg	-	Bath (+)	-
15/7/18	dem	110/70	49 kg	± 22 Mgg	13 cm	14-14p	118/m
15/7/18	dem	90/70	50 kg	± 26 wgg	19 cm	kep	150/m
20/7/18	dem	110/70	52 kg	± 29 wgg	23 cm	kep	155/m
22/7/18	dem	120/80	58 kg	± 31 Mgg	29 cm	14-14p	148/m
22/7/18	dem	110/70	59 kg	± 32 Mgg	25 cm	14-14p	157/m
19/8/18	dem	100/70	56 kg	± 35 wgg	27 cm	kep	145/m

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian T1, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan Tempat Pelayanan (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	PP test seram (+)	- Mavomag - Bc - Parano - Vit C	- ANC Terpapu di pem terapan - Mavomag - Parano - Vit C	Rutin	c. 1 bln
-/+		- Kalk - Vit C - B-PPA - Vit E	- Bc - Mavomag - Parano - Vit C	Rutin	c. 1 bln
⊖/+		- Gestamin - Fe - Vit C - Parano - Vit C	- Sendam - Mavomag - Parano - Vit C	Rutin	c. 1 bln
⊖/+		- Parano - Vit C - Selcom C	- Parano - Parano - Parano	Rutin	c. 2 wgg
-/+			- Parano - Parano	Rutin	c. 2 Mgg
⊖/+			- Parano - Parano	Rutin	c. 2 Mgg
-/+			- Parano - Parano	Rutin	c. 2 wgg

## Lampiran 4



**dr. Adi Nugroho, Sp. OG**

Dokter Spesialis Kandungan

RSUD Jombang  
Jl. KH. Wahid Hasyim 52, Jombang  
0321-865716

Praktek Rumah ( USG - 4D )  
Jl. Kenanga 5 Kompleks Mahameru  
(Depan GOR Stadion Jombang)

RS dr. Moedjito (Umum, BPJS, KIS, KJS)  
Jl. Hayam Wuruk 9, 0321-864308  
(Selatan GOR Stadion Jombang)

Hasil Pemeriksaan tanggal : 14-

Nama : 2/420  
Berat badan ibu : /  
Tekanan darah : /  
Hasil USG : 2/420 / 35/36 - 07/14/17 -  
Dililitan tali Pusat di leher : +  
Letak : Kepala / Sungsang / Lintang / Miring  
Plasenta : Kanan / Grade: 1/0 / III  
Ketuban : Banyak / Kurang  
Kelamin : Laki-Laki / Perempuan  
Usia Kehamilan : 30 Minggu  
Taksiran persalinan : 20/12/17 Taksiran Berat Janin saat ini : 2700  
Diagnosa : 2/420 35/36 - 07/14/17 -  
Saran :

Ttd,  
/

Hasil USG didapat dari tampilan yang terlihat di layar USG saat pemeriksaan,  
tampilan di layar dipengaruhi posisi janin, cairan ketuban, bentuk rahim, dsb.

dr. Adi Nugroho, Sp. OG  
SMS / Telp / WA : 081.3100.15771



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 15 Maret 2018
2. Nama bidan : Eka Devi Nugraheni, S.K.M.
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : di BPM
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

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

**KALA III**

20. Lama kala III : 20 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	06.10	110/70 mmHg	86/m	36.9°C	2 jari di pusat	Baik	Kosong	20 cc
	06.25	110/70 mmHg	84/m		2 jari di pusat	Baik	Kosong	10 cc
	06.40	120/80 mmHg	84/m		2 jari di pusat	Baik	Kosong	5 cc
	06.55	120/80 mmHg	86/m		2 jari di pusat	Baik	Kosong	-
2	07.25	120/80 mmHg	88/m	36.8°C	2 jari di pusat	Baik	50 cc	-
	07.55	120/80 mmHg	88/m		2 jari di pusat	Baik	Kosong	-

- Masalah kala IV : .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

24. Masase fundus uteri ?
  - Ya
  - Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) / Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    - a. ....
    - b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
  - Ya, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Ya, tindakan :
27. Laserasi :
  - Ya, dimana .....
  - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat 1 / 2 / 3 / 4
  - Tindakan :
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan .....
29. Aloni uteri :
  - Ya, tindakan
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
30. Jumlah perdarahan : 50 ml
31. Masalah lain, sebutkan : .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

34. Berat badan : 3100 gram
35. Panjang : 51 cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
  - Normal, tindakan :
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
    - mengeringkan  bebaskan jalan napas
    - rangsang taktil  menghangatkan
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - lain - lain sebutkan .....
  - Cacat bawaan, sebutkan :
  - Hipotermi, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
39. Pemberian ASI
  - Ya waktu : 30 menit jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

Lampiran 6

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

**Ibu Bersalin dan Ibu Nifas**

Tanggal persalinan : 15 Maret 2018 Pukul : 05.30 WIB

Umur kehamilan : 39 Minggu

Penolong persalinan : Dokter Bidan lain-lain

Cara persalinan : Normal/Tindakan

Kondisi Ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
Lokhia berbau/lain-lain .....)/  
Meninggal\*

Keterangan tambahan : .....

\* Lingkari yang sesuai!

**Bayi Saat Lahir**

Anak ke : 1

Berat Lahir : 3100 gram

Panjang Badan : 51 cm

Lingkar Kepala : 33 cm

Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan\*)

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

Segera menangis  Anggota gerak kebiruan

Menangis beberapa saat  Seluruh tubuh biru

Tidak menangis  Kelainan bawaan

Seluruh tubuh kemerahan  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

---

**RUJUKAN**

Tanggal/bulan/tahun : ..... / ..... / ..... Jam: .....

Dirujuk ke : .....

Sebab dirujuk : .....

Diagnosis sementara : .....

Tindakan sementara : .....

Yang merujuk : .....

**UMPAN BALIK RUJUKAN**

Diagnosis : .....

Tindakan : .....

Anjuran : .....

Tanggal : .....

Penerima Rujukan : .....

---

**RUJUKAN**

Tanggal/bulan/tahun : ..... / ..... / ..... Jam: .....

Dirujuk ke : .....

Sebab dirujuk : .....

Diagnosis sementara : .....

Tindakan sementara : .....

Yang merujuk : .....

**UMPAN BALIK RUJUKAN**

Diagnosis : .....

Tindakan : .....

Anjuran : .....

Tanggal : .....

Penerima Rujukan : .....

Lampiran 7

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

Biang Air Besar	Biang Air Kecil	Produksi ASI	Catatan Dokter/bidan
-/+	-/+	Baik	Numis, istirahat, personal hygiene
-/+	-/+	Baik	Istirahat, ASI eksklusif
-/+	-/+	Baik	Enam nifas, baby spa, KB
-/+	-/+		
-/+	-/+		
-/+	-/+		

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS

(Diisi oleh dokter/bidan)

JENIS PELAYANAN	KUNJUNGAN I (6 jam - 3 hari) Tgl. 19/08	KUNJUNGAN II (4 - 28 hari) Tgl. 29/08	KUNJUNGAN III (29 - 42 hari) Tgl. 19/08
Kondisi ibu nifas secara umum	Baik	Baik	Baik
rekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi	140/90/80/20/14	110/70/80/24	110/70/80/24
perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan pemeriksaan payudara	Sangat baik, tidak ada keluhan	Sangat baik, tidak ada keluhan	Alba, baik
lokha dan perdarahan	Sangat baik, tidak ada keluhan	Sangat baik, tidak ada keluhan	Alba, baik
Pemeriksaan jalan lahir	✓	✓	✓
Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif	✓	✓	✓
Pemberian Kapsul Vit. A	✓	-	-
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-	-	-
Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-

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

Pelayanan KB Ibu Nifas

Tanggal/bulan/tahun			
Tempat			
Cara KB/Kontrasepsi			

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu\*\*:

- Sehat
- Sakit
- Meninggal

Komplikasi Nifas\*\*:

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

Keadaan Bayi\*\*:

- Sehat
- Sakit
- Kelainan Bawaan
- Meninggal

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



Lampiran 8

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR ANAK USIA 29 HARI - 6 TAHUN

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I	Kunjungan II	Kunjungan III
	(6-48jam) Tgl: 19/05 3100 gr 51 cm 36.3°C ✓	(hari 3-7) Tgl: 19/05 3120 gr 51 cm 36.3°C ✓	(hari 8-28) Tgl: 29/05 3350 gr 53 cm 36.1°C ✓
Tanyakan ibu, bayi sakit apa?			
Memeriksa kemungkinan penyakit tangat berat atau infeksi bakteri			
• Frekuensi napas (kali/menit) (Kali/menit)	48 r/m 142 r/m	48 r/m 150 r/m	48 r/m 142 r/m
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	HB-O	-	-
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK			
- Skrining Hipotroid Kongenital			
- Hasil test Skrining Hipotroid Kongenital (SHK) -/+			
- Konfirmasi hasil SHK			
Memeriksa keluhan lain:			
.....			
.....			
Memeriksa masalah/keluhan ibu Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	✓	✓	✓
Nama pemeriksa	f Rina	f Rina	f Rina

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

**Tanda Anak Sehat:**

- \* Berat badan naik sesuai garis pertumbuhan, mengikuti pita hijau di KMS atau naik ke pita warna di atasnya.
- \* Anak bertambah tinggi.
- \* Kemampuan bertambah sesuai umur.
- \* Jarang sakit.

**Pantau pertumbuhan dan perkembangannya, caranya:**

- \* Timbang berat badannya tiap bulan di Posyandu dan fasilitas kesehatan lainnya, di Pos PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) minta kader mencatat di KMS yang ada di buku KIA.
- \* Bawa anak ke tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan atau Pos Pengembang Anak Usia Dini Holistik Integratif (Pos PAUD HI) untuk mendapatkan pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).
  - umur 3 bulan-2 tahun setiap 3 bulan.
  - umur 2-6 tahun setiap 6 bulan.

Dengan pelayanan SDIDTK tenaga kesehatan akan menentukan status gizi anak, stunting (tinggi badan anak lebih pendek dibanding umurnya) atau tidak, perkembangannya sesuai umur atau tidak dan adakah ditemukan gangguan perilaku atau gangguan emosional.

- Ajak anak bermain dan bercakap-cakap.
- Stimulasi perkembangan anak sesuai umurnya.

**Tumbuh kembang anak tidak sesuai bila:**

- Berat badan tidak naik/berat badan turun/berat badan naik berlebihan.
- Tinggi anak tidak sesuai dengan umurnya.
- Perkembangan anak tidak sesuai umurnya.

Lampiran 9

### CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5
<b>Vaksin</b>	<b>Tanggal Pemberian Imunisasi</b>					
H-B-D (0-Zhanti)	15-3-18					
BCG	15/18	15-4-18				
Polio 1	15/18	15-4-18				
DPT-HB-Hib 1			15-5-18			
*Polio 2			15-5-18			
*DPT-HB-Hib 2						
*Polio 3						
*DPT-HB-Hib 3						
*Polio 4						
*IPV						
Campak						

15/18 }  
15/18 }  
15/18 }  
15/18 }

### CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	6	7	8	9	10	11	12+
<b>Vaksin</b>	<b>Tanggal Pemberian Imunisasi</b>						
H-B-D (0-Zhanti)							
BCG							
Polio 1							
DPT-HB-Hib 1							
*Polio 2							
*DPT-HB-Hib 2							
*Polio 3							
*DPT-HB-Hib 3							
*Polio 4							
*IPV							
Campak							

**Umur (bulan)**      18      24      30      36+

**Vaksin**

**Tanggal Pemberian Imunisasi**

DPT-HB-Hib Lanjutan

Campak Lanjutan

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

**Tambahan Vaksin Lain**

**Tanggal Pemberian**

## Lampiran 10



**Nama** : Ny. Yuriani

**Umur** : 40 th

**Suami** : Tn. Samul

**Alamat** : Perum Griya Indah









**Tgl./Alkon** : 10/10

Tgl	BB/TB	Tensi	Dipesan kembali	TT
17/4/18	52 kg	120/80	1-7-2018	RIRIN

Lampiran 11








**BIMBINGAN PRPOSAL LTA**

**PEMBIMBING 1 : Nining Mustika Ningrum, SST, M.Kes**

TGL	MASUKAN	TTD
18/12/2017	Revisi Bab 1 - Introduction - Justifikasi	
19/12/2017	Revisi Bab 1 Mengkaji Gizi Pasien Konsul Pembimbing 2	
22/12/2017	Revisi penulisan Bab 1 Lanjut Bab 2	
27/12/2017	ACC Bab 1 Revisi Bab 2 Konsul Pembimbing 2	
03/01/2018	Revisi Bab 2 Lanjut Bab 3	
04/01/2018	Revisi Bab 3 ACC Bab 2 Lengkapi proposal	
15/02/2018	Revisi Bab 3 Revisi kelengkapan	
19/02/2018	ACC proposal Siap ujian proposal	

**BIMBINGAN PROPOSAL LTA**

**PEMBIMBING 2 : Ita Nikmatuz Zuhroh, S.SiT, M.Kes**

<b>TGL</b>	<b>MASUKAN</b>	<b>TTD</b>
21/12/2017	Revisi Bab 1 : - Kronologis - Justifikasi	
28/12/2017	ACC Bab 1 Lanjut Bab 2	
05/01/2018	Revisi Bab 2	
12/02/2018	Revisi Bab 2 : Teori / penulisan di pre-elamsi Sistematika penulisan Lanjut Bab 3	
15/02/2018	ACC Bab 2 Revisi Bab 3	
24/02/2018	ACC Bab 3 Siap ujian proposal	
		







- 
- <sup>1</sup> Atikah Proverawati, SKM, MPH dan Erna Kusuma Wati, SKM, M.si. 2010. *Ilmu Gizi untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 105
- <sup>2</sup> Kemenkes RI. 2016. Laporan Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2016. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 16 Desember, 2017)
- <sup>3</sup> Umi Wachidah dkk. 2015. Karakteristik Umur dan Paritas Ibu Hamil dengan Kurang energi Kronis (KEK) Di PUSKESMAS Kelayan Timur Tahun 2015 [stikessarimulia.ac.id](http://stikessarimulia.ac.id) (diakses 17 Desember, 2017)
- <sup>4</sup> Kemenkes RI. 2016. Laporan Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2016. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 16 Desember, 2017)
- <sup>5</sup> W Maulana. 2015. Hubungan Status Ekonomi dan Tingkat Konsumsi Energi Protein dengan Status Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Colomadu II. [eprints.ums.ac.id](http://eprints.ums.ac.id) (diakses 17 Desember, 2017)
- <sup>6</sup> Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang. 2014. Profil Kesehatan Tahun 2014 [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 16 Desember, 2017)
- <sup>7</sup> Kohort di BPM Ririn Dwi Agustini, SST Tahun 2017 di Desa Tambakrejo
- <sup>8</sup> W Maulana. 2015. Hubungan Status Ekonomi dan Tingkat Konsumsi Energi Protein dengan Status Gizi Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Colomadu II. [eprints.ums.ac](http://eprints.ums.ac) (diakses 17 Desember, 2017)
- <sup>9</sup> Weni Kristiyanasari, S.Kep. Ns. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 65
- <sup>10</sup> Weni Kristiyanasari, S.Kep. Ns. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 71
- <sup>11</sup> Nurul Kamariyah, dkk. 2014. *Buku Ajar Kehamilan*. Surabaya : Salemba Medika. Hlm. 19
- <sup>12</sup> Yani Firda Triyana. 2013. *Panduan Klinis Kehamilan dan Persalinan*. Yogyakarta : D-Medika. Hlm. 63
- <sup>13</sup> Icesmi Sukarni K & Margareth ZH. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 82
- <sup>14</sup> Nurul Kamariyah, dkk. 2014. *Buku Ajar Kehamilan*. Surabaya : Salemba Medika. Hlm. 20
- <sup>15</sup> Suryati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 179
- <sup>16</sup> Suryati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 73
- <sup>17</sup> Suryati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 89
- <sup>18</sup> Icesmi Sukarni K & Margareth ZH. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 86
- <sup>19</sup> Nurul Kamariyah, dkk. 2014. *Buku Ajar Kehamilan*. Surabaya : Salemba Medika. Hlm 21
- <sup>20</sup> AD Ardiati. 2013. *Ibu Hamil Trimester III*. [repository.ump.ac.id](http://repository.ump.ac.id) (diakses 18 Desember 2017)
- <sup>21</sup> Suyati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kehamilan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 90
- <sup>22</sup> Suryati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 134
- <sup>23</sup> Yuni Kusmiyati, S.ST dkk. 2010. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*. Yogyakarta : Fitramaya. Hlm. 143
- <sup>24</sup> Suyati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kehamilan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 14
- <sup>25</sup> Niken Amran. 2016. *Analisis Program Pelaksanaa Antenatal Terpadu di Puskesmas Bandaharjo Kota Semarang*.
- <sup>26</sup> Yuni Subkhaini. 2017. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [repository.ump.ac.id](http://repository.ump.ac.id) (diakses 20 Desember 2017)
- <sup>27</sup> Icesmi Sukarni K & Margareth ZH. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 123
- <sup>28</sup> Depaertemen Gizi dan Kesmas FKM UI. 2011. *BAB II*. [repository.usu.ac.id](http://repository.usu.ac.id) (diakses 03 Januari 2018)
- <sup>29</sup> [repository.usu.ac.id](http://repository.usu.ac.id) (diakses 13 Januari 2018)
- <sup>30</sup> Arief Hidayat. 2013. *Pengaruh Terapi Oksigen*. [repository.ump.ac.id](http://repository.ump.ac.id) (diakses 28 Desember 2017)
- <sup>31</sup> [digilib.unimus.ac.id](http://digilib.unimus.ac.id) (diakses 1 Januari 2018)
- <sup>32</sup> Suryati Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 162
- <sup>33</sup> Icesmi Sukarni K & Margareth ZH. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 186
- <sup>34</sup> Jenny J.S. Sondakh. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Malang : Erlangga. Hlm. 2
- <sup>35</sup> Midwifery Update. 2016

- 
- <sup>36</sup> Yusari Asih, SST., M.Kes & Hj. Risneni, S.SiT., M.Kes. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Trans Info Media. Hlm. 1
- <sup>37</sup> Yetti Anggraini, S.ST., SKM. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama. Hlm. 1
- <sup>38</sup> Yusari Asih, SST., M.Kes & Hj. Risneni, S.SiT., M.Kes. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Trans Info Media. Hlm. 5
- <sup>39</sup> Kemenkes RI. 2010. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [abstrak.ta.uns.ac.id](http://abstrak.ta.uns.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
- <sup>40</sup> Dewi. 2010. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [abstrak.ta.uns.ac.id](http://abstrak.ta.uns.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
- <sup>41</sup> Jenny J.S. Sondakh. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Malang : Erlangga. Hlm. 150
- <sup>42</sup> Vivian Nanny Lia Dewi. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita..* Yogyakarta : Salemba Medika. Hlm. 2
- <sup>43</sup> Jenny J.S Sondakh. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Bayi Baru Lahir*. Malang : Erlangga. Hlm. 170
- <sup>44</sup> RA Mutmainah. 2015. *Asuhan Kebidanan Neonatus Cukup Bulan Pada Bayi "A" dengan Umur 8 hari dengan Ikterus Neonatoru Fisiologiss di Paviliun Anggrek RSUD Jombang*. [eprins.unipdu.ac.id](http://eprins.unipdu.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
- <sup>45</sup> Julina Br Sembiring, S.ST., M.Kes. 2017. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta : Deepublish. Hlm. 4
- <sup>46</sup> Wafi Nur Muslihatun. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya. Hlm. 12
- <sup>47</sup> Wafi Nur Muslihatun. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya. Hlm. 39
- <sup>48</sup> [repository.usu.ac.id](http://repository.usu.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
- <sup>49</sup> Dyah Noviawati Setya Arum, S.Si.T dan Sujiatini, S.Si.T. 2011. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta : Nuha Medika. Hlm. 28
- <sup>50</sup> BKKBN. 2012. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [digilib.unimus.ac.id](http://digilib.unimus.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)
- <sup>51</sup> Handayani. 2010. *BAB II Tinjauan Pustaka*. [digilib.unimus.ac.id](http://digilib.unimus.ac.id) (diakses 25 Desember 2017)