

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE/ COC*) PADA NY “D” DI PUSKESMAS KADEMANGAN  
KECAMATAN BONDOWOSO  
KABUPATEN BONDOWOSO**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan Dalam Rangka Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan  
Ujian Akhir Pendidikan Diploma III Kebidanan  
Akademi Kebidanan Dharma Praja



Oleh:

**Lilis Wiana Badria**

NIM: 15.01.0306

**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO  
2018**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE/ COC*) PADA NY “D” DI PUSKESMAS KADEMANGAN  
KECAMATAN BONDOWOSO  
KABUPATEN BONDOWOSO**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan Dalam Rangka Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan  
Ujian Akhir Pendidikan Diploma III Kebidanan  
Akademi Kebidanan Dharma Praja



Oleh:

**Lilis Wiana Badria**

NIM: 15.01.0306

**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO  
2018**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lilis Wiana Badria

NIM : 15.01.0306

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini, adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi.

Bondowoso, 19 November 2018

Yang Membuat Pernyataan,



**Lilis Wiana Badria**  
NIM. 15.01.0306

Mengetahui,

**Pembimbing I**

**Fany Yanuarti, SST., M.Keb**  
NIDN. 0718018903

**Pembimbing II**

**Ninin Fitriyah, SST**  
NIP. 198170 200701 2 006

## LEMBAR PENGESAHAN I

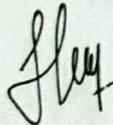
Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (Continuity of Care/ COC) pada Ny "D" di Puskesmas "K" Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso disusun oleh Lilis Wiana Badria NIM.15.01.0306 telah diseminarkan pada tanggal 19 November 2018 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki.

Bondowoso, 19 November 2018

Mengesahkan,

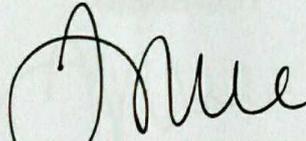
Tim Penguji

**Ketua Penguji**



Suhartin, SST., M.Mkes  
NIP. 19730724 199301 2 002

**Anggota Penguji I**



Fany Yanuarti, SST., M.Keb  
NIDN. 0718018903

**Anggota Penguji II**



Ninin Fitriyah, SST  
NIP. 19817030 200701 2 006

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso  
Ketua Program Studi,



Fany Yanuarti, SST., M.Keb  
NIDN. 0718018903

## LEMBAR PENGESAHAN II

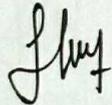
Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (Continuity of Care/ COC) pada Ny "D" di Puskesmas "K" Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso disusun oleh Lilis Wiana Badria NIM.15.01.0306 telah diseminarkan pada tanggal 19 November 2018 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki.

Bondowoso, 19 November 2018

Mengesahkan,

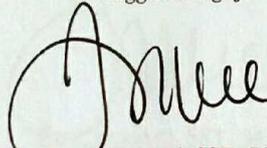
Tim Penguji

**KetuaPenguji**



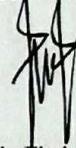
Suhartin, SST., M.Mkes  
NIP. 19730724 199301 2 002

**AnggotaPenguji I**



Fany Yanuarti, SST., M.Keb  
NIDN. 0718018903

**AnggotaPenguji II**



Ninin Fitriyah, SST  
NIP. 19817030 200701 2 006

Mengetahui,  
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso  
Direktur,



Novita Sari Eka Diantini, SST.,M.Keb  
NIDN. 07118703

## RINGKASAN

### **Lilis Wiana Badria**

Asuhan Kebidanan Komprehensif (Continuity Of Care/COC) pada Ny. “D” di Puskesmas Kademangan Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso. Program studi D-III Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso.

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB) merupakan suatu keadaan yang fisiologis, namun harus diwaspadai apabila terjadi suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa Ibu maupun janin. Berdasarkan hasil data Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Bondowoso pada tahun 2016, jumlah kematian Ibu sebanyak 13 orang dan tahun 2017 sampai dengan bulan Agustus mengalami penurunan yaitu berjumlah 1 orang, sedangkan jumlah kematian Bayi pada tahun 2016 mencapai 90 bayi dan tahun 2017 sampai dengan bulan Agustus sebanyak 1 bayi. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi AKI dan AKB adalah menggunakan Asuhan Continuity Of Care (COC) dimana klien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara berkelanjutan menuju pelayanan yang berkualitas, biaya perawatan yang efektif. Metode yang dilakukan pada laporan tugas akhir ini adalah metode pendekatan studi kasus dimana penulis mengumpulkan data dan mendeskripsikan proses asuhan kebidanan komprehensif berbasis Continuity Of Care (COC) pada Ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB) melalui pendekatan Varney dan SOAP. Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. “D” selama kehamilan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada asuhan persalinan kala I ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, namun kala II sampai kala IV tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Sedangkan pada asuhan nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (KB) dalam batasan normal.

## SUMMARY

### **Lilis Wiana Badria**

Comprehensive Midwifery Care (Continuity of Care / COC) to Mrs. "D" at Kademangan Health Center, Bondowoso District, Bondowoso Regency. D-III Midwifery Academy Praja Bondowoso D-III study program.

Pregnancy, childbirth, newborns and family planning (KB) is a physiological condition, but must be wary because there is a situation that can save the lives of mothers and fetuses. Based on the results of Bondowoso District Health Office data in 2016, the number of maternal deaths as many as 13 people and in 2017 up to August decreased as many as one questioned, the number of babies in 2016 reached 90 babies and in 2017 up to August as many as 1 baby. Efforts are made to overcome AKI and AKB using Care Continuity Of Care (COC) in which clients and cooperative health workers are involved in health service management The method carried out in this final project report is the method reviewed by case studies where the authors collect data and describe the process comprehensive midwifery care based on Continuity Care (COC) in third trimester pregnant women, maternity, postpartum, neonates and family planning (KB) through Varney and SABUN searches. After midwifery care was done to Mrs. "D" during pregnancy, including theory and case. In first stage delivery care was found between theory and case, but stage II to stage IV was not found between theory and case. While in postpartum care, newborns, and family planning (KB) are within normal limits.

## **MOTTO**

Do the best and God takes the rest



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## PERSEMBAHAN

Sujud syukur kupersembahkan kepadaMu Ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi atas takdirMu saya bisa menjadi pribadi yang berfikir, berilmu, beriman, dan bersabar. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal untuk masa depanku dalam meraih cita-cita.

Dengan ini saya persembahkan laporan tugas akhirku teruntuk orang-orang tersayang :

Kedua orang tuaku Bapak (Moh. Hatip), Ibuku (Wiwik) tercinta yang tidak pernah menyerah membimbing langkahku. Terimakasih atas kasih sayang yang berlimpah yang tak mungkin bisa terucap dengan barisan kata di antara selipan kertas putih ini, atas segala pengorbanan yang tak mungkin dapat kubalas sepenuhnya, atas segala keikhlasan bahkan segala kelemahan akan beban yang kau tanggung tersebut diriku, terimakasih bapak, ibu.

Adikku (Muhammad Adi S.) yang selalu mengisi hari-hariku dengan segala keceriaan dan telah selalu bersedia menjadi korban usil dikala penatku datang.

Terimakasih adikku.

Pembimbing Akademik (Ibu Fany Yanuarti, SST., M.keb), Bidan Pembimbing (Ibu Ninin Fitriyah, SST) dan juga ketua penguji (Ibu Suhartin, SST., M.Mkes) terimakasih atas bimbingan, bantuan, nasihat, ilmu dan kesabaran yang telah diberikan selama membimbing saya dengan rasa tulus dan ikhlas. Terimakasih untuk semuanya.

Teruntuk sahabat seperjuangan terimakasih untuk memori yang kita rajut setiap harinya, atas tangis dan tawa yang terlewati bersama, atas keluh dan kesah yang terujar bersama. Terimakasih telah memberi dukungan dan semangat kepadaku selama proses penyelesaian laporan tugas akhirku.

Serta semua pihak yang sudah membantu selama penyelesaian tugas akhir ini.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta inayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini sebagai Persyaratan Pendidikan Akademik dalam menyelesaikan program DIII kebidanan di Akademik Kebidanan Dharma Praja Bondowoso.

Penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak secara langsung. Pada kesempatan ini ucapan terimakasih yang sedalam-dalamnya kami sampaikan kepada :

1. Ibu Novita Sari Eka Diantini, SST.,M.Keb selaku Direktur Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah mengesahkan LTA ini.
2. Ibu Dewi selaku Pembantu Direktur I Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah memberikan kesempatan menyusun LTA ini.
3. Ibu Fany Yanuarti, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah memberikan ijin penelitian LTA ini.
4. Ibu Suhartin, SST., M.Mkes selaku Ketua Penguji yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam menyempurnakan penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ibu Fany Yanuarty, SST., M.Keb selaku Pembimbing I dan Ibu Ninin Fitriyah, SST selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk yang sangat berharga bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Berbagai pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu hingga terselesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Besar harapan kami semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna bagi penulis selanjutnya dan juga diharapkan mampu mencapai tujuan yaitu memberikan kontribusi bagi kemajuan program kesehatan. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan. Oleh karena itu demi kesempurnaan , penulis

mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak, untuk menyempurnakannya.

Penulis



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## DAFTAR ISI

<b>COVER DEPAN</b> .....	i
<b>COVER DALAM</b> .....	ii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>LEMBAR PENGESAHAN I</b> .....	v
<b>LEMBAR PENGESAHAN II</b> .....	vi
<b>RINGKASAN</b> .....	vii
<b>SUMMARY</b> .....	viii
<b>MOTTO</b> .....	ix
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	x
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Batasan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penulisan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
2.1 Konsep Dasar Kehamilan .....	7
2.1.1 Konsep Kehamilan .....	7
2.1.2 Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan .....	22
2.2 Konsep Dasar Persalinan .....	31
2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan .....	31
2.2.2 Asuhan Kebidanan Teori Persalinan .....	40

2.3 Konsep Teori Nifas .....	47
2.3.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Nifas .....	47
2.3.2 Asuhan Kebidanan Teori Nifas .....	55
2.4 Konsep Teori Bayi Baru Lahir .....	57
2.4.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir .....	57
2.4.2 Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir .....	62
2.5 Konsep Teori KB .....	64
2.5.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori KB .....	64
2.5.2 Asuhan Kebidanan Teori KB .....	71
<b>BAB 3 METODE PENDEKATAN KASUS .....</b>	<b>74</b>
3.1 Jenis Pendekatan .....	74
3.2 Kerangka Operasional .....	74
3.3 Subjek Studi Kasus .....	76
3.4 Fokus Studi .....	76
3.5 Definisi Operasional Fokus Studi .....	76
3.6 Kriteria Subjek .....	77
3.7 Instrumen Penelitian .....	77
3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	77
3.9 Metode Pengumpulan Data .....	78
3.10 Etika Studi Kasus .....	78
<b>BAB 4 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN .....</b>	<b>79</b>
4.1 Asuhan kebidanan pada Kehamilan Trimester III .....	79
4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan .....	95
4.3 Asuhan Kebidanan pada Nifas .....	103
4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir .....	110
4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana .....	117
<b>BAB 5 PEMBAHASAN .....</b>	<b>119</b>
5.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan .....	119
5.2 Asuhan Kebidanan Persalinan .....	121
5.3 Asuhan Kebidanan Nifas .....	123
5.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir .....	124
5.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana .....	125

<b>BAB 6 PENUTUP</b> .....	127
6.1 Kesimpulan .....	127
6.2 Saran .....	128
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	129
<b>LAMPIRAN</b> .....	132



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Skrining Imunisasi TT .....	17
Tabel 2.2	Interval dan Masa Perlindungan TT .....	17
Tabel 2.3	Penapisan Persalinan .....	37
Tabel 2.4	Kunjungan Ibu Nifas .....	51



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Kerja .....	73
---------------------------------	----



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Penyusunan LTA .....	133
Lampiran 2	<i>Curriculum Vitae</i> .....	134
Lampiran 3	Pernyataan Kesiediaan Membimbing I .....	135
Lampiran 4	Pernyataan Kesiediaan Membimbing II .....	136
Lampiran 5	Permohonan ijin/ethical clearance penelitian .....	137
Lampiran 6	Permohonan Persetujuan Menjadi Responden .....	138
Lampiran 7	Inform Consent .....	139
Lampiran 8	Surat Ijin dari bakesbang .....	140
Lampiran 9	Surat Ijin dari Dinas Kesehatan .....	141
Lampiran 10	Data AKI dan AKB .....	142
Lampiran 11	Kartu Ibu .....	143
Lampiran 12	Skor Poedji Rochjati .....	145
Lampiran 13	Buku Kesehatan Ibu dan Anak (AKI) .....	146
Lampiran 14	Menyambut Persalinan .....	147
Lampiran 15	Catatan Kesehatan Ibu Hamil .....	148
Lampiran 16	Pemeriksaan Laboratorim .....	149
Lampiran 17	Inform Consent HB Ulang .....	150
Lampiran 18	Surat Keterangan Lahir .....	151
Lampiran 19	Catatan Kesehatan Ibu Nifas .....	152
Lampiran 20	Catatan Bayi baru Lahir .....	153
Lampiran 21	Catatan Imunisasi .....	154
Lampiran 22	Penapisan Persalinan .....	155
Lampiran 23	Partograf .....	156
Lampiran 24	Menegemen Terpadu Bayi Muda .....	158
Lampiran 25	Kartu Peserta KB .....	164
Lampiran 26	Dokumentasi .....	165
Lampiran 27	Lembar Konsultasi Pembimbing I .....	166
Lampiran 28	Lembar Konsultasi Pembimbing II .....	168

## DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN

### Daftar Singkatan

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: Ante Natal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
BPM	: Bidan Praktek Mandiri
COC	: <i>Continuity Of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
Do	: Data Objektif
Ds	: Data Subjektif
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
Dx	: Diagnosa
FSH	: <i>Folikel stimulating Hormone</i>
G	: Gravida
HB	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV/AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome/ Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir

IM	: <i>Intra Muscular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IUGR	: <i>Intra-Uterine Growth-Retardation</i>
ISK	: Infeksi Menular Seksual
IU	: Unit Internasional
INC	: <i>Intra Natal Care</i>
K1	: Kunjungan Pertama
K/U	: Keadaan Umum
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling Informasi Edukasi
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KF	: Kunjungan Nifas
KN	: Kunjungan Neonatus
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LTA	: Laporan Tugas Akhir
MAL	: Metode Amenorea Laktasi
MDGs	: <i>Millenium Deveploent Goals</i>
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
MTBM	: Manajemen Terpadu Balita Muda
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
MP ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
N	: Nadi
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
P	: Paritas
PAP	: Pintu Atas Panggul
PB	: Panjang Badan

PNC	: <i>Post Natal Care</i>
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
PX	: Prosesus Xiphoideus
R/	: Rasional
RR	: <i>Respiraton Rate</i>
S	: Suhu
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UC	: <i>Uterus Contraction</i>
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun-ubun Kecil
USG	: <i>Ultra Sonografi</i>
VT	: <i>Vaginal Toucher</i>

#### Daftar Arti Simbol

%	: Persen
>	: Lebih dari
<	: Kurang dari
±	: Kurang Lebih
=	: Sama dengan
°c	: derajat celcius
X	: Kali
x/menit	: Kali permenit

/ : Atau/ per  
Cm : *Centimeter*  
Gr : Gram  
Kg : Kilogram  
Mg : Milligram  
mmHg : mili meter Hekto gram



## **AKADEMI KEBIDANAN DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Setiap kehamilan dapat menimbulkan resiko kematian ibu, pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sampai masa nifas sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya. Oleh sebab itu dalam upaya mempercepat penurunan kematian ibu, Kementerian Kesehatan menekankan pada ketersediaan pelayanan kesehatan ibu di masyarakat (Riskesmas, 2013).

Setiap tahun sekitar 160 juta perempuan di seluruh dunia mengalami kehamilan. Sebagian besar kehamilan ini berlangsung dengan aman. Namun, sekitar 15% menderita komplikasi berat, dengan sepertiganya merupakan komplikasi yang mengancam jiwa ibu. Komplikasi ini mengakibatkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahun (Prawirohardjo, 2014). Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, jumlah total kematian ibu diperkirakan mencapai 303.000 kematian di seluruh dunia akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Negara berkembang menyumbang sekitar 90% atau 302.000 dari seluruh total kematian ibu. Indonesia termasuk salah satu penyumbang tertinggi angka kematian ibu di dunia (WHO, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa Indonesia belum mampu memenuhi target *Millennium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 yaitu AKI sebesar 102/100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 23/1000 kelahiran hidup (SDKI, 2014). Pada tahun 2016 konsep MDGs di gantikan oleh konsep *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang menargetkan pada tahun 2030 mengurangi AKI kurang dari 70/100.000 kelahiran hidup dan

meniadakan terjadinya kematian bayi yang baru lahir dan kematian balita (Sekretariat MDGs 2015).

Pada tahun 2016, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,00/100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2015 yang mencapai 89,6/100.000 kelahiran hidup. Adapun penyebab tertinggi dari kematian ibu pada tahun 2016 yaitu Pre Eklamsi/Eklamsi yaitu sebesar 30,96% atau sebanyak 165 orang. Dan penyebab lainnya yaitu infeksi sebesar 4,87% atau sebanyak 26 orang (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2016).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso tahun 2017 jumlah Kematian Ibu yaitu sebanyak 13 orang, jumlah Kematian Bayi sebanyak 90 orang. Jumlah tersebut mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, pada tahun 2016, jumlah kematian ibu sebanyak 20 orang dan kematian bayi 178 orang. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso di Kecamatan Bondowoso pada tahun 2016 yaitu sebanyak 1 orang jumlah kematian Ibu dan sebanyak 3 orang jumlah kematian bayi. Sedangkan pada bulan Januari sampai dengan Agustus tahun 2017 angka tersebut mengalami penurunan yaitu jumlah kematian ibu sebanyak 1 orang dan kematian bayi sebanyak 1 orang. Adapun penyebab dari masalah kematian tersebut adalah Preeklamsi/Eklamsi yaitu sebesar 30,96% dan penyebab lainnya yaitu infeksi sebesar 4,87% di Kabupaten Bondowoso.

Upaya pemerintah untuk menurunkan AKI dengan menerapkan unsur pelayanan kesehatan mencakup pengawasan kehamilan, peningkatan gizi hamil dan menyusui, pelaksanaan program KB, imunisasi Ibu hamil dan bayi, dan meningkatkan sistem rujukan (Manuaba, 2012). Cara lain yang dapat dilakukan yaitu dengan menggunakan upaya kesehatan berkelanjutan atau *Continuity of Care* (COC). COC bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Asuhan berkelanjutan ini berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu, sehingga seharusnya bidan mampu memantau kondisi ibu hamil

mulai dari awal kehamilan sampai dengan proses persalinan dan pemantauan bayi baru lahir dari tanda infeksi maupun komplikasi pasca lahir serta fasilitator untuk pasangan usia subur dalam pelayanan KB (Pratami, 2014).

Menurut Manuaba (2010), pengawasan antenatal memberikan manfaat bagi kedua pihak yaitu maternal dan neonatal. Adanya kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, dapat diperhitungkan dan di persiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya. Kesehatan ibu yang optimal akan meningkatkan kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan janin. Dalam hal ini Bidan memiliki kedudukan yang sangat penting dalam melaksanakan misi tercapainya pembangunan kesehatan yang optimal. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengkaji dan membuat asuhan kebidanan dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. “X” di Puskesmas Kademangan di Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017. Asuhan Kebidanan diberikan secara *Cotinuity of Care* pada ibu masa hamil, bersalin, BBL, nifas, neonatus, dan KB diharapkan agar proses kehamilan sampai dengan proses nifas dapat terjadi secara normal sehingga bayi dapat lahir dengan sehat dan ibu selamat.

## **1.2 Batasan Masalah**

Batasan asuhan kebidanan yang akan di berikan pada Ny. “X” yaitu mulai dari kehamilan TM III fisiologis, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan menggunakan manajemen varney dan SOAP.

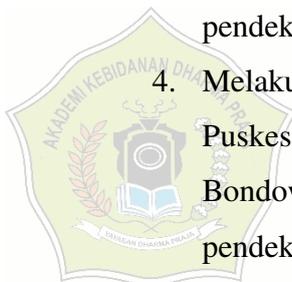
## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan komprehensif sesuai dengan penerapan manajemen kebidanan secara varney dan SOAP di Puskesmas Kademangan di Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. “X” di BPM Ny. “N” Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017 yang didokumentasikan dengan pendekatan varney.
2. Melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. “X” di Puskesmas Kademangan di Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017 yang didokumentasikan dengan pendekatan SOAP.
3. Melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny. “X” di Puskesmas Kademangan di Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017 yang didokumentasikan dengan pendekatan SOAP.
4. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada Ny. “X” di Puskesmas Kademangan di Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017 yang didokumentasikan dengan pendekatan SOAP.
5. Melakukan asuhan kebidanan keluarga berencana (KB) pada Ny. “X” di Puskesmas Kademangan di Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso tahun 2017 yang didokumentasikan dengan pendekatan SOAP.



## 1.4 Manfaat

1. Institusi pendidikan  
Memberikan tambahan sumber kepustakaan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neoatus, dan KB.
2. Lahan praktek  
Dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dalam asuhan kebidanan ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.
3. Penulis  
Dapat membandingkan antara teori dengan kasus dan mendapat pemahaman mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

#### 4. Klien

Klien mendapatkan pelayanan sesuai standar asuhan kebidanan pada masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Kehamilan

##### 2.1.1 Konsep Kehamilan

###### 1. Pengertian

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari Ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan Ovum (sel telur) dan spermatozoa (Sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2012).

Masa Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Tresnawati, 2012).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawirohardjo, 2014).

###### 2. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014), kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester yaitu :

- a. Trimester I (satu), dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu).
- b. Trimester II (dua), dari bulan ke 4 sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- c. Trimester III (tiga), dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (28-40 minggu).

###### 3. Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Pada Kehamilan

###### a. Perubahan pada sistem reproduksi

###### 1) Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, dan pada bulan-

bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, pada kehamilan 3 bulan seperti telur angsa, pada kehamilan 4 bulan rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur (Rustam Mochtar, 2012).

## 2) Dinding perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan yang menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasi recti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba, bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra (Rustam Mochtar, 2012).

## 3) Indung telur (Ovarium)

Pada saat kehamilan, ovulasi terhenti sedangkan korpus luteum graviditas masih ada sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran esterogen dan progesteron (Rustam Mochtar, 2012).

## 4) Vagina dan Vulva

Terjadi perubahan pada vagina dan vulva disebabkan pengaruh esterogen. Vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livide pada vagina dan porsio serviks disebut tanda chadwick hal ini disebabkan hipervaskularisasi (Rustam Mochtar, 2012).

## b. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh

*prolactin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebacea dari areola akan lebih besar dan cenderung untuk menonjol keluar. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang dihasilkan (Prawirohardjo, 2011).

c. Sistem perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali (Prawirohardjo, 2011).

d. Sistem respirasi

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil (Rustam Mochtar, 2012).

e. Sistem digestivus

Pada trimester pertama, salivasi meningkat dan timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Reabsorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari sehingga disebut sakit pagi (*morning sickness*) (Prawirohardjo, 2012).

f. Sistem endokrin

Pada saat kehamilan aterm, hormon prolaktin akan meningkat 10 kali lipat. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada

plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun (Prawirohardjo, 2011).

g. Sistem kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Hal ini dipengaruhi oleh progesteron dan estrogen pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur renin-angiotensin dan aldosteron. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit (Prawirohardjo, 2011).

h. Sistem metabolik

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Prawirohardjo, 2011).

4. Perubahan Psikologis Pada Wanita Hamil

a. Pada kehamilan Trimester I

Pada masa ini ibu hamil biasanya merasakan kekecewaan, penolakan kecemasan, dan kesedihan akibat ketidaknyamanan yang mulai dirasakan ibu. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya

akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hasrat untuk melakukan hubungan seks pada wanita trimester I berbeda-beda, biasanya banyak mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara dan kekhawatiran (Jannah, 2012).

b. Pada kehamilan Trimester II

Pada masa ini ibu hamil mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Biasanya libido mulai meningkat kembali karena sudah merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti dirasakan pada trimester I (Jannah, 2012).

c. Pada kehamilan Trimester III

Pada masa ini ibu hamil biasanya mulai mengkhawatirkan mengenai proses persalinan, serta kekhawatiran akan kondisi bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh, jelek, merasa kehilangan perhatian, serta gangguan body image. Pada trimester ini, ibu hamil memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Jannah, 2012).

5. Masalah Dan Ketidaknyamanan Ibu Hamil

Menurut Asrinah (2010), masalah dan ketidaknyamanan pada ibu hamil yang biasanya sering terjadi yaitu :

a. Sering buang kecil (BAK)

Sering buang air kecil (BAK) biasanya mulai muncul pada TM I dan TM III. Hal ini disebabkan oleh tekanan uterus atau rahim pada kandung kemih. Perlu berhati-hati apabila terdapat tanda infeksi saluran kemih seperti sakit ketika berkemih (disuria), dan kencing sedikit dan nyeri (oliguria <30 cc/jam).

b. Keputihan

Keputihan merupakan hal yang paling sering muncul saat kehamilan, dikarenakan menebalnya selaput lendir atau mukosa vagina. Peningkatan produksi lendir dan kelenjar organewanitaan disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron. Tanda bahaya

yang perlu diwaspadai ibu hamil dengan keputihan yaitu, keputihan sangat berbau busuk, banyak, dan berwarna kuning atau abu-abu atau hijau. Untuk mencegah terjadinya infeksi maka ibu perlu menjaga personal hygiene seperti cuci kemaluan setiap selesai berkemih dan defekasi dengan air yang bersih dari arah atas ke bawah kemudian keringkan dengan tissue atau handuk bersih dan kering pribadi. Ganti celana dalam setiap terasa lembab atau basah dan mengenakan celana dalam yang terbuat dari katun.

c. Konstipasi

Konstipasi atau sulit buang air besar (BAB) biasanya mulai terjadi TM II dan TM III. Penyebabnya yaitu peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus mengembang, peningkatan aktivitas usus karena relaksasi usus halus, penyerapan air di kolon meningkat, dan tekanan dari uterus yang membesar pada usus. Perlu diwaspadai apabila terdapat nyeri hebat di perut, tidak dapat buang angin atau flatus, tidak defekasi lebih dari 5 hari.

d. Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki sering terjadi pada TM II dan TM III. Penyebabnya yaitu peningkatan kadar natrium disebabkan oleh pengaruh hormonal, peningkatan sirkulasi darah pada ekstermitas bawah (kaki), dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau vena kava inferior ketika berbaring. Perlu diwaspadai apabila muncul pada muka dan tangan (apabila bengkak pada muka dan tangan, dicurigai terjadi preeklampsia), dan apabila bengkak disertai dengan, protein dan hipertensi.

e. Sesak napas

Sering terjadi pada TM II dan TM III. Hal ini disebabkan oleh, tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru ibu, dan akibat dari pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru secara maksimal.

f. Hemoroid

Hemoroid atau wasir sering terjadi pada ibu hamil TM II dan TM III. Penyebabnya yaitu pembuluh darah di daerah anus membesar dan tekanan kepala terhadap vena rektum semakin meningkat seiring semakin membesarnya janin.

6. Kebutuhan Ibu Hamil

a. Kebutuhan nutrisi

Menurut Jannah (2012), wanita hamil sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan hemoglobindalam darah dan memperoleh resep tablet yang mengandung zat besi. Berikut beberapa fungsi atau manfaat dari kebutuhan nutrisi ibu hamil :

1) Sumber protein

Protein yang dikonsumsi ibu hamil dapat berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot, pembentukan sel darah merah dan tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.

2) Sumber lemak

Lemak merupakan sumber energi yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum. Selain itu, lemak juga dapat membantu proses pembentukan ASI.

3) Sumber karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber tambahan energi yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan. Pada TM I dapat membantu pembentukan sel darah merah, sedangkan pada TM II dan TM III membantu persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

4) Sumber vitamin

a) Vitamin A berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi,

mencegah cacat bawaan dan sistem kekebalan tubuh ibu hamil.

- b) Vitamin C berfungsi menyerap zat besi untuk mencegah anemia, memperkuat pembuluh darah untuk mencegah perdarahan. Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.
- c) Vitamin D diperlukan untuk penyerapan kalsium.
- d) Vitamin E berfungsi untuk menjaga struktur dan fungsi komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, pembentukan sel darah merah, dan sebagai oksidan untuk melindungi sel tubuh dari kerusakan.

#### b. Kebutuhan istirahat

Wanita hamil menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Sehingga dibutuhkan waktu untuk relaksasi bagi ibu hamil (Jannah, 2012).

#### c. Kebutuhan personal hygiene

Saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri ataupun jamur. Oleh karena itu, ibu hamil perlu menjaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian hamil. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya (Jannah, 2012).

#### d. Kebutuhan seks

Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi. Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut dengan berpikir bahwa senggama dapat merusak bayinya atau menyebabkan kelahiran tidak normal

dan alasan terbanyak yaitu karena timbulnya ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil (Jannah, 2012).

## 7. Tanda Bahaya Kehamilan

### a. Perdarahan

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* disekitar waktu pertama terlambat haid. Hal ini karena terjadinya implantasi. Pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari serviks yang rapuh (erosi), mungkin normal atau disebabkan oleh infeksi. Perdarahan yang sering terjadi yaitu diakibatkan oleh plasenta previa dan solusio plasenta (Jannah, 2012).

### b. Sakit kepala hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, menetap, dan tidak hilang dengan beristirahat (Jannah, 2012).

### c. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat bisa berarti *appendicitis*, abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis dan infeksi kandung kemih (Jannah, 2012).

### d. Keluar cairan pervaginam

Jika ibu mengeluarkan cairan tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah cairan ketuban, jika kehamilan tidak cukup bulan, waspada terjadinya persalinan *preterm* dan komplikasi *intrapartum* (Jannah, 2012).

### e. Anemia

Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, partus prematurus, IUGR, infeksi, hiperemesis gravidarum, dan lain-lain. Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa serta ditunjang dengan pemeriksaan kadar haemoglobin. Dikatakan anemia ringan yaitu 9-10 gr %, anemia

sedang 7-8 gr %, anemia berat <7 gr % (Jannah, 2012). Sedangkan pada anamnesa akan didapatkan keluhan seperti sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda serta mengalami 5 L yaitu letih, lemah, lesu, lelah dan lunglai.

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil (Manuaba, 2010).

f. Gerakan janin berkurang

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Minimal adalah 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin (Prawirohardjo, 2011).

8. Pemeriksaan dan Pengawasan Ibu Hamil

a. Pelayanan standart, yaitu 10 T

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut.

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi (T1)

pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm resiko *Cephalo Pelvic Dispropotion* (CPD) atau panggul sempit.

2) Ukur lingkaran lengan atas (LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil yang mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK yaitu ibu hamil mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama. LILA kurang dari 23,5 cm pada ibu hamil akan dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

3) Ukur tekanan darah (T3)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia atau hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria.

4) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

5) Tentukan presentasi dan denyut jantung janin (DJJ) (T5)

Pada akhir trimester II, presentasi janin sudah dapat ditentukan. Pemeriksaan dilaksanakan untuk mengetahui letak janin. Jika pada TM III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul dapat berarti kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dapat dilakukan pada akhir TM I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Beri imunisasi tetanus toksoid (TT) (T6)

Imunisasi TT bertujuan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT nya.

Tabel 2.1 Skrining Imunisasi TT

Riwayat imunisasi Ibu hamil	Imunisasi yang Didapat	Status imunisasi
Imunisasi dasar lengkap	DPT Hb1 DPT Hb2 DPT Hb3	T1 dan T2
Anak sekolah kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4
Kelas 3 SD	Td	T5
Calon pengantin, masa hamil	TT	- Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi - Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi - perhatikan interval pemberian

Tabel 2.2 Interval dan Masa Perlindungan TT

Antigen	Interval	Lama perlindungan
TT 1		
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Midwifery Update, 2016

Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT long life) tidak perlu diberikan imunisasi lagi (Midewifery Update, 2016).

7) Beri tablet tambah darah (tablet Fe) (T7)

Setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, diberikan sejak kontak pertama. Tujuannya yaitu untuk mencegah anemia gizi besi. Berikut klasifikasi penanganan anemia pada ibu hamil:

a) Anemia ringan

Dengan kadar Hemoglobin 9-10 gr% masih dianggap ringan sehingga hanya perlu diberikan kombinasi 60 mg/hari zat besi dan 400 mg asam folat peroral 1x/hari

b) Anemia sedang

Pengobatannya dengan kombinasi 120 mg zat besidan 500 mg asam folat peroral 1x/hari.

c) Anemia berat

Pengobatannya dengan memberikan preparat parenteral yaitu dengan fero dextrin sebanyak 1000 mg (20 ml) intraven atau 2x10 ml intramuskular. Tranfusi darah kehamilan lanjut dapat diberikan walaupun sangat jarang diberikan mengingat resiko tranfusi bagi ibu dan janin.

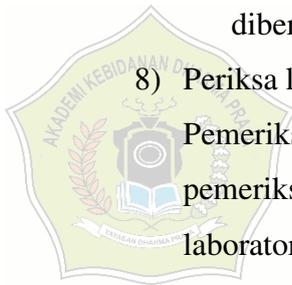
8) Periksa laboratorium (T8)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, haemoglobin darah, protein urine dan pemerikaan spesifik daerah endemis/epidemis (malaria, Infeksi Menular Seksual (IMS), dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)



Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

c) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan protein urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklasia pada ibu hamil.

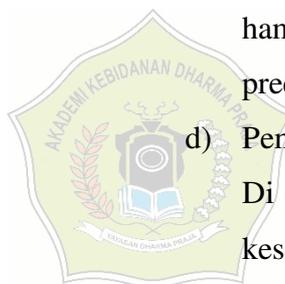
d) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemis HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan difasilitasi pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium ruti lainnya saat pemerikaan antenatal atau menjelang persalinan.

9) Tatalaksana/ penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

10) Temu wicara (konseling) (T10)



Temu wicara dan konseling dilakukan disetiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

b. Jadwal pemeriksaan kehamilan

Menurut Jannah (2012), pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haid terlambat satu bulan. pemeriksaan dan pemantauan antenatal sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan yaitu :

- 1) Satu kali pada TM I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- 2) Satu kali pada TM II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- 3) Dua kali pada TM III (usia kehamilan 28-40 minggu)

c. Deteksi dini komplikasi pada kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2011), Komplikasi atau risiko pada kehamilan dapat di deteksi dengan kartu resiko, yang biasanya digunakan saat yaitu Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). Sistem skoring didapat dari hasil analisis statistik epidemiologik, didapatkan skor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan paritas. Skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, preeklamsi, perdarahan antepartum, sedangkan skor 4 untuk faktor resiko lain. Kelompok risiko berdasarkan jumlah skor pada tiap kotak ada 3 kelompok resiko, yaitu :

- 1) Kehamilan Risiko Rendah/KRR : jumlah skor 2 dengan kode warna hijau.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi/KRT : jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/kRST : jumlah skor  $\geq$  12 dengan kode warna merah.

## 2.1.2 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan

### ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. “....” G... P...UK .....Minggu dengan

Kehamilan Normal Janin Tunggal Hidup

Nama pengkaji : .....

Jam / Tanggal : .....

Tempat : .....

#### I. Pengkajian

##### A. Data subyektif

##### 1. Identitas



- a. Nama : Untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan.
- b. Umur : Untuk mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak.
- c. Agama : Untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu.
- d. Pendidikan : Untuk memudahkan pemberian KIE.
- e. Pekerjaan : Untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi.
- f. Alamat : Untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.

(Sondakh, 2013).

##### 2. Alasan datang atau keluhan

Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu dan lamanya mengalami gangguan tersebut.

##### 3. Riwayat kesehatan

Menurut Jannah (2012), riwayat kesehatan ada 2, yaitu :

a. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria dan HIV/AIDS.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu merupakan riwayat penyulit atau gangguan kesehatan yang pernah atau yang sedang diderita. Yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji meliputi, penyakit menurun seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HI/AIDS serta adanya riwayat keturunan kembar.

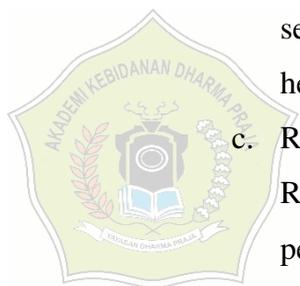
4. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi ini meliputi hari pertama haid terakhir (HPHT), siklus haid, perdarahan pervagina, dan flour albus (keputihan) (Prawirohardjo, 2011).

5. Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri (Gravida (G)... Para (P)... Abortus (Ab)... Anak hidup (Ah)...) meliputi : asuhan kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya, cara peralihan, jumlah dan jenis kelamin anak hidup, berta badan lahir bayi <2500 gram atau >4000 gram, cara pemberian asupan bagi bayi, dan informasi keguguran terakhir (Prawirohardjo, 2011).

6. Riwayat hamil saat ini



Riwayat kehamilan saat ini yang perlu dikaji meliputi : riwayat ANC, imunisasi TT yang telah diperoleh, keluhan atau komplikasi selama kehamilan, obat yang dikonsumsi, dan kebiasaan merokok, minum jamu, alkohol dan sebagainya (Sulis, 2017).

7. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Riwayat keluarga berencana yang perlu dikaji meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan kapan berhenti menggunakan KB, keluhan atau alasan berhenti (Sulis, 2017).

8. Riwayat Perkawinan

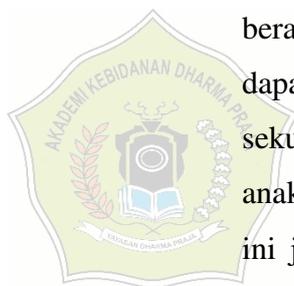
Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, berapa kali menikah, umur saat pertama menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan. Selain itu, untuk mengetahui apakah anak yang dikandungnya sah secara hukum atau tidak, hal ini juga dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu pada kehamilannya (Sulis, 2017).

9. Pola kebutuhan sehari-hari

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kebiasaan sehari-harinya atau belum, pola-pola yang perlu dikaji meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), aktivitas dan istirahat, *personal hygiene* dan kebiasaan-kebiasaan (Sulis, 2017).

10. Riwayat Psikososial

Yaitu perlu dikaji yaitu respon ibu terhadap kehamilan ini, respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini, adat istiadat, budaya yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kehamilan, susunan anggota keluarga yang tinggal serumah atau pengambilan keputusan dalam keluarga (Jannah, 2013).



## B. Data Obyektif

### 1. Pemeriksaan umum

Menurut Sulis (2017), pemeriksaan umum yang dikaji didalamnya yaitu keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas (LILA).

#### a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah baik dan lemah. Dikategorikan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami gangguan dalam berjalan. Dikategorikan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.



#### b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien. Penilaiannya yaitu ditentukan dengan melihat tingkat kesadaran, yaitu :composmentis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semikoma, koma.

#### c. Tanda-tanda vital

Tanda- tanda vital (TTV) meliputi : tekanan darah pada orang dewasa untuk sistol yaitu 100-140 mmHg, sedangkan diastol 70-90 mmHg.

#### d. Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan <145 cm tergolong faktor risiko. Faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi ialah keadaan rongga panggul. Pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Namun perlu ditegaskan kembali

bahwa tidak semua ibu pendek memiliki rongga panggul yang sempit.

e. Berat badan

Berat badan ibu hamil ditimbang setiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Penambahan berat badan ibu menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg.

f. Lingkar lengan atas (LILA)

Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko kekurangan protein pada wanita usia subur (WUS). Pengukuran LILA dilakukan pada lengan bagian kiri, LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga berisiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).



## 2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : bentuk kepala, rambut (warna dan kebersihan), perubahan hormon selama hamil menstimulasi peningkatan prosentase rambut yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak ibu hamil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil.
- b. Muka : muka pucat atau tidak, cloasma gravidarum, odema pada muka. Pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya pre eklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urin.
- c. Mata : bentuk mata, warna konjungtiva, normalnya merah muda, bila berwarna pucat, menandakan anemia dan bila berwarna kuning menandakan hepatitis, bila berwarna merah kemungkinan ada conjungtivitis.

- d. Hidung : perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan nafas.
- e. Gilut : kebersihan mulut, lidah, dan geraham, karies gigi, perdarahan gusi dan stomatitis (bibir).
- f. Telinga : perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- g. Leher : pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis.
- h. Payudara : meliputi bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolustrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran payudara.



- i. Abdomen : adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra dan striae gravidarum), tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan 12 minggu, dan dengan pita ukur jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 36 minggu), DJJ dengan fetoskop jika kehamilan lebih dari 18 minggu.

Ukuran normal TFU :

TM I	:	12 minggu	:	3 jari di atas xiphoid
TM II	:	16 minggu	:	Pertengahan xiphoid- pusat
		20 minggu	:	3 jari dibawah pusat
		24 minggu	:	Setinggi pusat
TM III	:	28 minggu	:	3 jari di atas pusat
		32 minggu	:	Pertengahan pusat- prosesus xiphoid
		36 minggu	:	3 jari di bawah

prosesus xiphoideus  
 40 minggu : Pertengahan pusat-  
 prosesus xiphoideus

Leopold I : Menentukan TFU dan bagian atas yang di fundus.

Leopold II : Menentukan batas samping/bagian kanan dan kiri rahim ibu dan menentukan letak punggung janin.

Leopold III : Menentukan bagian terbawah janin.

Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa masuknya.

TBJ : Dilakukan untuk mengetahui berat badan janin. Jika belum masuk panggul rumusnya yaitu:  $(TFU - 12) \times 155$ , dan jika sudah masuk panggul,  $(TFU - 11) \times 155$ .

Pemeriksaan DJJ : Dilakukan untuk mengetahui bunyi jantung janin. Dalam keadaan normal 120-160x/menit.



j. Genetalia : yang perlu dikaji yaitu luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartolini (pembengkakan, cairan, bau), dan nyeri tekan.

k. Anus : perlu dikaji apakah ada hemoroid atau tidak.

l. Ekstermitas : odema kaki dan tangan, pucat pada kuku jari, varises, dan reflek patella.

3. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilaksanakan yaitu, pemeriksaan hemoglobin, pemeriksaan darah lengkap, golongan darah, protein urin, dan glukosa urin dilakukan pada saat melakukan kunjungan.

b. **Pemeriksaan Ultra Sonografi (USG)**

Pemeriksaan USG di anjurkan secara rutin pada kehamilan 18-22 minggu untuk identifikasi kelainan janin.

## **II. Identifikasi diagnosa atau masalah**

**Ds** : Data subyektif merupakan data yang berasal dari sudut pandang pasien atau anamnesa dan semua keluhan yang dirasakan oleh pasien.

**Do** : Data obyektif merupakan data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada pasien.



**Dx** : Diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

## **III. Merumuskan masalah / masalah potensial**

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

## **IV. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

## **V. Merencanakan asuhan kebidanan yang menyeluruh**

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Pengetahuan teori yang tidak lengkap bisa dianggap

valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya

## VI. Pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana. bila perlu berkolaborasi dengan dokter jika ada komplikasi manajemen yang efisien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan atau tidak.

## VII. Evaluasi



Jam : .....

Tanggal : .....

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

O : Hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medik

A : Kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluatif

(Sondakh, 2013).

## 2.2 Konsep Dasar Persalinan

### 2.2.1 Konsep Persalinan

#### 1. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Rustam Mochtar, 2011).

persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plase nta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan

melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (manuaba, 2012).

Persalinan adalah proses pengeluaran konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke duian luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Jannah, 2015).

## 2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

### a. Kekuatan (*power*)

Kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi (Nurasiah, 2014).

### b. Jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir bagian keras dan jalan lahir bagian lunak. Jalan lahir keras yaitu tulang panggul, sedangkan jalan lahir lunak yaitu segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina, perineum (Nurasiah, 2014).

### c. Penumpang (*passenger*)

*Passenger* atau penumpang adalah janin dan plasenta. Ada beberapa hal perlu diperhatikan mengenai janin yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya (Nurasiah, 2014).

### d. Psikologis (*psychologi*)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh, dukungan ayah bayi/pasangan, dukungan keluarga, dan saudara kandung atau teman dekat selama proses persalinan (Nurasiah, 2014).

### e. Penolong (*Pysician*)

Kompetensi yang dimiliki oleh penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik

diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi (Nurasiah, 2014).

### 3. Tanda Persalinan

#### a. Tanda-tanda permulaan persalinan

Menurut Rustam Mochtar (2012) tanda persalinan dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut :

##### 1) Tanda-tanda permulaan persalinan (tanda semu)

Sebelum terjadinya persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki waktu kala pendahuluan (preparatory stage of labor). Tanda-tandanya yaitu :

- a) *Lightening* atau *setting*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Sedangkan pada multypara hal tersebut tidak begitu jelas.
- b) Perut terlihat lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- d) Rasa nyeri diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang disebut *fase labour pains* (fase persalinan semu).
- e) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah dan mungkin bercampur darah (*bloody show*).

##### 2) Tanda-tanda pasti persalinan

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- b) Keluar lendir bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Serviks mendatar dan telah ada pembukaan pada pemeriksaan dalam.

### 4. Tahapan Persalinan

Menurut Rustam Mochtar (2012) tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, antara lain :

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan serviks nol sampai pembukaan lengkap atau 10 cm. Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase yaitu :

- 1) Fase laten, yaitu pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- 2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 sub fase
  - a) Periode akselerasi, berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
  - b) Periode dilatasi maksimal, selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
  - c) Periode deserasi, berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

Fase-fase pembukaan yang dikemukakan diatas dijumpai pada primigravida. Perbedaan pembukaan serviks pada primigravida dengan multigravida adalah pada primigravida serviks mendatar dulu atau effacement terlebih dahulu kemudian berdilatasi, berlangsung 13-14 jam. Sedangkan multigravida serviks mendatar dan membuka dapat terjadi secara bersamaan, berlangsung 6-7 jam (Rustam Mochtar, 2012). Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulis, 2017).

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) dan berakhir ketika janin sudah lahir, kala II memiliki durasi (Prawirohardjo, 2011).

Pada kala II, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengejan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti ingin buang air besar (BAB) dengan tanda anus terbuka pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan cara

mengedan yang terpimpin, kepala akan lahir diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung  $\pm 2$  jam dan pada multigravida selama  $\pm 1$  jam (Rustam Mochtar, 2012).

c. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir hingga lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Jenny, 2013). Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Rustam Mochtar, 2012). Dalam buku APN (2014), proses lepasnya plasenta dapat ditandai dengan hal berikut ini:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat

d. Kala IV

Menurut Rustam Mochtar (2012), Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah rata-rata perdarahan yang dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal dan harus dicari sebab-sebabnya. Ada 7 hal pokok yang penting diperhatikan dalam pengawasan kala IV, yaitu antara lain :

- 1) Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.
- 2) Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih, dan jika tidak bisa maka dilakukan kateterisasi.
- 3) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya kontraksi rahim dapat diketahui dari palpasi. Jika perlu lakukan massase dan berikan uterotonika, seperti methergin atau oksitosin.
- 4) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, perdarahan ada atau tidak.
- 5) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
- 6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- 7) Memastikan bayi dalam keadaan baik.

## 5. Komplikasi pada persalinan

### a. Kala I dan kala II

#### 1) Persalinan lama

Masalah fase laten dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam/lebih tanpa kelahiran bayi. Diatsi serviks di kanan garis waspada pada partograf. Disebab beberapa faktor.

- a) kecemasan dan ketakutan
  - b) pemberian algetik yang kuat atau pemberian analgeti yang telalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif
  - c) abnormalitas pada tenaga ekspulsi
  - d) abnormalitas pada panggul
  - e) kelainan pada letak dan bentuk janin
- 2) persalinan palsu/belum inpartu (false labor)
- periksa apakah ada infeksi saluran kemih (ISK) atau ketuban pecah, jika didapatkna adanya infeksi, obati secaradekuat, jika tidak ada pasien boleh rawat jalan.
- a) Fase laten memanjang (prolonged latent phase)
- Diagnosa fase laten memanjang dibuat secara retrospektif, jika his berhenti. Pasien disebut belum inpartu/persalinan

palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 cm, pasien masuk dalam fase laten.

b) Fase aktif memanjang

Jika tidak ada tanda-tanda chepalo pelvic disporpotion (CPD) atau obstruksi, dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.

3) Partus presipitatus

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus sering berkaitan dengan solusio plasenta (20 %). Aspirasi mekonium, perdarahan postpartum, apgar score rendah. Komplikasi maternal. Jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. Bila serviks panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan akibat hemorrhagic postpartum (HPP). Terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intra kranial akibat tahanan jalan lahir, kejadian ini biasanya berulang sehingga perlu informasi dan pengawasan yang baik pada kehamilan yang sedang berlangsung. Hentikan pemberian oksitosin drip bila sedang diberikan.

4) Distosia

Distosia adalah kelambatan atau kesulitan persalinan dapat disebabkan kelainan tenaga, kelainan letak, dan bentuk janin, serta kelainan jalan lahir (Prawirohardjo, 2014).

b. Kala III dan kala IV

1) Perdarahan pada kala III

Perdarahan pada kala III umum terjadi dikarenakan terpotongnya pembuluh-pembuluh darah dari dinding rahim bekas implantasi plasenta/karena sinus-sinus maternalis ditempat insersinya. Pada dinding uterus terbuka, biasanya perdarahan tidak banyak, sebab kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menekan pembuluh-pembuluh darah yang terbuka, sehingga lumennya tertutup,

kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah. Jumlah darah yang umum keluar tidak lebih dari 500 cc atau setara dengan 2,5 gelas belimbing. Apabila setelah lahirnya bayi darah yang keluar melebihi 500 cc maka dapat dikategorikan mengalami perdarahan pascapersalinan primer. Perdarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan perdarahan sekunder sesudah itu. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan post partum adalah:

a) Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus atau kontraksi uterus yang tidak mampu menutup perdarahan dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir

b) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir

c) Inversio uteri

Inversio uteri adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang bersifat inkomplit sampai komplit (Prawirohardjo, 2014).

6. Pendokumentasian

a. Kartu P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan program pemasangan stiker, yang merupakan upaya terobosan percepatan penurunan angka kematian ibu. Program ini merupakan salah satu kegiatan Kelurahan Siaga. Melalui P4K dengan stiker yang ditempel di rumah ibu hamil, maka setiap ibu hamil akan tercatat, terdata dan terpantau secara tepat. Stiker P4K berisi data tentang : nama ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transport yang digunakan dan calon donor darah. Program ini sebenarnya



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

sudah lama ada sejak program Safe Motherhood dan program Kesehatan Ibu dan Anak ada. Penerapan program P4K ini merupakan tindak lanjut yang lebih kongkret yang melibatkan masyarakat. Dengan data dalam stiker, suami, keluarga, kader, dukun, bersama bidan di desa dapat memantau secara intensif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil, untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai standar pada saat antenatal, persalinan dan nifas, sehingga proses persalinan sampai nifas termasuk rujukannya dapat berjalan dengan aman dan selamat, tidak terjadi kesakitan dan kematian ibu serta bayi yang dilahirkan selamat dan sehat (Depkes RI, 2015).

#### b. Partograf

Menurut JNPK-KR (2014), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang di berikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan.

Partograf harus digunakan pada semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan, selama persalinan dan kelahiran di semua tempat, dan semua penolong persalinan. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta

membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR, 2014).

c. Penapisan

Menurut JNPK-KR (2014), pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Selama anamnesa dan pemeriksaan fisik, tetap waspada pada indikasi yang tertera pada lembar penapisan.

Tabel 2.3 Penapisan Persalinan

Rujuk ibu apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti berikut :	
1.	Riwayat bedah sesar
2.	Perdarahan pervaginam
3.	Persalinan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)
4.	Ketuban pecah disertai dengan mekonium yang kental
5.	Ketuban pecah lam (> 24 jam)
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)
7.	Ikterus
8.	Anemia berat
9.	Tanda / gejala infeksi
10.	Pre-eklamsi/ hipertensi dalam kehamilan
11.	Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12.	Gawat janin
13.	Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dan kepala janin masih 5/5
14.	Presentasi bukung belakang kepala
15.	Presentasi ganda atau majemuk
16.	Kehamilan ganda/gemeli
17.	Tali pusat menumbung
18.	Syok

Sumber: JNPK-KR, 2014

## 2.2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI  
 Pada Ny. “....” G ... P ... UK ..... Minggu  
 Inpartu Kala II Janin Tunggal Hidup  
 Dengan Persalinan Normal

Jam : .....

Tanggal : .....

**S** : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016).

**O** : Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain (Yusari, 2016).

**A** : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016).

**P** : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Yusari, 2016).

Jika pembukaan sudah lengkap, lakukan asuhan persalinan normal 58 langkah sesuai APN (Asuhan persalinan normal)

1) Mendengar dan melihat adanya tanda gejala kala dua. (Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran, tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan spingter ani membuka).

- 2) Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat – obatan esensial pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik ke dalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitoksin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah, jika belum pecah di lakukan amniotomi.
- 9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin tampak pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Cek apakah ada lilitan tali pusat atau tidak.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).

- 25) Melakukan penilaian selintas :
  - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
  - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi di uterus (hamil tunggal)
- 28) Memberi tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 29) Dalam waktu 10 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskur) 1/3 paha atas distal (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
- 30) Selang 2 pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengangkatan tali pusat
  - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penggantungan tali pusat di antara lem tersebut.
  - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
  - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi secara tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Usahakan kepala bayi beradantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu.

- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi (JNPK-KR, 2014).

Catatan perkembangan kala III

Jam : .....

Tanggal : .....

S : Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016).

O : Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan dignostik lain (Yusari, 2016).

A : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016).

P : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016).

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas shimpisis, untuk mendeteksi. Tang lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorog uterus ke arah tas(dorso-kranial)

secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

- 37) Penegangan tali pusat terkendali
- 38) Melahirkan plasenta pukul .... WIB. Kemudian cek kelengkapan plasenta
- 39) Massase fundus uterus selama 15 detik (JNPK-KR, 2014).

#### Catatan perkembangan kala IV

Jam : .....

Tanggal : .....

S : Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringakasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016).

O : Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney lagkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan dignostik lain (Yusari, 2016).

A : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016).

P : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016).

- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus
- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf (JNPK-KR, 2014).

## 2.3 Konsep Dasar Nifas

### 2.3.1 Konsep Nifas

#### 1. Pengertian

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

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Nugroho, 2014).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulis, 2017).

#### 2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu *puerperium dini*, *puerperium intermedial*, dan *remote puerperium* (Sulis, 2017). Berikut penjelasan dari ketiga tahapan nifas tersebut :

##### a. *Puerperium dini*

*Pueperium* dini merupakan masa pemulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

##### b. *Puerperium intermedial*

*Puerperium intermedial* merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. *Remote puerperium*

*Remote puerperium* merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan setidaknya 4 kali. Adapun tujuan kunjungan rumah ini adalah untuk memantau dan menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir serta mencegah, mendeteksi dan menangani komplikasi pada masa nifas. Jadwal kunjungan nifas tersebut meliputi (Midwifery Update, 2016) :

- a. Kunjungan nifas pertama (6 jam)
- b. Kunjungan nifas kedua (6 Hari)
- c. Kunjungan nifas ketiga (2 Minggu)
- d. Kunjungan nifas keempat (6 Minggu)

4. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

Menurut Yusari (2016), perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi, disamping itu juga terjadi perubahan-perubahan penting lain yaitu terjadinya hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi. Organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu :

1) Uterus

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami proses kehamilan dan persalinan. Pada uterus terjadi proses involusi, hari pertama setelah persalinan, fundus uteri kira-kira sepusat. Penyusutan antara 1-2 cm atau sekitar 1 jari per hari. Dalam 10-12 hari uterus tidak teraba lagi di abdominal karena sudah masuk di bawah simfisis. Involusi ligament uterus berangsur-angsur, pada awalnya

cenderung miring ke belakang. Kembali normal atau antefleksi pada akhir minggu keenam (Yusari, 2016).

## 2) *Lochea*

*Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. *Lochea* mengalami perubahan karena proses involusi, perubahan *lochea* tersebut adalah (Yusari, 2016)

### a) *Lochea rubra* (Cruenta)

Muncul pada hari pertama sampai hari kedua postpartum, warnanya merah segar mengandung darah dari luka bekas plasenta dan serabut dari decidua dan chorion.

### b) *Lochea sanguinolenta*

Berwarna merah kekuningan, berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

### c) *Lochea serosa*

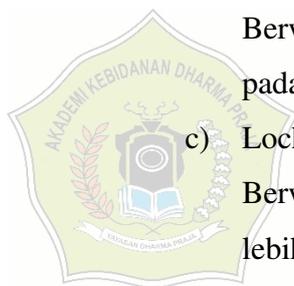
Berwarna kecokelatan, mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit, dan laserasi plasenta, terjadi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

### d) *Lochea alba*

Berwarna putih kekuningan, mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati, keluar sejak 2-8 minggu pasca persalinan.

## 3) Perineum, vagina, vulva dan anus

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva ke arah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Pada awal masa nifas, vagina dan vulva membentuk suatu lorong yang luas dan licin, dan berangsur-angsur mengecil, tetapi pada nulipara jarang kembali ke bentuk semula. Pada minggu ke tiga, rugae mulai tampak, himen muncul kembali sebagai kepingan-kepingan kecil jaringan. Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mucosa vagina dan hilangnya rugae.



AKADEMI KEBIDANAN

www.dharmaprima.com

Pada anus umumnya terlihat hemoroid atau varises anus, dengan ditambah gejala seperti rasa gatal, tidak nyaman, dan perdarahan berwarna merah terang pada waktu defekasi. Ukuran hemoroid biasanya mengecil beberapa minggu postpartum.

#### 4) Serviks

Involusi serviks terjadi bersamaan dengan uterus kira-kira 2-3 minggu, serviks menjadi seperti celah. Ostium uteri interum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirannya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Karena hyperplasia dan retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh.

#### b. Perubahan sistem perkemihan

Dalam hari-hari pertama postpartum, biasanya terjadi diuresis yang sangat banyak, dimulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. Sistem urinase dapat kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu postpartum (Yusari, 2016).

#### c. Perubahan sistem pencernaan

Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal masa nifas akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Pengendalian diri terhadap BAB karena kurangnya pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka lagi. Sebaiknya buang air besar haru dilakukan 3-4 hari setelah persalinan (Yusari 2016).

#### d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama hamil (Vivian, 2011).

#### e. Perubahan sistem endokrin

Adanya perubahan dari hormon plasenta yaitu esterogen dan progesteron yang menurun. Hormon pituitary mengakibatkan prolaktin meningkat, FSH menurun dan LH menurun. Produksi ASI mulai pada hari ke 3 post partum yang mempengaruhi hormone prolaktin (Vivian, 2011).

#### f. Perubahan tanda-tanda vital

Tekanan darah seharusnya stabil dalam kondisi normal, temperatur kembali ke normal dari sedikit peningkatan selama periode intrapartum dan menjadi stabil dalam 24 jam pertama postpartum. Nadi dalam keadaan normal kecuali pada partus lama dan persalinan sulit (Yusari, 2016).

#### 5. Kebutuhan Ibu Masa Nifas

Berikut beberapa kebutuhan ibu nifas menurut Yusari (2016) :

##### a. Nutrisi dan cairan

Untuk menghasilkan 100 ml susu, ibu memerlukan kalori 83 kalori. Pil zat besi perlu diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari dan makan dengan menu seimbang, bergizi, dan mengandung cukup kalori.

##### b. Kebutuhan ambulasi

Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan *sectio secarea* ambulasi dini dilakukan setidaknya setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur). Tahapan ambulasi yaitu, miring kiri terlebih dahulu, kemudian duduk, dan apabila sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan. Manfaat dari ambulasi dini yaitu untuk memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea) dan mempercepat pengembalian tonus otot dan vena.

##### c. Kebutuhan istirahat

Istirahat membantu mempercepat proses involusi uterus dan mengurangi perdarahan, memperbanyak jumlah pengeluaran ASI dan mengurangi penyebab terjadinya depresi. Istirahat atau tidur dapat dilakukan pada siang hari dan malam hari atau kapan saja selagi bayi tertidur pada ibu nifas

d. Kebutuhan kebersihan diri

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan maupun kulit, maka ibu harus menjaga kebersihan diri dan personal hygienenya secara keseluruhan.

e. Kebutuhan seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Tidak dianjurkan melakukan hubungan seksual sampai dengan 6 minggu postpartum. Hubungan seksual dapat dilanjutkan apabila ibu merasa nyaman untuk memulai dan aktivitas itu dapat dinikmati.

f. Senam nifas

Senam nifas adalah latihan gerak yang dilakukan secepat mungkin setelah melahirkan, supaya otot-otot yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali kepada kondisi normal seperti semula. Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu.

## 6. Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.4 Frekuensi Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1.	Kunjungan I (pertama) 6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>• Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.</li> <li>• Melakukan konseling kepada ibu dan keluarga jika terjadi masalah.</li> <li>• Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal.</li> <li>• Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (<i>Bouding</i>)</li> </ul>

		<p><i>attachment)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia.</li> <li>• Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi).</li> </ul>
2.	Kunjungan II (kedua) 6 hari setelah persalinan	<p>Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, TFU dibawah pusat, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau.</p> <p>Mendeteksi tanda-tanda: demam, perdarahan abnormal, sakit kepala hebat, dll.</p> <p>Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup.</p> <p>Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.</li> <li>• Melakukan konseling KB secara mandiri.</li> </ul>
3.	Kunjungan III (ketiga) 2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan kedua
4.	Kunjungan IV (keempat) 6 minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan kepada ibu adakah masalah/penyulit yang dialami ibu</li> </ul>

	setelah persalinan	maupun bayi. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi yang efektif dan sesuai keinginan.</li> </ul>
--	--------------------	--

(Sumber : Midwifery Update, 2016)

## 7. Tanda Bahaya Ibu Nifas

Menurut Yusari (2016), sebagian besar kematian ibu terjadi selama masa pascapersalinan. Oleh karena itu, sangat penting bagi ibu dan keluarganya mengenal tanda bahaya dan perlu mencari pertolongan kesehatan. Beberapa tanda bahaya ibu nifas, meliputi :

- a. Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 setelah persalinan
- b. Pengeluaran cairan pervaginam berbau busuk
- c. Demam, muntah, rasa sakit waktu buang air kecil
- d. Payudara berubah merah, panas, dan terasa sakit
- e. Merasa sangat sedih atau tidak mampu merwat bayinya atau diri sendiri
- f. Sakit kepala secara terus-menerus, penglihatan kabur, dan bengkak pada wajah dan tangan
- g. Rasa sakit pada bagian bawah abdomen dan daerah panggul
- h. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan pada kaki
- i. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- j. Pada pemeriksaan palpasi penurunan TFU sesuai yaitu bayi lahir setinggi pusat, uri lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat symphysis, 2 minggu tidak teraba diatas symphysis, 6 minggu bertambah kecil, 8 minggu sebesar normal. Pemeriksaan diastasis recti normalnya  $\leq 2,5$ cm dan tidak terdapat humagn sign atau humagn sign negatif . (Nugroho, 2014).

### 2.3.2 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Nifas

#### ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. “....” P... dengan .....

Nama pengkaji :.....

Jam / Tanggal :.....

Tempat :.....

**S** : Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016).

**O** : Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney lagkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan dignostik lain (Yusari, 2016).

#### 1. Pemeriksaan umum

##### a. Keadaan umum

Keadaan umum meliputi: tingkat energi, kedaan emosi dan postur badab ibu selama pemeriksaan, tinggi badan (TB), berat badan (BB)

##### b. Kesadaran

Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilaiannya dapat secara kualitatif (composmentis, apatis, somnolen, sopor,

koma, delirium) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma)

c. Tanda-tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan.

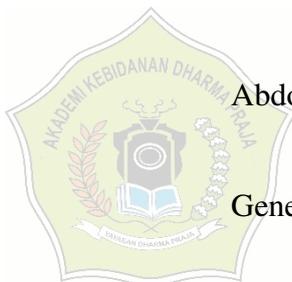
2. Pemeriksaan fisik

- Muka : Meliputi odema wajah
- Mata : Meliputi bentuk, warna sklera, warna konjungtiva
- Payudara : Meliputi bentuk dan ukuran, keadaan puting susu, kolustrum dan cairan lain, retraksi, massa
- Abdomen : Adanya bekas luka, tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan
- Genetalia : Luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau), kedaan kelenjar bartolini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan.
- Ekstermitas : Oedema kaki dan tangan, varises, reflek patella

A : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Ny. “....” P .... Dengan .... Hari ke ....

(Yusari, 2016).

P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan ang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Yusari, 2016).



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

## 2.4 Konsep Dasar Neonatus

### 2.4.1 Konsep Neonatus

#### 1. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Sulis, 2017).

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 -4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Kukuh Rahardjo, 2014).

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 37-40 minggu dengan berat badan sekitar 2500-4000 gram dan panjang badan sekitar 48-50 cm (Jenny, 2013).

#### 2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Midwifery Update (2016), bayi baru lahir (BBL) dikatakan normal apabila :

- a. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- b. Panjang badan bayi 45-50 cm.
- c. Lingkar dada bayi 30-35 cm.
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama  $\pm 180$  kali/menit, kemudian turun sampai 100-120 kali/menit
- f. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k. Refleks isap, menelan, dan morrow telah terbentuk.

1. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.
3. Masalah dan Komplikasi Bayi Baru Lahir

- a. Asfiksia neonatorum

Asfiksia neonatorum adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir yang ditandai dengan hipoksemia, hiperkarbia dan asidosis. Asfiksia neonatorum dapat terjadi selama kehamilan, kondisi janin sangat tergantung pada pertukaran plasenta untuk oksigen, asupan nutrisi dan pembuangan produk sisa sehingga gangguan pada aliran darah umbilikal maupun plasenta hampir selalu menyebabkan asfiksi (Anik Maryunani, 2013).

Penanganan pada bayi asfiksia yaitu dengan dilakukan tindakan resusitasi segera setelah lahir. Resusitasi dilakukan dengan jalan membuka jalan nafas, mengusahakan agar oksigen masuk ke dalam tubuh bayi dengan meniupkan nafas ke mulut bayi, menggerakkan jantung sampai bayi mampu bernafas spontan dan jantung berdenyut secara teratur (Novi Karlina, 2016).

- b. Hipotermia

Hipotermi merupakan keadaan dimana seorang individu gagal mempertahankan suhu tubuh dalam batasan normal 36,5-37,5 C. Hipotermi biasa terjadi pada bayi prematur, asfiksia, sepsis, kondisi neurologik seperti perdarahan cerebral, dan paparan suhu lingkungan yang dingin. Penanganan yang dapat dilakukan yaitu mengeringkan tubuh bayi, menjaga kehangatan tubuh bayi dengan meletakkan di atas perut ibu, kemudian menyelimuti bayi di dada ibu (metode kanguru), memberi ASI sedini mungkin segera setelah melahirkan dapat menambah kalori dalam tubuh bayi yang berfungsi untuk menambah suhu panas tubuh, dan menunda memandikan bayi (Novi Karlina, 2016).

- c. Berat badan bayi lahir rendah (BBLR)

Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. BBLR diklasifikasikan menjadi 2, yaitu prematur murni dan dismatur. Bayi prematur murni lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm atau neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK). Bayi dismaturitas atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan dikarenakan mengalami gangguan pertumbuhan dalam masa kandungan. Penyebab kejadian BBLR ada 3 faktor yaitu :

- 1) Faktor ibu yang menyebabkan BBLR yaitu penyakit ibu seperti hipertensi atau preeklamsi, jantung dan gangguan pembuluh darah. Riwayat kehamilan prematur, kurang gizi, umur kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun. Perdarahan antepartum, hidramnion dan kelainan uterus.
- 2) Faktor janin yaitu cacat bawaan, infeksi dalam rahim dan kehamilan ganda dan anomali kongenital.
- 3) Faktor kebiasaan seperti pekerjaan sehari-hari yang terlalu berat atau melelahkan, merokok, mengkonsumsi narkoba dan minum jamu.

Menurut Novi Karlina (2016), penatalaksanaan pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) antara lain :

- 1) Pengaturan suhu badan bayi, menyelimuti tubuh bayi, meletakkan dalam inkubator, jika tidak ada inkubator maka letakkan bayi dibawah lampu 60 watt berjarak 5 cm dari tubuh bayi.
- 2) Memberi ASI sedini mungkin
- 3) Dada dan abdomen dipaparkan pada inkubator atau lampu penghangat
- 4) Menjaga suhu lingkungan tetap hangat

#### d. Ikterus/hiperbilirubinemia

Hiperbilirubin adalah meningkatnya kadar bilirubin dalam darah yang kadar nilainya lebih dari normal, biasanya terjadi pada bayi baru lahir. Nilai normal bilirubin indirek 0,3-1,1 mg/dl, sedangkan bilirubin direk 0,4mg/dl. Ikterus merupakan keadaan normal pada bayi baru lahir selama minggu pertama karena belum sempurnanya metabolisme bilirubin bayi. Ikterus atau hiperbilirubinemia paling sering timbul karena fungsi hati masih belum sempurna untuk membuang bilirubin dari aliran darah. Ketika kadar bilirubin meningkat dalam darah maka warna kuning akan dimulai dari kepala kemudian turun ke lengan, badan dan kaki. Jika kadar bilirubin sudah cukup tinggi, bayi akan tampak kuning hingga dibawah lutut dan telapak tangan. Penanganan hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir yaitu:

- 1) Memberikan ASI yang cukup (8-12 kali sehari)
- 2) Lakukan penyinaran selama 30 menit, 15 menit telentang dan 15 menit tengkurap. Usahakan kontak sinar dengan kulit seluas mungkin.
- 3) Dilakukan terapi oleh petugas kesehatan seperti terapi sinar (*photograpy*) sesuai dengan peningkatan kadar bilirubin pada nilai tertentu berdasarkan usia bayi dan apakah bayi lahir cukup bulan atau prematur. Sinar ini akan mampu menembus kulit bayi dan akan mengubah bilirubin menjadi lumirubin.
- 4) Jika gagal dengan terapi sinar maka dilakukan tranfusi tukar yaitu penggantian darah bayi dengan donor darah. Namun secara keseluruhan, hanya sedikit bayi yang akan membutuhkan terapi tranfusi tukar (Novi Karlina, 2016).

#### e. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum adalah tetanus yang terjadi pada nonatus atau bayi berusia kurang dari 1 bulan yang disebabkan oleh *clastridium tetani* yaitu kuman yang mengeluarkan toksin atau racun yang menyerang sistem syaraf pusat. Penganan secara umum spora

kuman masuk tubuh melalui tali pusat, baik pada saat pemotongan, maupun perawatannya sebelum lepas. Masa inkubasi dari kuman ini adalah 3-28 hari, tetapi jika kurang dari 7 hari penyakit ini lebih parah dan angka kematiannya lebih tinggi. Gejalanya yaitu bayi tiba-tiba demam/panas, bayi tiba-tiba tidak mau menetek karena karena kejang otot rahang dan pharing (trismus), mulut mencucu seperti mulut ikan, kejang terutama bila terkena rangsangan cahaya, kadang-kadang disertai sesak nafas dan wajah membiru, kaku kuduk, posisi punggung melengkung, kepala mendongak keatas. Penanganan bayi dengan tetanus neonatorum yaitu dengan mengatasi kejang dengan memberikan suntikn anti kejang, menjaga jalan nafas tetap bebas dengan membersihkan jaln nafas, mencari tempat masuknya spora tetanus umumnya di tali pusat atau telinga, kemudian mengatasi penyebab tetanus dengan memberi antibiotika, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit ruangan tenang dan sedikit sinar (Novvi Karlina, 2016).

#### f. Kejang

Kejang adalah perubahan secara tiba-tiba fungsi neurologik, motorik dan otonomik karena kelebihan pancaran listrik pada otak kejang bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan gejala dari gangguan saraf pusat, lokal atau sistemik. Penyebab kejang bisa disebabkan karena adanya pengaruh metabolik dan adanya perdarahan intrakranial. Penanganan kejang pada bayi baru lahir yaitu mengatasi kejang dengan memberikan anti kejang (misal *diazepam*, *fenobarbital* dan *fenotin/dilantin*). Menjaga jalan nafas tetap bebas, mencari faktor penyebab kejang, mengobati penyebab kejang (Novi Karlina, 2016).

#### 4. Kunjungan Neonatal

Menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatus yaitu:

KN 1 : 6-48 jam

KN 2 : 3-7 hari

KN 3 : 8-28 hari

## 2.4.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Neonatus

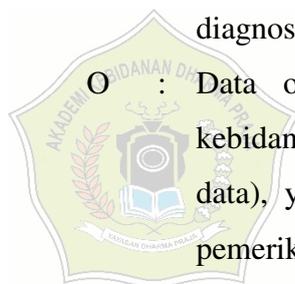
### ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Bayi Baru Lahir Normal Usia ... (Jam/hari/Minggu)

Jam : .....

Tanggal : .....

**S** : Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016).



**O** : Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan dignostik lain (Yusari, 2016).

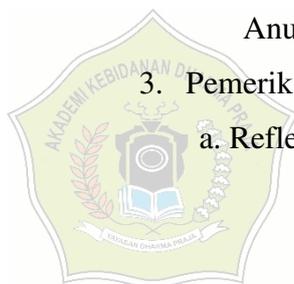
#### 1. Pemeriksaan umum

Kesadaran : composmentis  
 Suhu : normal (36,5-37,5°C)  
 Pernapasan : normal (40-60x/menit)  
 Denyut jantung : normal (130-160x/menit)  
 Berat badan : normal (2500-4000 gram)  
 Panjang badan : normal (48-50 cm)

#### 2. Pemeriksaan fisik

Kepala : Adakah caput succedaneum, chepal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup.  
 Muka : Warna kulit merah  
 Mata : Sklera putih, tidak ada perdarahan subonjungtiva.

- Hidung : Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret.
- Gilut : Reflek hisap baik, tidak ada palatokisis.
- Telinga : Simetris, tidak ada serumen.
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dada.
- Tali pusat : Bersih, tidak ada perdarahan, terungkus kassa.
- Abdomen : Simetris, tidak ada infeksi
- Genetalia : Untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
- Anus : Tidak atresia ani.



### 3. Pemeriksaan neurologis

- a. Refleks moro/terkejut : Apabila bayi diberi sentuhan maka akan menimbulkan gerak terkejut.
- b. Refleks menggenggam : Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriks, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.
- c. Refleks rooting/ mencari: Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, bayi akan menoleh dna mencari sentuhan itu.
- d. Refleks menghisap / sucking : Apabila bayi diberi puting/dot, maka ia akan berusaha untuk menghisap.
- e. Glabella refleks : Apabila bayi disentuh bagian os grabella dengan jari pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya.

Tonick neck reflek : Apabila bayi di gendong maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

#### 4. Pemeriksaan antropometri

- a. berat badan : BB bayi normal 2500-4000 gram
- b. panjang badan : Panjang badan bayi normalnya 48-52 cm
- c. lingkar kepala : Lingkar kepala bayi 33-38 cm
- d. lingkar lengan atas : Normal 10-11 cm

(Sondakh, 2013).

A : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016). Pada bayi baru lahir “...” usia .... dengan .....

P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Yusari, 2016).

## 2.5 Konsep Dasar KB/Pelayanan Kontrasepsi

### 2.5.1 Konsep KB/Pelayanan Kontrasepsi

#### 1. Pengertian

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah bertemunya sperma dengan ovum sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan (Koes Irianto, 2012).

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulis, 2017).

#### 2. Tujuan Program KB

- a. Menurunkan tingkat/angka kematian ibu, bayi dan anak
- b. Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi

- c. Menjaga kesehatan reproduksi yang berkualitas
3. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB
- a. Konseling

Konseling merupakan suatu proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal. Proses konseling yang benar, obyektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi (Midwifery Update, 2016).

Menurut BKKBN (2012), langkah-langkah dalam memberikan konseling dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut :

1) **SA:** Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Berikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

2) **T:** Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Perhatikan bahwa kita memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien.

3) **U:** Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksinya yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien memilih jenis kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula kontrasepsi lain yang ada.

4) **TU:** Bantulah klien menentukan pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin dengan kondisi dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka,

bantulah klien dalam mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi.

5) **J**: Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat yang akan digunakan tersebut dan bagaimana cara penggunaannya. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan dan pemahaman klien tentang penjelasan yang telah diberikan bidan dan beri pujian apabila dapat menjawab dan menjelaskan dengan benar.

6) **U**: perlunya kunjungan Ulang, bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan dan mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

#### 4. Metode Kontrasepsi

##### a. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) adalah suatu alat plastik atau logam kecil yang dimasukkan ke uterus melalui kanalis servikalis yang bertujuan untuk pencegahan kehamilan yang sangat efektif, memiliki jangka penggunaan yang panjang, aman bagi wanita tertentu, terutama yang tidak terjangkau PMS dan sudah pernah melahirkan (Koes Irianto, 2012).

##### 1) Jenis AKDR:

###### a) AKDR CuT-380A

Beebentuk T, kecil, efektif dan aman. Masing-masing cabang dari huruf T ini dibalut dengan lempengan tembaga kecil dan batang utamanya diberi gulungan kawat tembaga (BKKBN, 2012).

###### b) AKDR NOVA T (Schering)

Batang dan lengannya dililit tembaga (BKKBN, 2012).

## 2) Cara kerja AKDR

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- c) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.
- d) Mencegah sperma dan ovum bertemu dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

### b. Kontrasepsi progestin

#### 1) Implan

Implan adalah alat kontrasepsi berbentuk kapsul silastik berisi hormon jenis progesteron sintetik yang ditanamkan dibawah kulit atau alat kontrasepsi bagi wanita yang dipasang di bawah kulit lengan bagian atas yang terdiri atas 6 kapsul berukuran kira-kira 3 cm berisi zat levonorgestrel (Koes Irianto, 2012).

#### a) Menurut Sujiyatini (2012), jenis-jenis implan yaitu :

- (1) Norplant, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- (2) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, diisi dengan 68 mg keto-desogetrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- (3) Jadena dan indoplant, terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

#### b) Mekanisme kerja kontrsepsi Implant :

- (1) Mengentalkan lendir serviks.
- (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- (3) Mengurangi transportasi sperma.

(4) Menekan ovulasi.

c) Keuntungan :

- (1) Daya guna tinggi.
- (2) Perlindungan jangka panjang.
- (3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- (5) Bebas dari pengaruh esterogen.
- (6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
- (7) Tidak mengganggu ASI
- (8) Dapat di cabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan klien.

d) Kerugian :

- (1) Mengalami efek samping gangguan siklus haid seperti perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea.
- (2) Gangguan pada sistem metabolisme seperti peningkatan atau penurunan berat badan.
- (3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan dengan keinginan, perlu datang ke klinik atau petugas kesehatan untuk pencabutan.
- (4) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
- (5) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.

2) Suntikan progestin

Menurut Sujiyatini (2012), Suntikan progestin sangat efektif, aman, dan dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan, cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

a) Terdapat 2 jenis suntikan progestin, yaitu :



- (1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) atau Depo provera, mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular di daerah bokong.
- (2) Depo Noretisteron Enantat (NET-EN) atau Depo Noresterat, yang mengandung 200 mg Noretidron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular di daerah bokong.

b) Mekanisme kerja :

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

3) Pil progestin

Menurut Sujiyatini (2012), pil progestin sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, bebas estrogen, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

c. Kontrasepsi kombinasi

1) Pil kombinasi

Menurut Sujiyatini (2012), pil kombinasi efektif dan reversible, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat mulai meminum kapan saja apabila yakin tidak sedang hamil, dan dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat. Tetapi pil kombinasi ini harus diminum tiap hari, pada bulan-bulan pertama efek samping yang biasa terjadi yaitu mual dan *spotting*.

a) Jenis-jenis pil kombinasi ada 3, yaitu :

- (1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron

(dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

- (2) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen atau progesteron dengan dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (3) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) Mekanisme kerja :

- (1) Menekan ovulasi.
- (2) Mencegah implantasi.
- (3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma.
- (4) Pergeseran tuba tergantung sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

2) Suntikan kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Esterogen Sipionat yang diberikan injeksi intramuskular di daerah bokong sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estrodiol Valerat diberikan secara intramuskulus di daerah bokong, sebulan sekali. Mekanisme kerjanya yaitu menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi sperma (Sujiyatini, 2012).

d. Metode barrier /mekanis

1) Kondom

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik atau bahan alami (produksi hewani yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom tersebut dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya

berpinggir tebal yang bila digulung berbentuk rata atau berbentuk seperti puding susu. Cara kerja dari kondom yaitu, menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dan dapat mencegah penularan penyakit menular seksual kepada pasangan (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

## 2) Barrier intra vaginal atau diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya yaitu menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas uterus dan tuba fallopi dan sebagian alat tempat spermisida.

### e. Metode amenorea laktasi

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minumanapapun lainnya. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi apabila ibu menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian > 8x sehari, belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan, harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

## 2.5.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

### ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. “...” P ... Dengan Akseptor KB ....

Jam : .....

Tanggal : .....

S : Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai

kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016).

O : Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen varney lagkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan dignostik lain (Yusari, 2016).

#### 1. Pemeriksaan umum

##### a. Keadaan umum

Keadaan umum meliputi: tingkat energi, kedaan emosi dan postur badab ibu selama pemeriksaan, tinggi badan (TB), berat badan (BB)

##### b. Kesadaran

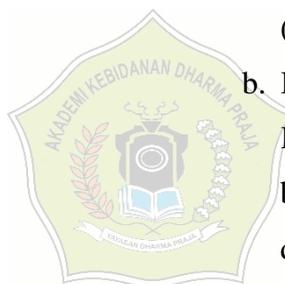
Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilaiannya dapat secara kualitatif (composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma)

##### c. Tanda-tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan.

#### 2. Pemeriksaan fisik

Muka	:	Meliputi odema wajah
Mata	:	Meliputi bentuk, warna sklera, warna konjungtiva
Leher	:	Meliputi pelebaran vena jugularis, peembesaran kelenjar tyroid, dan pembesaran kelenjar limfe
Payudara	:	Meliputi bentuk dan ukuran, keadaan puting susu, kolustrum dan cairan



- lain, retraksi, massa
- Abdomen : Adanya bekas luka, tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan
- Ekstermitas : Oedema kaki dan tangan, varises, reflek patella
- A : Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari, 2016). Ny. “....” P ... degan calon akseptor KB
- P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan ang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Yusari, 2016).



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## BAB 3

### METODE PENDEKATAN STUDY KASUS

#### 3.1 Jenis Pendekatan

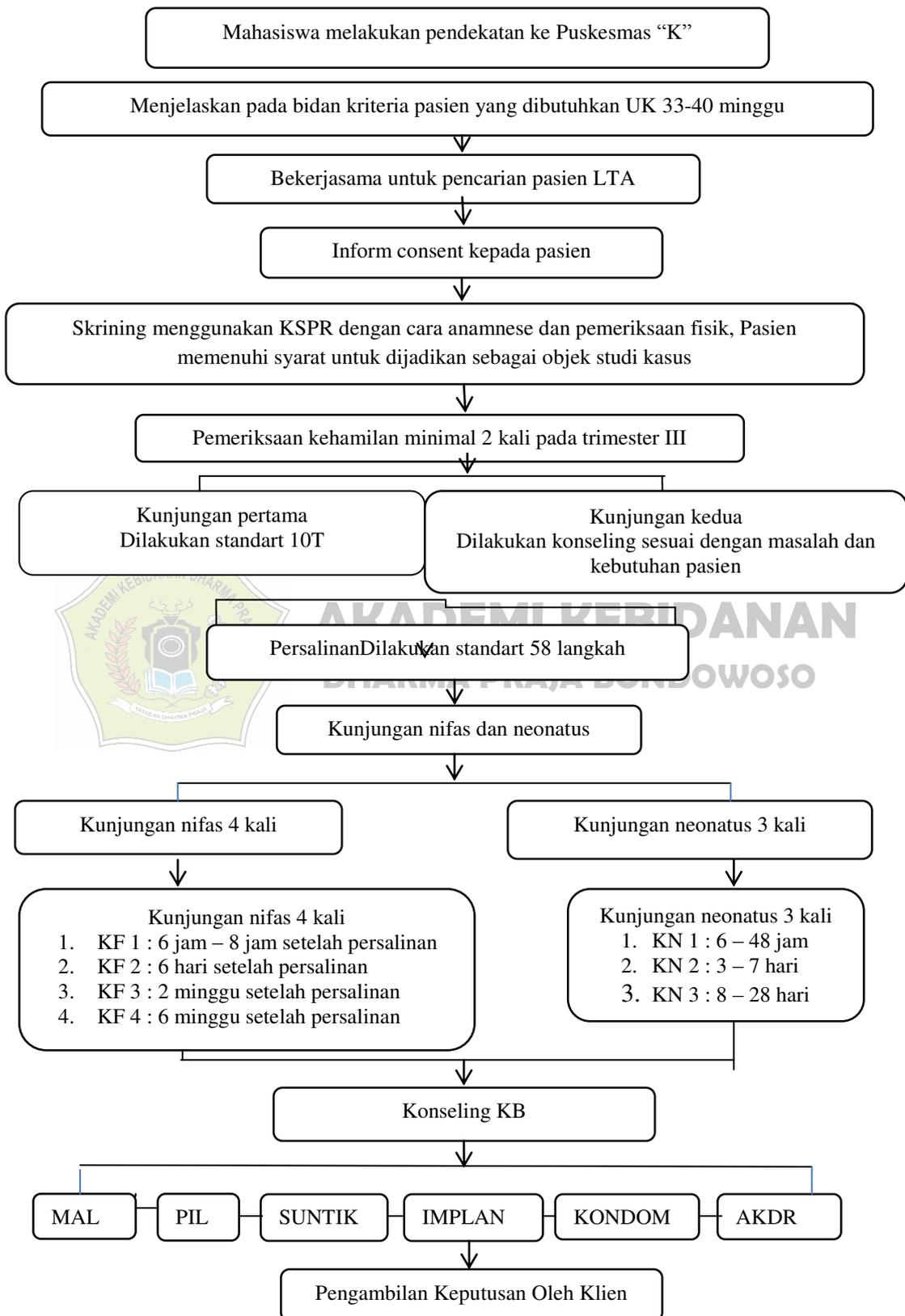
Jenis pendekatan dalam penelitian ada 2 jenis, yaitu pendekatan secara kualitatif, dimana penelitian ini berorientasi dalam upaya memahami fenomena secara menyeluruh, dan kuantitatif, merupakan upaya pencarian ilmiah, absolut dan realitas dan bersifat objektif (Zulfikar, 2014).

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Deskriptif merupakan suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang keadaan secara objektif (Husaini Usman, 2008).

Pendekatan yang digunakan dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah pendekatan langsung kepada pasien hamil usia kehamilan 33-40 minggu dalam kategori normal, kemudian melahirkan dengan normal, memasuki masa nifas normal, memantau perawatan Bayi Baru Lahir hingga neonatus, hingga ibu memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi. Proses asuhan kebidanan diawali dengan pengumpulan data dan kemudian mendeskripsikan data secara komprehensif berbasis *Continuity of Care* (COC) pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).

#### 3.2 Kerangka Operasional

Menurut Buchari (2015), Kerangka operasional (kerangka kerja) adalah langkah-langkah dalam aktivitas ilmiah, mulai dari penetapan populasi, sampel, dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal dilaksanakannya penelitian atau studi kasus.



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

### 3.3 Subjek Studi Kasus

Studi kasus adalah suatu metode untuk memahami individu yang dilakukan secara integratif dan komprehensif agar diperoleh pemahaman yang mendalam tentang individu tersebut beserta masalah yang dihadapinya dengan tujuan masalahnya dapat terselesaikan dan memperoleh perkembangan diri yang baik (Rahardjo, 2011). Subjek studi kasus ini adalah ibu hamil usia kehamilan 33-40 minggu yang mengalami rangkaian peristiwa bersalin, nifas, bayi yang dilahirkan/neonatus, dan ibu nifas dengan akseptor KB.

### 3.4 Fokus Studi

Fokus studi dalam Laporan Tugas Akhir ini berupa asuhan kebidanan pada kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan KB.

### 3.5 Definisi Operasional Fokus Studi

Definisi operasional fokus studi berfungsi untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti.

Definisi operasional merupakan variabel dalam istilah yang dapat diamati, bisa diuji, atau bisa dijadikan angka (Djiwandono P.I. 2015).

Definisi Operasional dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah :

1. Kehamilan adalah ibu hamil dengan resiko rendah dan usia kehamilan 33-40 minggu melalui pendekatan varney dan SOAP
2. Pesalinan adalah ibu bersalin dari kala I sampai kala IV melalui pendekatan SOAP
3. Nifas adalah ibu nifas dimulai 6 jam post partum sampai 28 hari post partum melalui pendekatan SOAP
4. Neonatus adalah bayi baru lahir normal usia 0-28 hari melalui pendekatan SOAP
5. Akseptor KB adalah ibu yang menggunakan alat kontrasepsi saat/setelah masa nifas melalui pendekatan SOAP

### 3.6 Kriteria Subjek

Pada dasarnya subjek penelitian adalah yang akan dikenali kesimpulan hasil penelitian. Oleh karena itu, subjek penelitian ini harus sesuai dengan permasalahan yang kita angkat dalam penelitian.

Kriteria subyektif dalam LTA ini adalah :

1. Ibu hamil usia kehamilan 33-40 minggu
2. Persalinan normal
3. Ibu nifas
4. Bayi baru lahir
5. Keluarga berencana

### 3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah semua alat yang digunakan untuk mengumpulkan, memeriksa, menyelidiki suatu masalah atau mengumpulkan, mengolah, menganalisa dan menyajikan data-data secara sistematis serta objektif dengan tujuan memecahkan suatu persoalan atau menguji suatu hipotesis.

Instrumen yang digunakan dalam LTA ini adalah :

1. Buku KIA
2. KSPR
3. Pemeriksaan Fisik Set
4. Lembar patrograf
5. Lembar penapisan persalinan
6. Partus Set
7. MTBM
8. Kartu Ibu
9. Kartu peserta KB
10. Lembar Informed Consent

### 3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1. Lokasi
  - a. BPM Ny. "N" Kec. Bondowoso Kab. Bondowoso

- b. Rumah pasien
- 2. Waktu : Oktober 2017 – Maret 2018.

### 3.9 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam LTA ini adalah :

#### 1. Primer (sumber langsung)

Penulis menggunakan data dari sumber langsung dimana data- data didapat dengan cara wawancara secara langsung kepada klien, serta observasi lansung melalui cara anamnesis, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pemeriksaan penunjang, dan observasi.

#### 2. Sekunder (sumber tidak langsung)

Penulisan laporan tugas akhir ini disusun berdasarkan telaah pustaka dimana pembahasannya di dapatkan dari literatur- literatur yang berkaitan dengan judul penulisan yaitu tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatal dan KB. Dimana sumber yang didapat berasal dari buku KIA, kartu rekam medik,internet maupun jurnal, dan artikel ilmiah.

### 3.10 Etika Studi Kasus

#### 1. Lembar persetujuan (*inform consent*)

Lembar persetujuan menjadi pasien (*informed concent*) diberikan sebelum studi kasus agar pasien mengetahui maksud dan tujuan studi kasus.

#### 2. Tanpa nama (*anonymity*)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas pasien, penulis tidak mencantumkan nama pasien pada lembar pengumpulan data dan cukup dengan memberikan inisial.

#### 3. Kerahasiaan (*confidential*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari pasien dijamin oleh peneliti.

## BAB 4

### LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN CONTINUITY OF CARE (COC)

#### 4.1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

##### Asuhan Kebidanan

Pada Ny”D” G<sub>II</sub> P<sub>10001</sub> UK 33-34 Minggu

##### Janin Tunggal Hidup

#### 4.1.I. PENGKAJIAN DATA

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien NY ”D”  
Tanggal/waktu : 20-03-2018 / 09.30 WIB  
Petugas : Lilis Wiana Badria

#### A. DATA SUBYEKTIF

##### 1. Biodata

Nama : Ny. “D” Nama Suami : Tn. “T”  
Umur : 28 tahun Umur : 29 tahun  
Suku / Bangsa : Madura Suku / Bangsa : Madura  
Agama : Islam Agama : Islam  
Pendidikan : SD Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Tidak Bekerja Pekerjaan : Buruh  
Alamat : Pejaten Rt.06 , Kec. Bondowoso, Kab. Bondowoso  
No Telp : 0812 4991 132

##### 2. Keluhan Utama

Ibu hamil anak kedua, dengan usia kehamilan 9 bulan, saat ini Ibu mengeluh sakit perut bagian bawah.

##### 3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan saat ini tidak sedang mengalami penyakit kronis/menular dan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan bayinya, seperti (Jantung, Ginjal, Asma, *TBC*, *Hepatitis*, *Diabetes Melitus*, *Hipertensi*)

## 4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit kronis/menular dan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan bayinya, seperti (Jantung, Ginjal, Asma, *TBC*, *Hepatitis*, *Diabetes Melitus*, *Hipertensi*)

## 5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kronis /menular, riwayat keturunan kembar dari pihak suami/istri (*Jantung*, *Hipertensi*, *Diabetes melitus*, *Gemeli*)

## 6. Riwayat Menstruasi

Haid pertama (menarche) : 13 tahun

Siklus haid : 30 hari

Teratur / tidak : Teratur

Lama haid : 7 hari

Volume : 3x ganti pembalut

Dismenorrhea : Sakit pada saat haid, hari pertama

Flour albus : Ada, sedikit,putih,tidak bau, tidak gatal, terjadi setelah haid selesai

HPHT : 20-07-2017

## 7. Riwayat Obstetri

Kehamilan			Persalinan				Anak				Nifas		Laktasi		
Ke	UK	Komp	Jenis Persalinan	Peno Long	Tempat Bersalin	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
1	9bln	-	Spontan	Bidan	PKM	-	Lk	50/ 3100	H	T	7 Th	40 hr	-	2 th	-
2	9bln	-	HAMIL SAAT INI												

## 8. Riwayat Kehamilan Sekarang

TM	Keluhan	Pergerakan janin	Tempat Periksa	Frekuensi	Pemeriksaan	Konseling	Terapi dan Imunisasi
I	Mual	-	Posyandu	2x	Bidan	Baca hal 8-9	30 tablet Fe + Vit C + Kalk
II	Tidak ada keluhan	Aktif	Pkm Kademangan	3x	Bidan	-Tanda kehamilan normal -P4K	60 tablet Fe + Vit C + Kalk +Imunisasi TT5
II I	Sakit perut bagian bawah	Aktif	Kunjungan rumah	1x	Bidan	-Tanda bahaya kehamilan -Tanda melahirkan	Terapi dilanjutkan

## 9. Riwayat KB

Alat kontrasepsi yang pernah dipakai : Pil  
 Lamanya penggunaan : 3 Tahun  
 Keluhan/ masalah : Tidak ada  
 Rencana KB selanjutnya : suntik 3 bulan

## 10. Riwayat pernikahan

Usia menikah : 21 tahun  
 Lama menikah : 8 tahun  
 Menikah ke : 1  
 Status : Kawin

## 11. Pola Kehidupan Sehari-hari

POLA	SEBELUM (Tidak Hamil)	SESUDAH (Selama Hamil)
NUTRISI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi/Porsi: 3-4x/hari/sedang</li> <li>- Jenis makanan: (nasi, sayur, ikan, daging, Tahu, tempe)</li> <li>- Pantangan: Tidak ada</li> <li>- Minum/Porsi: Air (4 gelas) dan Teh (2gelas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi/Porsi: 3-4x/hari/sedang</li> <li>- Jenis makanan: (nasi, sayur, ikan, daging, Tahu, tempe)</li> <li>- Pantangan: Tidak ada</li> <li>- Minum/Porsi: Air (6 gelas) dan Teh (2gelas)</li> </ul>
ELIMINASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB Frekuensi : 1x/hari Konsistensi: Lunak Keluhan : Tidak ada</li> <li>- BAK Frekuensi : 5x/hari Konsistensi: Cair Keluhan : Tidak ada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB Frekuensi : 1x/hari Konsistensi: Lunak Keluhan : Tidak ada</li> <li>- BAK Frekuensi : 9x/hari Konsistensi: Cair Keluhan: Sering kencing</li> </ul>
AKTIVITAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pekerjaan rumah(mencuci, memasak, menyapu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pekerjaan rumah(mencuci, memasak, menyapu)</li> <li>- Jalan-jalan kecil</li> </ul>
ISTIRAHAT/ TIDUR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siang : 2jam</li> <li>- Malam : 8jam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siang : 2 jam</li> <li>- Malam : 8 jam</li> </ul>
SEKSUALITAS	3-4x/ minggu	2x/ minggu



## 2. Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Rambut bersih, warna rambut hitam, Simetris, Tidak rontok, Tidak ada benjolan
Muka	: Pucat, ada cloasma gravidarum, Tidak oedema
Mata	: Simetris, sklera putih, Konjungtiva merah muda
Hidung	: Lubang simetris, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung
Gigi-Mulut	: Tidak ada stomatitis, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada caries, tidak ada ginggivitis, tidak ada tonsilitis, lidah bersih
Telinga	: Simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan dan pendengaran baik
Leher	: Tidak ada pelebaran vena jugularis Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ronchi, tidak ada whezing, denyut jantung normal
Payudara	: Kedua payudara simetris, tampak pembesaran payudara, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae, Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada colostrum yang keluar pada ke 2 payudara
Abdomen	: Pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terlihat gerakan janin, ada striae lividae, ada linea alba, ada linea nigra
Leopold I	: TFU pertengahan pusat dan PX, teraba bulat,



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

	lunak, kurang melenting (bokong)
Leopold II	: Teraba keras, memanjang disebelah kanan ibu (PUKA)
Leopold III	: Teraba bulat, keras, melenting (kepala) Kepala masuk ke dalam rongga panggul (PAP)
Leopold IV	: Kepala belum masuk ke dalam rongga panggul/ PAP (konvergent) 5/5 bagian
DJJ	: 138x/menit
TBJ	: 27-12 = 15
	: 15x155 = 2,325 gram
Mc. Donald	: TFU 27 cm
Punggung	: Tidak ada kelainan pada punggung
Genetalia	: Tidak ada varises, tidak oedema, tidak ada kondiloma akuminata, ada flour albus
Ekstremitas Atas	: Simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises
Ekstremitas Bawah	: Simetris, tidak ada oedema, tidak varises

### 3. Pemeriksaan Penunjang

Hb	: 10,9 gr/dl
Golda	: O
Protein urine	: Negatif
HIV	: NR

## II. INTERPRETASI DATA DASAR

**Ds** : Ibu hamil anak ke 2 dengan usia kehamilan 9 bulan, saat ini mengeluh sakit perut bagian bawah.

**Do** : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 82x/menit

S : 36,7 °C

RR : 20x/menit



### III. IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

- Perdarahan

### IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

- Meminum tablet fe secara rutin
- Mengonsumsi makanan bergizi
- Istirahat cukup

### V. RENCANA TINDAKAN DAN RASIONAL (INTERVENSI)

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan  
R/ Persamaan persepsi antara pasien dan bidan akan memudahkan tindakan yang akan dilakukan sehingga ibu tenang
2. Beri KIE kepada ibu bahwa keluhan sakit perut bagian bawah yang dialami ibu adalah normal  
R/ ibu mengetahui bahwa keluhan saat ini adalah normal
3. Anjurkan ibu untuk minum tablet Fe (obat yang diberikan) 2x/hari diminum secara rutin  
R/ Mencegah anemia sedang dan berat
4. Beri ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan pada TM III  
R/ Sebagai pengetahuan untuk ibu, agar ibu lebih memahami tentang kehamilan dan keadaannya saat ini
5. Beritahu ibu untuk menjaga kebersihan diri atau personal hygiene  
R/ Menjaga kebersihan ibu dan memberikan rasa nyaman pada ibu
6. Beritahu ibu dan suami pengetahuan tentang P4K, dan lakukan penempelan stiker P4K pada jendela rumah ibu  
R/ Dengan pengetahuan tentang P4K, ibu dan suami dapat mempersiapkan rencana persalinan dengan baik
7. Anjurkan suami untuk mempersiapkan surat-surat keterangan untuk persiapan pada saat persalinan  
R/ Pada saat persalinan telah siap semua, serta mempermudah keluarga dalam mengurus administrasi untuk persiapan persalinan
8. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi  
R/ Memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu dan janin
9. Anjurkan ibu untuk cek laboratorium ke Puskesmas Kademangan

R/ Sebagai pemeriksaan penunjang kondisi ibu

10. Beritahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan kembali atau kunjungan ulang 2 minggu lagi

R/ Dengan melakukan kunjungan ulang maka dapat memantau kesehatan ibu dan janinnya serta dapat mendeteksi dini adanya kelainan

## VI. PELAKSANAAN / IMPLEMENTASI

Tanggal : 20-04-2018

Jam : 08.25 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
08.25 WIB	1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. TTV:TD: 110/70mmHg, N: 82x/menit, S: 36,7 <sup>0</sup> C, RR: 20x/menit, <i>ibu mengerti</i>	
08.30 WIB	2. Memberi KIE kepada ibu bahwa keluhan sakit perut bagian bawah adalah normal, karena semakin tuanya usia kehamilan maka kepala janin akan masuk ke rongga panggul/PAP, <i>ibu mengerti</i>	
08.35 WIB	3. Menganjurkan ibu untuk minum tablet Fe (obat yang diberikan) 1x/hari diminum secara rutin, diminum pada malam hari untuk mengurangi efek mual, diminum dengan air putih atau yang mengandung vit C (air jeruk), dan tidak diminum dengan teh manis, atau kopi, <i>ibu mengerti dan akan melaksanakan</i>	
08.40 WIB	4. Memberi ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan pada TM III	

	<p>seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, bengkak pada kaki, tangan ataupun wajah disertai sakit kepala atau kejang ,demam atau panas tinggi, nyeri ulu hati, air ketuban keluar sebelum waktunya, gerakan janin berkurang dan ada gangguan pada penglihatan, jika ibu mengalami salah satu tanda bahaya tersebut maka menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan diri pada bidan, tenaga kesehatan lain dan atau tempat pelayanan kesehatan terdekat untuk segera diberikan penanganan lebih lanjut, <i>ibu mengerti</i></p>	
08.45 WIB	<p>5. Memberitahu ibu untuk sering membersihkan daerah kemaluan dan sering mengganti celana dalam minimal 3x/hari, <i>ibu mengerti</i></p>	
08.50WI B	<p>6. Memberi pengetahuan pada ibu dan suami tentang P4K, yang berisi tentang taksiran persalinan ibu, penolong persalinan ibu, tempat persalinan yang akan dipilih oleh ibu, pendamping pada saat ibu melahirkan, transportasi yang akan digunakan pada saat melahirkan, dan calon pendonor darah yang bersedia menjadi pendonor jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, dan menjelaskan macam-macam metode KB serta metode KB apa yang akan</p>	

	ibu pilih setelah melahirkan (ibu memilih metode KB suntik 3 bulan) serta melakukan penempelan stiker P4K pada jendela rumah ibu, <i>ibu mengerti</i>	
08.55 WIB	7. Menganjurkan suami untuk menyiapkan KTP, KK dan keterangan yang lainnya, <i>ibu mengerti dan akan melaksanakan</i>	
09.00 WIB	8. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi (buah, sayur, ikan, daging, tahu, tempe), <i>ibu mengerti dan akan melaksanakan</i>	
09.05 WIB	9. Menganjurkan ibu untuk cek laborat ke Puskesmas Kademangan, <i>ibu bersedia</i>	
	10. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan kembali atau kunjungan ulang 2 minggu lagi, <i>ibu bersedia</i>	

## VII.EVALUASI

Tanggal : 20-03-2018

Jam : 10.00 WIB

S : Ibu mengatakan mengerti terhadap penjelasan bidan

O : Ditandai dengan ibu mampu mengulang penjelasan yang diberikan oleh bidan dan bersedia melakukan anjuran dari bidan

A : NY”D” GII P<sub>10001</sub> UK Minggu dengan Anemia Ringan Janin Tunggal Hidup

P : - Ingatkan ibu meminum tablet Fe secara rutin  
- Ingatkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi

- Ingatkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi

## CATATAN PERKEMBANGAN

### 4.1.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III

#### Asuhan Kebidanan

Pada Ny”D” G<sub>II</sub> P<sub>10001</sub> Uk 36-37 Minggu

#### Janin Tunggal Hidup

Tanggal / waktu pengkajian : 02-04-2018 / 15.00 WIB

Tempat pengkajian : Rumah pasien Ny ”D”

Pengkaji : Lilis Wiana Badria

#### A. Data Subyektif (Data Fokus)

Usia kehamilan 9 bulan, pusing.

#### B. Data Obyektif (Data Fokus)

##### 1. Pemeriksaan umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg

: N : 82x/ menit

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

: RR : 19x/menit

BB : 85 kg

TB : 165 cm

HPL : 27-07-2018

##### 2. Pemeriksaan fisik

Kepala : bersih, rambut tidak rontok,tidak ada benjolan.

Muka : Tidak pucat, ada cloasma gravidarum, Tidak oedema

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva pucat

Hidung : simetris, ada lubang, tidak ada polip, tidak ada screet,tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.

- Gilut : simetris, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, lidah bersih
- Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*.
- Payudara : Tampak pembesaran payudara, ada *hiperpigmentasi* pada puting dan *areolla mammae*  
Kedua payudara simetris, tidak ada benjolan, tidak ada *colostrum* yang keluar pada ke 2 payudara
- Abdomen : Pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, ada *striae lividae*, ada *linea alba*, ada *linea nigra*
- Leopold I : TFU Pertengahan pusat dan *proxesus xyfoid*, teraba bulat, lunak, kurang melenting (bokong)
- Leopold II : Teraba keras, memanjang disebelah kanan ibu (PUKI)
- Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting (kepala). Kepala masuk ke dalam rongga panggul (PAP)
- Leopold IV : Kepala masuk ke dalam rongga panggul/ melewati PAP 4/5 bagian (kepala sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul) (*Divergent*)
- DJJ : 138x/menit
- TBJ : 30-11 = 19  
: 19x155 = 2.945 gram
- Mc. Donald : TFU 30 cm
- Ekstremitas : Simetris, tidak oedema
- Atas
- Ekstremitas : Simetris, tidak varises, tidak oedema
- Bawah



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAVA

### C. ANALISIS/ INTERPRETASI DATA

Ny "D" GII P<sub>1000</sub> UK 36-37 Minggu Janin Tunggal Hidup

Masalah : Pusing

### D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 02-04-2018

jam : 15.30 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
10:30	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya baik. TD : 120/70 mmHg DJJ : 138x/ menit <i>Ibu mengerti dan mengetahuinya.</i>	
10.30	Menganjurkan kepada ibu untuk segera memeriksakan kehamilan ke bidan bila terjadi kencing-kencing persalinan, pengeluaran cairan ketuban, dan pengeluaran lendir darah. <i>Ibu mengerti.</i>	
10.30	Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup, siang kurang lebih 2 jam dan malam kurang lebih 8 jam. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukannya</i>	
10.31	Menganjurkan ibu untuk rutin minum tablet Fe dan vitamin 1x/hari untuk menjaga kesehatan ibu dan janin. <i>Ibu akan melakukannya.</i>	
10.31	Menganjurkan suami dan keluarga untuk siap siaga mendampingi ibu dirumah dan pada saat persalinan. <i>Suami dan keluarga mengerti dan akan melakukannya.</i>	
10.32	Menganjurkan ibu untuk menyiapkan	

	<p>perlengkapan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi, kendaraan untuk menuju tempat persalinan, biaya persalinan atau kartu BPJS beserta persyaratannya.</p> <p><i>Ibu mengerti dan akan menyiapkan kebutuhannya.</i></p>	
--	---	--



## **AKADEMI KEBIDANAN DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## 4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

### Asuhan Kebidanan

Pada Ny "D" G<sub>II</sub> P<sub>10001</sub> Uk 40 Minggu

Inpartu Kala I Fase Aktif Akselerasi

Janin Tunggal Hidup

Tanggal / waktu : 30-04-2018 / 10.30 WIB

Tempat : Puskesmas Kademangan

Petugas : Lilis Wiana Badria

#### 1. DATA SUBJEKTIF (S)

Ibu mengeluh kenceng-kenceng sejak pukul 18.00 WIB tanggal 29-04-2018 dan keluar cairan dari kemaluannya sejak pukul 05.00 WIB tanggal 30-04-2018.

#### 2. DATA OBJEKTIF (O)

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB sekarang : 85 kg

TTV : TD : 120/80mmHg

Nadi : 82x/ menit

Suhu : 36,7<sup>o</sup>C

Pernafasan : 22 x/menit

Muka : Tidak pucat, ada cloasma gravidarum

Tidak oedema

Mata : Simetris, sklera putih, conjungtiva merah muda

Payudara : Tampak pembesaran payudara, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae, kedua payudara simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, ada colostrum yang keluar pada ke 2 payudara

Abdomen : Pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas

- operasi, terlihat gerakan janin, ada striae lividae, ada linea alba, ada linea nigra
- Leopold I : TFU 1 jari dibawah pusat, teraba bulat, lunak, kurang melenting (bokong)
- Leopold II : Teraba keras, memanjang disebelah kanan ibu (PUKA)
- Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting (kepala). Kepala masuk ke dalam rongga panggul (PAP)
- Leopold IV : Kepala masuk ke dalam rongga panggul/melewati PAP 3/5 bagian (Divergent)
- Mc. Donald : TFU 30 cm
- HIS :  $3 \times 10' \times 25''$
- DJJ : 140x/menit
- TBJ :  $30 - 11 = 19$
- Punggung :  $19 \times 155 = 2.945 \text{ gram}$
- Genetalia : Tidak ada kelainan pada punggung
- : V/V bersih, tidak ada *varises*, tidak *oedema*, tidak ada *kondiloma akuminata*, terdapat pengeluaran bloodshow
- Pemeriksaan dalam : Portio lunak, Efficement 50%, Pembukaan 4 cm, Ketuban utuh, Presentasi kepala, Denominator UUK, Moulage (o), Hodge II, Tidak ada tali pusat menumbung, Tidak terdapat bagian terkecil disamping kanan kiri
- Ekstremitas Atas : Simetris, tidak ada oedema
- Ekstremitas Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak varises



### 3. ANALISA (A)

Ny "D" G<sub>II</sub> P<sub>10001</sub> Uk 40 Minggu Inpartu Kala I Fase Aktif Akselerasi Janin Tunggal Hidup

#### 4. PELAKSANAAN (S)

Tanggal : 30 April 2018

Jam : 10.35 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
10.35	Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan. TD : 120/80 mmHg, periksa dalam : Ø 4 cm. <i>Ibu mengerti</i>	
10.38	Menyarankan ibu untuk tidur miring kiri agar lebih cepat penurunan kepala janinnya. <i>Ibu mengerti dan melakukannya.</i>	
10.39	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum disaat tidak ada kontraksi. <i>Ibu minum air setengah gelas sedang.</i>	
10.40	Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK. <i>Ibu mengerti</i>	
10.41	Mengajarkan ibu teknik relaksasi pernafasan saat ada his yaitu dengan cara mengambil nafas panjang dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut untuk mengurangi rasa nyeri ketika kontraksi. <i>Ibu mengerti dan melakukannya.</i>	
10.43	Meminta agar suami mendampingi ibu untuk memberikan dukungan dan semangat. <i>Suami melakukan.</i>	
10.45	Melakukan Observasi TTV, His dan DJJ. Observasi telah dilakukan, Nadi : 80x/menit, His : 3X10'X40", DJJ : 135x/menit	
10.50	Melakukan pendokumentasian. <i>Pendokumentasian pada lembar partograf.</i>	

## CATATAN PERKEMBANGAN

### Asuhan Kebidanan Pada Ny "D" G<sub>II</sub> P<sub>10001</sub> Uk 40 Minggu Inpartu Kala II Janin Tunggal Hidup

Tanggal : 30 April 2018 Jam : 11.30 WIB

**S** : Ibu merasa kenceng-kencegnya semakin sering dan ada keinginan untuk meneran seperti mau BAB, ketuban pecah pada jam 11.30 tanggal 30 April 2018.

**O** : KU : Baik  
Kesadaran : Composmentis  
TTV : TD : 120/80 mmHg  
Nadi : 82 x/menit  
Suhu : 36,7°C  
Pernafasan : 22 x/menit

Palpasi leopard

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px (30 cm) ,bokong  
Leopold II : PUKI  
Leopold III : kepala, sudah masuk PAP  
Leopold IV : divergen (3/5 bagian)  
HIS : 4X10"X40"  
DJJ : 145x/menit  
VT : V/V normal, porsio tidak teraba, eff 100%, Ø10 cm, ketuban negatif, preskep, UUK jam 12, molase 0, HIII+, tidak ada bagian kecil janin, tidak ada tali pusat menubung.

**A** : Ny "D" G<sub>II</sub> P<sub>10001</sub> UK 40 Minggu Inpartu Kala II Janin Tunggal Hidup.

**P** :

Tanggal : 30 April 2018 Waktu : 11.30 wib



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

1. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, DJJ : 145x/menit. *Ibu mengerti*
2. Penolong mempersiapkan diri dan menyiapkan oksitosin dalam spuit. *Clemek, hanscoen, penutup kepala, kacamata gogle, sepatu boot telah dipakai dan spuit yang berisi oksitosin siap digunakan.*
3. Memastikan partus set, bahan obat-obatan esensial siap digunakan. *Partus set lengkap, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan*
4. Meminta bantuan keluarga untuk mengatur posisi ibu yaitu litotomi dengan memasukkan lengan ibu dilipatan paha kemudian menariknya ke arah perut saat meneran. *Ibu mengerti dan sudah dalam posisi litotomi*
5. Membimbing ibu meneran saat ada kontraksi. *Ibu kooperatif saat di minta meneran*
6. Meletakkan handuk di atas perut ibu dan kain yang dilipat sepertiga bagian dibawah bokong ibu saat kepala membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. *Handuk dan kain telah terpasang*
7. Membuka partus set dan memakai sarung tangan DTT dan steril. *Partu set telah terbuka dan lengkap, sarung tangan telah dipakai menolong kelahiran bayi*

Kepala : Tangan kiri menahan ringan kepala bayi sambil menahan vulva bagian atas, tangan kanan menahan perineum sambil di lalisis kain, menyeka muka, cek lilitan tali pusat, tunggu putar paksi luar.

Bahu depan : Letakkan tangan kanan diatas dan tangan kiri dibawah pada masing-masing sisi kepala bayi (biparietal), lakukan tarikan kebawah sesuai jalan lahir

Bahu belakang: Lakukan tarikan keatas sesuai jalan lahir

Badan : Tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu janin (sangga), tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin (susur). Meletakkan bayi diatas perut ibu, menilai sepintas

Bayi lahir spontan pada pukul 12.00 wib bayi bernafas, bernafas spontan

8. Meringkan bayi dengan handuk yang berada diatas perut ibu. *Bayi telah dibungkus dan dikeringkan menggunakan handuk*
9. Memeriksa TFU untuk memastikan tidak ada bayi ke-2. *TFU setinggi pusat dan tidak ada bayi ke kedua*

## CATATAN PERKEMBANGAN

### Asuhan Kebidanan

#### Pada Ny "D" P<sub>20002</sub> Dengan Kala III

Tanggal : 30 April 2018

Pukul: 12.05 WIB

**S** : Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

**O** : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Kontraksi Uterus : Baik

Palpasi abdomen : TFU setinggi pusat, tidak ada janin kedua

Genetalia : terdapat semburan darah, tali pusat terjulur didepan vulva.

**A** : Ny "D" P<sub>20002</sub> dengan kala III

**P** :

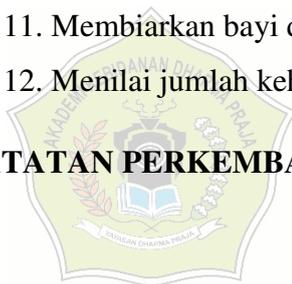
Tanggal : 30 April 2018

Pukul : 12.05 wib

1. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik. *Ibu kooperatif*
2. Menyuntikkan oksitosin 10 UI secara IM di 1/3 paha bagian antero lateral ibu. *Oksitosin sudah disuntikkan*
3. Menjepit tali pusat menggunakan klem 3 cm dari perut bayi dan klem kedua dengan jarak 2 cm dari klem yang pertama, kemudian gunting tali pusat diantara kedua klem dan ikat tali pusat. *Tali pusat sudah dipotong dan diikat.*
4. Ganti handuk yang basah serta pasangkan topi bayi dan lakukan IMD. *Bayi telah hangat dn melakukan IMD*

5. Melihat apakah ada tanda-tanda pelepasan plasenta seperti tali pusat bertambah panjang, semburan darah dari jalan lahir, uterus globuler.  
*Sudah terdapat tanda-tanda plasenta lahir*
6. Melakukan dorso kranial dan Penegangan Tali pusat Terkendali (PTT) saat kontraksi. *Plasenta lahir spontan jam 12.13 wib.*
7. Melakukan massase uterus 15 kali dalam 15 detik dan memeriksa TFU.  
*Kontraksi uterus baik/globuler, TFU 2 jari di bawah pusat*
8. Memeriksa kelengkapan plasenta. *Selaput plasenta lengkap, kotiledon berjumlah 2 buah, diameter 20 cm, tebal 2 cm, insersi tali pusat sentral, tidak ada infark, panjang tali pusat 50 cm.*
9. Memeriksa adanya laserasi, *laserasi derat II*
10. Mengevaluasi kontraksi uterus, *kontraksi uterus baik/globuler*
11. Membiarkan bayi di dada ibu sampai IMD berhasil
12. Menilai jumlah kehilangan darah:  $\pm 100$  cc

**CATATAN PERKEMBANGAN**



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

**Asuhan Kebidanan**

**Pada Ny "D" P<sub>20002</sub> Dengan Kala IV**

Tanggal : 30 April 2018

Pukul: 13.25 WIB

**S** : Ibu merasa senang bayinya lahir dan masih merasa lelah

**O** : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,4°C

RR : 22x/menit

Wajah : Tidak pucat

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Palpasi abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genetalia : Perdarahan pervaginam normal, lochea rubra, terdapat laserasi derajat II dan dilakukan penjahitan.

**A** : Ny "D" P<sub>20002</sub> dengan kala IV

**P** :

Tanggal : 30 April 2018

Pukul : 13.25 wib

1. Mengajarkan ibu dan keluarga melakukan massase uterus yaitu dengan melakukan gerakan melingkar di atas perut ibu hingga terasa keras/globurel untuk mencegah terjadinya perdarahan. *Ibu dan keluarga telah melakukan massase uetrus*
2. Memeriksa jumlah perdarahan. *Perdarahan ± 100 cc*
3. Memastikan IMD kembali, *bayi berhasil menyusui*
4. Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik, *RR : 50 x/menit*
5. Melakukan pengukuran antropometri, *PB: 47 cm, BB: 3100 gram, Lika : 33 cm, Lida: 33 cm*
6. Menempatkan semua peralatan partus ke dalam larutan clorin 0,5 %, *peralatan telah direndam dalam larutan lorin 0,5 % selama 10 menit*
7. Membersihkan ibu dan mengganti pakaian yang kotor. *Ibu merasa lebih nyaman setelah diganti pakaiannya*
8. Membersihkan peralatan dan tempat persalinan. *Peralatan dan tempat persalinan telah bersih dan siap digunakan kembali*
9. Melakukan observasi Kala IV setiap 15 menit pada 1 jam pertama, setiap 30 menit pada 1 jam ke dua dan mendeteksi adanya tanda bahaya pada ibu nifas. *Hasil observasi terlampir pada partograf*

### 4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

#### Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "D" P<sub>20002</sub> 6 Jam Post Partum

Dengan Nifas Normal

Tanggal : 30 April 2018 Pukul : 17.00 WIB  
 Tempat : Puskesmas Kademangan  
 Petugas : Lilis Wiana Badria

#### DATA SUBYEKTIF (S)

##### 1. Keluhan utama

Melahirkan 6 jam yang lalu, nyeri pada luka jahitan perineum, lemas dan sakit pada pinggang serta paha ibu.

##### 2. Riwayat obstetrik

Kehamilan			Persalinan				Anak				Nifas		Laktasi		
Ke	Ke	Komp	Jenis Persalinan	Penolong	Tempat Bersalin	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
1	9 bln	-	Spontan	Bidan	PKM	-	Lk	50/ 3100	H	T	7 tahun	40 hr	-	2 th	-
2	2 9 bln	-	Spontan	Bidan	PKM	-	Pr	47/ 3100	H	T	6 jam	6 jam	-	-	-

#### DATA OBJEKTIF (O)

##### 1. Pemeriksaan umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,6°C

RR : 20x/menit

## Pemeriksaan fisik

- Muka : tidak oedem, tidakpucat
- Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.
- Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar,menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum keluar, ASI lancar.
- Abdomen : ada striae albican, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, diastesi recti 1cm, kandung kemih kosong, tidak kembung.
- Genetalia : tidak oedem, tidak varises,tidak ada peradangan, perdarahan pervaginam  $\pm$  20 cc, lochea rubra, warna merah segar, bau amis, terdapat luka jahitan perineum.
- Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises, tidak ada human sign.

**ANALISA(A)**

Ny "D" P<sub>20002</sub> Post Partum 6 Jam dengan Nifas Normal

Masalah : nyeri pada luka jahitan perineum, lemas dan sakit pada pinggang serta paha ibu.

**PELAKSANAAN (P)**

Tanggal 30-04-2018

Jam :17.15 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
17.15	Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. TD : 110/70 mmHg <i>Ibu mengetahui kondisinya</i>	
17.15	Menjelaskan tentang pentingnya menjaga	

	kebersihan genetalia dengan air mengalir, dengan cara membasuh kemaluan dari arah depan ke belakang agar kuman yang berada di anus tidak masuk ke dalam kemaluan ibu. Ibu mengerti.	
17.16	Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara miring kiri kanan terlebih dahulu, jika tidak pusing maka dilanjutkan duduk, setelah duduk maka dilanjutkan dengan jalan-jalan disekitar ruanga. <i>Ibu melakukan.</i>	
17.16	Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, sayur dan buah-buahan untuk mempercepat proses pemulihan tenaga ibu dan dapat memperbanyak produksi ASI. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran tersebut.</i>	
17.17	Memberikan konseling mengenai pentingnya dan manfaat ASI pertama/kolostrum bagi bayi yaitu kolostrum tinggi akan kandungan protein, mengandung kekebalan tubuh yang lengkap dan dibutuhkan oleh bayi dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit. <i>Ibu mengerti</i>	
17.17	Mengajari ibu untuk melakukan perawatan tali pusat yaitu dengan cara membungkus tali pusat dengan kasa steril tanpa diberi apapun. <i>Ibu dapat melakukannya</i>	
17.18	Memberitahu ibu tentang bahaya nifas yaitu perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam tinggi, bengkak pada wajah, tangan dan tungkai, payudara bengkak dan kemerahan disertai rasa nyeri. <i>Ibu mengerti</i>	

22.18	Memberitahu ibu untuk tidak membersihkan payudara dengan menggunakan alkohol atau sabun karena akan terhisap oleh bayi, tidak boleh mengikat perut terlalu kencang, tidak boleh menempelkan dedaunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi. <i>Ibu mengerti dan akan melaksanakan anjuran bidan.</i>	
17.19	Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup pada saat bayinya tidur. <i>Ibu mengerti</i>	
17.19	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif, menyusui dengan ASI saja tanpa diberi apapun, seperti air gula, air putih, madu, dan susu formula selama 6 bulan setiap 2 jam sekali atau sesering mungkin. <i>Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran bidan.</i>	
17.20	Memberikan ibu terapi Fe 40 tablet, diminum sehari 1x untuk mencegah perdarahan dan anemia, serta diberi terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul diminum 1x selang waktu 24 jam, diminum dalam waktu yang sama, Asam mefenamat diminum 3x sehari untuk mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan dan amoxilin 3x sehari sebagai antibiotik. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.</i>	
17.20	Memperbolehkan ibu dan bayi untuk pulang dan menganjurkan ibu untuk kontrol 3 hari atau jika ada keluhan. <i>Ibu bersedia.</i>	



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## CATATAN PERKEMBANGAN

### Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" P<sub>20002</sub> Post Partum Hari Ke-6 Dengan Nifas Normal

Tanggal : 06 Mei 2018 Pukul : 08.00 WIB  
 Tempat : Rumah Pasien  
 Petugas : Lilis Wiana Badria

**S** : Melahirkan 3 hari yang lalu pada tanggal 30 April 2018, mengeluh Asinya keluar sedikit.

**O** : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 79x/ menit

S : 36,6°C

RR : 19x/ menit

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, puting lecet, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

Abdomen : TFU pertengahan pusat symphysis, kontraksi baik, kandung kemih kosong, diastasis recti 1 cm, tidak kembung.

Genetalia : perdarahan pervaginam sedikit, warna merah kekuningan, lochea sanguinolenta, luka jahitan perineum kering.

**A** : Ny "D" P<sub>20002</sub> Post Partum Hari Ke 6 dengan Nifas Normal

Masalah : Asi sedikit.

**P** :



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJAWADEWOSO

JAM	KEGIATAN	PARAF
08.05	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik. TD :120/80 mmHg. <i>Ibu mengetahui kondisinya</i>	
08.06	Mengajari ibu cara perawatan payudara, serta cara menyusui yang benar agar asi keluar, yaitu dengan cara memijat payudara dan memompa payudara untuk merangsang ASI. <i>Ibu mengerti dan bersedia</i>	
08.07	Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya setiap 2 jam sekali dan tidak memberikan makanan tambahan apapun. <i>Ibu bersedia</i>	
08.07	Mengajari ibu untuk melakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan bagian areola menggunakan kapas yang diberi minyak kelapa atau baby oil, dibersihkan dengan air hangat, dilakukan masase pada payudara, kemudian bersihkan dengan air hangat dan air dingin secara bergantian. Lakukan setiap hari agar ASI lancar dan tidak terjadi pembengkakan pada payudara. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan.</i>	
08.10	Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. <i>Ibu bersedia.</i>	
08.11	Memberitahu pada ibu tanggal kunjungan ulang 2 minggu lagi. <i>Ibu bersedia</i>	

## CATATAN PERKEMBANGAN

### Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "D" P<sub>20002</sub> 2 Minggu

Post Partum Dengan Nifas Normal

Tanggal : 14 Mei 2018 Pukul : 09.00WIB  
 Tempat : Rumah pasien  
 Petugas : Lilis Wiana Badria

**S** : Melahirkan 2 minggu yang lalu 30 April 2018, kondisinya baik, ASI lancar, dan saat ini tidak ada keluhan.

**O** : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis



TTV

: TD : 120/80 mmHg

N : 80x/ menit

S : 36,8°C

RR : 19x/ menit

Abdomen : TFU 2 jari diatas symphysis, kontraksi baik, kandung kemih kosong, tidak ada distensi recti, tidak kembung.

Genitalia : Lochea serosa, luka perineum sudah kering.

**A** : Ny "D" P<sub>20002</sub> 2 Minggu Post Partum Hari dengan Nifas Normal

**P** :

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.05	Memberitahu hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik TD: 120/80 mmHg. <i>Ibu mengerti</i>	
09.06	Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. <i>Ibu bersedia.</i>	
09.06	Mengingatkan ibu untuk tetap minum tablet Fe sampai 40 hari. <i>Ibu bersedia</i>	

09.07	Mengajari ibu senam nifas bersama-sama untuk pemulihan otot-otot rahim serta kebugaran jasmani bagi ibu nifas. <i>Ibu mengikuti dan bersedia melakukan.</i>	
09.20	Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif sampai usai 6 bulan. <i>Ibu bersedia</i>	
09.21	Memberitahu ibu kunjungan ulang pada 2 minggu lagi <i>Ibu bersedia</i>	

## CATATAN PERKEMBANGAN

### Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "D" P<sub>20002</sub> 6 Minggu

Post Partum Dengan Nifas Normal

Tanggal : 10 Mei 2018

Pukul : 09.30WIB

Tempat : Rumah pasien

Petugas : Lilis Wiana Badria



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

**S** : Melahirkan 6 minggu yang lalu tanggal 30 April 2018, tidak ada keluhan.

**O** : KU : Baik  
Kesadaran : Composmentis  
TTV : TD : 120/80 mmHg  
N : 77x/ menit  
S : 36,2°C  
RR : 20x/ menit

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : tidak keluar cairan apapun.

**A** : Ny "D" P<sub>20002</sub> 6 Minggu Post Partum Hari dengan Nifas Normal

**P** :

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.35	Menginformasikan hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik. TD: 120/80 mmHg. <i>Ibu mengerti</i>	

09.36	Menganjurkan ibu terus memberikan ASI secara rutin. <i>Ibu sudah mengikuti anjuran</i>	
09.36	Memberikan konseling tentang kontrasepsi agar ibu menggunakan KB yang sesuai. <i>Ibu dan suami memilih KB suntik 3 bulan.</i>	
09.37	Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan. Ibu mantap menggunakan KB suntk 3 bulan.	



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

### 1.3 Asuhan Kebidanan pada Neonatus

#### Asuhan Kebidanan

#### Pada Bayi Ny. "D" Usia 6 Jam NCB SMK

Tanggal : 30 April 2018 Pukul : 17.00 WIB  
 Tempat : Puskesmas Kademangan  
 Petugas : Lilis Wiana Badria

#### DATA SUBYEKTIF (S)

##### 1. Identitas bayi

Nama : Bayi Ny. "D"  
 Umur : 6 jam  
 JenisKelamin : Perempuan  
 Tanggalahir : 30 April 2018 / 12.00 WIB  
 Anak ke : 2 (kedua)

##### 2. Identitas orang tua

Nama ibu : Ny "D" Nama Suami : Tn "T"  
 Usia : 28 tahun Usia : 29 tahun  
 Suku/Bangsa : Madura Suku/Bangsa : Madura  
 Agama : Islam Agama : Islam  
 Pendidikan : SD Pendidikan : SMP  
 Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Buruh  
 Alamat : Pejaten rt. 06, Kec. Bondowoso, Kab. Bondowoso

##### 3. Riwayat natal

Jenis persalinan : Spontan  
 Ditolong oleh : Bidan  
 Ketuban pecah : Spontan, jernih  
 Keadaan bayi : Segera menangis, tonus otot kuat, kulit bayikemerahan.  
 BB : 3100 gram PB : 47 cm  
 Komplikasi : 1) Ibu : Tidak ada persalinan

2) Bayi : Tidak ada

4. Riwayat postnatal

Bayi sudah mendapatkan IMD, sudah di injeksi vitamin K, salep mata dan Hb 0, dan tidak ada komplikasi pada bayi.

5. Pola kebiasaan bayi

NO.	POLA	SAAT INI
1.	<b>NUTRISI</b> a. Jenismakanan b. Polamakan	ASI 2 kali
2.	<b>ELIMINASI</b> a. BAK b. BAB	1 kali 1 kali

**DATA OBJEKTIF (O)**

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik

TTV : N : 130x/ menit

S : 36,7°C

RR : 57x/ menit

BB : 3100 gram

PB : 47 cm

2. Pemeriksaanfisik

Kepala : Bentukkepala simetris, rambut merata, warna rambuthitam, ubun-ubun datar, tidak ada pembengkakan sutura, tidak ada moulage, ada caput succedaneum,tidak ada cephal haematom.

: Lingkarkepala

*Cirkumferensiamento-oksipitalis* : 33 cm

*Cirkumferensiafronto-oksipitalis* : 33 cm

*Cirkumferensiabregmatika-* : 32cm

*suboksipitalis*



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

- Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda
- Telinga : simetris, tidak ada secret
- Hidung : simetris, bersih, tidak ada pengeluaran lendir.
- Mulut : bibir simetris, tidak sianosis, tidak adalabiopalatoschizis
- Leher : tidak ada kaku kuduk, pergerakan aktif.
- Dada : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan dan retraksi dinding dada, jantung reguler. Lingkar dada 33 cm
- Abdomen : Simetris, tali pusat bersih dan terbungkus kassa, tidak ada perdarahan tali pusat, bising usus normal, tidak ada benjolan.
- Genetalia : Labia mayora menutupi Labia minora, klitoris normal dan lubang kencing ada
- Eks. Atas : simetris, jari tangan lengkap, tidak oedem, gerakan aktif. Lingkar lengan 10 cm
- Eks. Bawah : simetris, jari kaki lengkap, tidak oedem, gerakan aktif
- Anus : Ada lubang

### 3. Pemeriksaan neurologis /refleks

- Reflek glabellar : (+) baik, bayi berkedip pada pemunculan sinar terang yang tiba-tiba atau mengetuk diantara kedua mata.
- Reflek rooting : (+) baik, saat diberi rangsangan pada pipi, bayi langsung menoleh ke arah rangsangan
- Refleks sucking : (+) baik, bayi menghisap kuat saat diberi ASI
- Reflek grasping : (+) baik, pada saat telapak tangan disentuh bayi menggenggam tangan petugas.

### ANALISIS / INTERPRETASI DATA (A)

Bayi Ny. "D" Usia 6 Jam NCB SMK

**PENATALAKSANAAN (P)**

Tanggal : 30 April 2018

Jam : 17.15 WIB

<b>JAM</b>	<b>KEGIATAN</b>	<b>PARAF</b>
17.15	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya lahir cukup bulan dengan BB :3100 gram dan PB : 47 cm. Ibu mengerti kondisi bayinya.	
17.15	Memberitahu ibu dan keluarga untuk menjaga bayi tetap hangat yaitu membedong bayi, memakaikan topi pada bayi, memandikan bayi dengan air hangat. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia.	
17.16	Memberikan konseling mengenai pemberian ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI saja hingga berusia 6 bulan pertama kelahiran, dimana bayi tidak boleh diberikan makanan atau minuman apapun kecuali ASI yang bermanfaat untuk pertahanan tubuh bayi, bayi disusui sesering mungkin, jika bayi tidur sebaiknya dibangunkan untuk disusui, minimal setiap 2 jam sekali. Ibu mengerti dan bersedia.	
17.16	Memberikan konseling mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi, diantaranya bayi rewel, tali pusat berbau, bengkak dan berwarna merah, bayi kuning, tidak mau menyusu, jika terjadi tanda-tanda tersebut, diharapkan ibu membawa bayi ke fasilitas kesehatan secepatnya. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.	

**CATATAN PERKEMBANGAN****Asuhan Kebidanan****Pada Bayi Ny. "D" Usia 3 Hari NCB SMK**

Tanggal : 03 Mei 2018

Pukul:08.00WIB

Tempat : Rumah pasien

Petugas : Lilis Wiana Badria

**S** : Ibu mengatakan keadaan bayi baik, tidak rewel, tali pusat belum lepas (masih basah) dan tidak bau, menyusu dengan baik.

**O** : KU : Baik  
 TTV : N : 132x/ menit  
 S : 36,8°C  
 RR : 47x/ menit  
 Kulit : Kemerahan, tidak biru  
 Kepala : rambut bersih  
 Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ikhterus  
 Mulut : bibir simetris, bersih, tidak sianosis, tidak ada oral trush.  
 Abdomen : tali pusat belum lepas, kering dan tidak kembung.

**A** : Bayi Ny. "D" Usia 3 Hari NCB SMK

**P** :

Tanggal : 03 Mei 2018

Jam : 08.05 Wib

JAM	KEGIATAN	PARAF
08.05	Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat serta menggunakan pendekatan MTBM. <i>Ibu mengerti kondisi bayinya.</i>	
08.05	Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif dan sesering mungkin. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
08.06	Membimbing ibu untuk menyendawakan bayinya setiap selesai menyusu dengan menepuk punggung bayi secara halus untuk mengeluarkan udara yang masuk lambung agar bayi tidak gumoh. Ibu mengerti dan dapat melakukan	

08.06	Menjelaskan kepada ibu untuk mengganti popok bayi setelah bayi BAB maupun BAK untuk mencegah terjadinya ruam popok. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan</i>	
08.07	Memberitahu pada keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungannya, agar bayi tetap sehat, jika merokok tidak boleh didekat bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
08.07	Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap pagi antara jam 7-8 selama 15 menit untuk mencegah kuning pada bayi. <i>Ibu mengerti</i>	
08.08	Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan bayinya setiap bulan ke posyandu. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	

## CATATAN PERKEMBANGAN

### Asuhan Kebidanan

#### Pada Bayi Ny. "D" Usia 8 Hari NCB SMK

Tanggal : 08 Mei 2018 Pukul : 08.00WIB  
 Tempat : Rumah pasien  
 Petugas : Lilis Wiana Badria

**S** : Ibu mengatakan kondisi bayi baik. Tidak rewel dan tali pusat sudah lepas.

**O** : KU : Baik  
 TTV : N : 136x/ menit  
 S : 36,8°C  
 RR : 51x/ menit  
 Mata : simetris, tidak ada scret, sklera jernih, konjungtivamerahmuda, tidak icterus

Mulut : bibir simetris, bersih, tidak sianosis, tidak ada oraltrusth.

Dada : tidak adaretraksi

Abdomen : simetris, pusat kering

**A** : Bayi Ny. "D" Usia 8 Hari NCB SMK

**P** :

Tanggal : 08 Mei 2018

Jam : 08.05 Wib

JAM	KEGIATAN	PARAF
08.05	Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat. <i>Ibu mengerti.</i>	
08.05	Menganjurkan ibu untuk memberikan rangsangan seperti mengajak bayi tersenyum, bicara dan mendengarkan musik untuk merangsang perkembangan bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
08.06	Memberikan KIE tentang imunisasi bahwa bayi harus mendapatkan imunisasi lengkap. <i>Ibu mengerti dan akan membawa bayinya untuk diimunisasi BCG sesuai jadwal dan usia anak.</i>	
08.06	Menganjurkan ibu untuk datang ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	

#### 4.5 Asuhan Kebidann pada Akseptor KB

##### Asuhan Kebidanan

##### Pada Ny. "D" P<sub>2000</sub> Akseptor Baru Kb Suntik 3 Bulan

Tanggal pengkajian : 12 Juni 2018

Pukul : 09.00 Wib

Tempat pengkajian : Puskesmas Kademagan

Pengkaji : Lilis Wiana Badria

#### 1. Data Subyektif (Data Fokus)

Ibu ingin menggunakan KB suntik. Ibu belum haid dan belum pernah berhubungan seksual dengan suaminya.

#### 2. Data Obyektif (Data Fokus)

a. KU : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV : TD : 110/70 mmHg

: N : 82x/ menit

: S : 36,6 °C

: RR : 22x/ menit

Berat Badan : 80 kg

Tinggi Badan : 165 cm

Muka : Tidak pucat, Tidak oedema

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

Leher : Tidak ada pelebaran vena jugularis, Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Dada : Kedua payudara simetris, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae, Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, ASI keluar

Abdomen : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Ektersmitas Atas : Simetris, lengkap, tidak oedema

Ektersmitas Bawah : Tidak oedema, tidak varises



AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

### 3. ANALISA

Ny. "D" Akseptor Baru KB Suntik 3 Bulan

### 4. PENATALAKSANAAN

Tanggal: 12 Juni 2018

Jam: 09.15 wib

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan baik dan bisa menggunakan KB Suntik 3 bulan. *Ibu mengerti dan merasa senang*
2. Memberikan KIE ulang pemasangan, keuntungan, efek samping, dan efektivitas Suntik 3 bulan. *Ibu mengerti*
3. Melakukan inform consent kepada ibu dan suami sebelum melakukan melakukan penyuntikan. *Ibu menyetujui dan menandatangani lembar inform consent*
4. Menyiapkan alat dan obat untuk KB suntik 3 bulan (spuit 3 cc, depogesteron, needle, kapas alkohol). *Alat daan obat sudah siap digunakan*
5. Melakukan injeksi KB Suntik 3 bulan. *ibu kooperatif*
6. Menjelaskan pada ibu untuk tidak tidak memijat bekas tusukan karena bisa mengurangi efektivitas obat. *Ibu mengerti*
7. Memberitahu pada ibu kunjungan ulang 3 bulan lagi tanggal 05-09-2018. *ibu mengetahui tanggal kembali suntik Kb dan ibu bersedia*
8. Menganjurkan ibu untuk segera ke bidan atau fasilitas kesehatan terdekat bila mengalami keluhan. *Ibu bersedia*
9. Mendokumentasikan hasil pelayanan. *Hasil terlampir*

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab pembahasan ini akan diuraikan tentang asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*) yang membahas ada tidaknya kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan pelaksanaan. Pembahasan yang dilakukan sesuai dengan manajemen kebidanan dengan menggunakan metode SOAP yaitu pengkajian data subjektif, objektif yang bertujuan untuk mengetahui riwayat kesehatan dahulu dan keadaan kesehatan ibu sekarang, menentukan analisa data serta penatalaksanaan asuhan kebidanan beserta dengan evaluasi.

Pembahasan dimaksudkan agar dapat diambil kesimpulan serta solusi dari kesenjangan teori yang ada dengan praktek, sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif dan efisien khususnya pada pasien Ny. "D" GII P<sub>10001</sub> dengan manajemen asuhan kebidanan pada masa hamil, bersalin, nifas, dan asuhan bayi baru lahir, serta pelayanan KB.

Berdasarkan hasil asuhan yang dilakukan penulis kepada Ny. "D" sejak tanggal 2018 sampai atau sejak masa kehamilan Ny. "D" berusia 33-34 minggu (masa hamil), bersalin sampai 6 minggu post partum, asuhan neonatus (bayi baru lahir) 0 - 28 hari, dan pelayanan KB didapatkan hasil sebagai berikut:

#### **5.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan**

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari Ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan Ovum (sel telur) dan spermatozoa (Sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2012). Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implanisasi (Prawirohardjo, 2014). Standart pelayanan ANC minimal 10 T yaitu timbang BB (BB naik 0,5 tiap minggu) dan ukur tinggi badan (TB normal  $\geq 145$ cm), ukur tekanan darah (90/70-130/90 mmHg), nilai status gizi (23,5cm), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin,

skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet Fe 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus, seperti tes Hb normalnya 11g%), tata laksana kasus, temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (Menurut Departemen Kesehatan RI, 2009).

Pemeriksaan kehamilan Ny "D" dilakukan sebanyak 10 kali selama kehamilan. Pada trimester I dan II Ny."D" tidak terdapat keluhan mual dan batuk. Penulis melakukan kontak pertama pada trimester III usia kehamilan 33-34 minggu, pada kunjungan pemeriksaan tersebut keluhan ibu adalah sakit perut bagian bawah. Pada study kasus Ny. "D" dilakukan pemeriksaan dengan 10T didapatkan hasil pemeriksaan fisik normal, kenaikan BB 16 Kg (berat badan sebelum hamil 68 kg dan setelah hamil 85 kg), TB 165 Kg. Hasil TTV pada Trimester III, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 82x/menit, S:36,7<sup>0</sup>C, RR:20x/menit. Status gizi dengan LILA: 33 cm, Pemeriksaan Leopold normal, Status TT adalah T2, pemberian tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium HB: 10,9 gr/dl, golda: O, protein urine: -.. tatalaksana kasus, temu wicara dilakukan konseling P4K ibu memilih perencanaan persalinan di PKM Kademangan, untuk pemilihan KB ibu memilih KB suntik 3 bulan.

Menurut Prawirohardjo (2011), skor pada ibu hamil yang normal adalah 2, Skor tersebut dibagi menjadi 3 kategori yaitu: Kehamilan Resiko Rendah (KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST).

Berdasarkan paparan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu Hb normal adalah 11 gr% namun Hb ibu 10,9 gr%. Skor normal pada ibu hamil adalah 2 namun skor ibu adalah 6, didapatkan skor awal 2 serta ibu menderita anemia dengan skor 4. Sehingga masuk kedalam Kehamilan Risiko Tinggi (KRT). Dengan masalah yang dialami oleh ibu dilakukan beberapa intervensi yaitu dengan memberi konseling pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi (Tahu, tempe, telur, sayur, daging, hati, ikan), memberikan ibu tablet Fe dan menganjurkan

untuk meminumnya secara rutin setiap hari. Untuk mengetahui hasil dari intervensi tersebut maka perlu dilakukan pemeriksaan Hb ulang namun pasien menolak untuk dilakukan Hb ulang.

## 5.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Jannah, 2015).

Secara teori persalinan lamanya pada kala I untuk primigravida berlangsung berlangsung 13-14 dengan proses serviks mendatar dulu atau effacement terlebih dahulu kemudian berdilatasi,. Sedangkan berlangsung 6-7 jam dengan serviks mendatar dan membuka dapat terjadi secara bersamaan, (Rustam Mochtar, 2012). Sedangkan menurut kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulis, 2017).

Pada study kasus Ny. "D" GII P<sub>10001</sub> UK 39-40 Minggu, ibu merasa perutnya kenceng-kenceng sejak pukul 18.00 wib (29 April 2018), serta keluar cairan dari kemaluan pada pukul 50.00wib (30 April 2018).Ibu datang ke BPS pukul 10.30 wib (30 April 2018). Setelah dilakukan pemeriksaan dalam (VT), hasilnya portio lunak, effacement 50%, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, denominator UUK, moulage (o), hodge II, tidak ada tali pusat menubung, tidak terdapat bagian terkecil disamping kanan kiri. Kala I pada persalinan Ny. "D" berlangsung selama 1 jam.

Bersarkan paparan kasus dan teori di atas dapat disimpulkan bahwa pada Ny. "D" terdapat kesenjangan pada kala I yang berlangsung cepat yaitu 1 jam dari pembukaan 4 cm menjadi 10 cm sehingga dapat dikatakan persalinan presipitatus, yaitu kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan (Prawirohardjo, 2014).

Kala II, terdapat tanda gejala seperti his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk

ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengejan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti ingin buang air besar (BAB) dengan tanda anus terbuka pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan cara mengedan yang terpimpin, kepala akan lahir diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida selama 1 jam (Rustam Mochtar, 2012).

Pada Ny. "D" Kala II berlangsung selama 30 Menit dan diawali sejak pembukaan lengkap (10 cm), terdapat dorongan kuat untuk meneran, tekanan kuat pada anus dan vagina, perineum menonjol, vulva dan sfingter air membuka, ibu didampingi oleh keluarga, ibu dipimpin meneran sejak Jam 11.30 wib. Bayi lahir spontan pada pukul 12.00 wib kemudian dilakukan IMD dan berlanjut sesuai APN.

Berdasarkan paparan diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny. "D" dimana kala II berlangsung selama 30 menit dan masih dalam batas normal serta tidak ada temuan yang abnormal.

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir hingga lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Jenny, 2013). Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Rustam Mochtar, 2012).

Pada kasus Ny. "D" kala III berlangsung 13 menit dimulai jam 12.00 wib dengan adanya perubahan TFU setelah bayi lahir setinggi pusat dengan bentuk uterus globuler, adanya semburan darah yang cepat dan singkat serta tali pusat bertambah panjang, plasenta lahir lengkap pada jam 12.13 Wib.

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny. "D" dimana kala III berlangsung

selama 13 menit, plasenta lahir secara spontan serta tidak ada robekan pada jalan lahir serta tidak ada temuan yang abnormal.

Persalinaan kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Dan perhatikan 7 pokok penting pada kala IV yaitu kontraksi uterus, perdarahan, kandung kemih, luka luka jahitan baik atau tidak dan ada perdarahan atau tidak, plasenta dan selaput ketuban harus lengkap, keadaan umum ibu (tekanan darah, nadi, pernafsan dan masalah lain), bayi dalam keadaan baik (Sondakh, 2013).

Pada Ny. "D" kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum* yaitu dilakukan observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan) setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua serta menilai perdarahan pervaginam yaitu kontraksi uterus baik (teraba keras), perdarahan  $\pm$  100 cc berwarna merah segar, kandung kemih kosong, terdapat robekan pada perineum, derajat 2 dan segera dilakukan penjahitan dengan anastesi pada pukul 12.15 wib Plasenta dan selaput ketuban lengkap, keadaan umum ibu baik TD: 120/80 mmHg, N:82 x/menit.

Kala IV pada NY. "D" ditemukan hasil pemeriksaan dalam batas normal tidak ada temuan yang abnormal serta keadaan ibu dan bayi baik. Pada kasus diatas pada Ny. "D" tidak ada kesenjangan dengan teori hal ini dikarenakan kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan, pengalaman ibu pernah melahirkan bayi sebelumnya dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

### 5.3 Asuhan Kebidanan Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulis, 2017).

Kunjungan pada masa nifas dilakukan setidaknya 4 kali. Jadwal kunjungan nifas tersebut meliputi Kunjungan nifas pertama (6 jam),Kunjungan nifas kedua (6 Hari), Kunjungan nifas ketiga (2 Minggu),Kunjungan nifas keempat (6 Minggu). Adapun tujuan kunjungan

rumah ini adalah untuk memantau dan menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir serta mencegah, mendeteksi dan menangani komplikasi pada masa nifas.

Pada study kasus pemeriksaan setelah melahirkan kunjungan nifas yang dilakukan sebanyak 4 kali (6 jam post partum, hari ke 6 post partum, 2 Minggu post partum, 6 minggu post partum) pemeriksaan pertama tanggal 30 April 2018 6 jam Post partum yaitu dilakukan pemeriksaan TTV hasilnya dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, pengeluaran darah lochea berwarna merah segar (lochea rubra), ASI belum lancar. Kunjungan ke 2 pada tanggal 06 Mei, 6 hari post partum diperiksa bahwa kontraksi uterus baik, TFU pertengahan simfisis dan pusat, warna darah merah kecoklatan (lochea sanguinolenta), ASI lancar pada kedua payudaranya serta tidak ada komplikasi. Kunjungan ke 3 pada tanggal 14 Mei 2018, 2 minggu post partum yaitu dalam pemeriksaan TFU sudah tidak teraba diatas simfisis, pengeluaran darah sudah berwarna putih (lochea alba), ASI tetap lancar serta tidak ada komplikasi. Kunjungan ke 4 yaitu pada tanggal 10 Mei 2018, 6 minggu post partum yaitu TFU bertambah kecil, ASI tetap lancar, sudah tidak keluar darah nifas serta ibu tidak ada keluhan apapun.

Berdasarkan hasil penjelasan diatas yang dilakukan pada Ny."Y" tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus serta dalam pemeriksaannya proses involusi uterus ibu berjalan dengan baik dikarenakan ibu selama ini menyusui bayinya secara rutin dengan ASI. Menurut Wulandari dan Handayani (2011) menyatakan bahwa pada saat menyusu hisapan bayi tersebut dapat merangsang produksi hormon oksitosin oleh kelenjar hipofise posterior. Oksitosin masuk ke dalam sirkulasi dan menyebabkan kontraksi pada sel-sel kusus (mioepitel). Hormon oksitosin juga merangsang kontraksi uterus, dimana jika uterus berkontraksi maka akan menyebabkan menurunnya TFU atau mengecilnya uterus (Jannah, 2017:10-11).

#### **5.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Sulis, 2017). Menurut Depkes RI (2016) kunjungan neonatus

dilakukan minimal 3 kali yaitu kunjungan pertama pada 6-48 jam, kunjungan kedua 3-7 hari, kunjungan ketiga 8-28 hari

Hasil pemeriksaan pada bayi Ny. "D" lahir tanggal 30 April 2018 pada pukul 12.00 wib, bayi menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot baik, berat badan 3100 gram, lingkaran kepala 33 cm, panjang badan 47 cm, bayi sudah dilakukan IMD minimal 1 jam dan hasil tanda-tanda vital bayi dalam batas normal setelah 1 jam kemudian menyuntikkan vitamin K1 1 mg disuntikkan pada paha kiri bayi secara IM di paha luar atas kemudian memberikan salep mata antibiotik profilaksis dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1, menyuntikkan HB0 di paha kanan bayi secara IM kemudian observasi bayi sampai bayi dibawa pulang kerumah.

Berdasarkan hasil pemeriksaan diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yaitu bayi lahir normal dan telah berhasil dilakukan IMD pada 1 jam pertama kemudian dilanjutkan pemberian salep mata, Vitamin K dan imunisasi HB0. Serta adanya sikap positif ibu terhadap pemberian imunisasi dasar, program imunisasi dasar dan dukungan masyarakat dengan tindakan ibu dalam mengimunisasikan anaknya.

## 5.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulis, 2017).

Pada studi kasus Ny. "D" telah dilakukan konseling diawal kunjungan kehamilan yaitu konseling P4K yang salah satu isi dari konseling tersebut adalah perencanaan KB pascapersalinan, dalam konseling tersebut ibu memilih menggunakan KB suntik 3 bulan, pada kunjungan nifas ke 3 tanggal 14 Mei 2018 mengingatkan ibu tentang perencanaan KB yang akan dipilih dan ibu memilih KB suntik 3 bulan, dalam konseling tersebut ibu sudah yakin memilih menggunakan KB suntik 3 bulan. KB digunakan pada hari ke 42

pasca persalinan, pada tanggal 12 Juni 2018. Ibu tidak memiliki kontraindikasi sebagai akseptor KB suntik 3 bulan.

Mekanisme Suntikan progestin mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba. Kontrasepsi ini sangat efektif, aman, dan dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan, cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Terdapat 2 jenis suntikan progestin (sujyatini, 2012).

Berdasarkan paparan kasus dan teori dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori maupun kasus pada Ny. "D" dikarenakan pengetahuan ibu yang baik terhadap alat kontrasepsi.



**AKADEMI KEBIDANAN  
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB pada Ny. "D" yang dimulai pada waktu penelitian yaitu tepat pada tanggal 20 Maret 2018 sampai 12 Juni 2018 yaitu dapat disimpulkan sebagai berikut :

##### **6.1.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Trimester III**

Pada kehamilan Ny. "D" telah dilakukan pada tanggal 20 Maret 2018 sampai tanggal 02 April 2018 dan terdapat kesenjangan dimana ibu mengalami anemia.

##### **6.1.2 Asuhan Kebidanan Persalinan**

Pada persalinan Ny. "D" telah dilakukan pada tanggal 30 April 2018 pada kala I terdapat kesenjangan yaitu ibu mengalami partus presipitatus, sedangkan kala II sampai kala IV berlangsung dengan normal dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

##### **6.1.3 Asuhan Kebidanan Nifas**

Pada nifas Ny. "D" terdiri dari 4 kali kunjungan dimulai dari tanggal 30 April 2018 sampai tanggal 10 Mei 2018, selama nifas ibu tidak ada keluhan apapun dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

##### **6.1.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir**

Bayi Ny. "D" lahir pukul 12.00 WIB, spontan, langsung menangis, tonus otot aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, bayi dalam keadaan sehat. pada bayi baru lahir terdapat 3 kali kunjungan dimulai dari tanggal 30 April 2018 sampai tanggal 08 Mei 2018 dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

##### **6.1.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana**

Melakukan konseling KB pada Ny. "D" dan Ny. "D" memilih menggunakan KB suntik KB 3 bulan, karena tidak mengganggu produksi ASI dan dilakukan penggunaan pada tanggal 12 Juni 2018 dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

## 6.2 Saran

### 6.2.1 Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat mengetahui tentang asuhan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil trimester III sampai dengan menggunakan kontrasepsi sehingga keluarga maupun masyarakat sekitar dapat mendukung semua asuhan yang akan diberikan.

### 6.2.2 Bagi Mahasiswa

1. Diharapkan mahasiswa lebih menguasai teori sehingga mampu meningkatkan ketrampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III sampai ibu menggunakan kontrasepsi.
2. Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa sehingga dapat menerapkannya tidak hanya di lahan praktek yang ditempati saja melainkan juga mampu menerapkannya di masyarakat umum.

### 6.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

1. Diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan prosedur tindakan sehingga dapat melaksanakan asuhan kebidanan secara efektif dan efisien.
2. Diharapkan mampu memberikan KIE sesuai dengan kebutuhan pasien.

### 6.2.4 Bagi Institusi Pendidikan

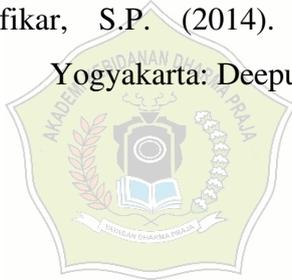
Sebagai sumber informasi untuk kemajuan perkembangan ilmu kebidanan dan refrensi untuk mengetahui perbandingan antara lahan praktik

## DAFTAR PUSTAKA

- Asep, S.H., Bahruddin, E. (2014). *Metode Penelitian dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Deepublish
- Asih, Y. (2016). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Trans Info Media
- Deslidel. (2011). *Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita*. Jakarta: EGC
- Diana, S. (2017), *Model Asuhan Kebidanan Continuity of Care*. Surakarta. CV Kekata Group
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2016*. Surabaya: Dinkes Prov. Jawa Timur
- Dinas Kesehatan Bondowoso. (2016). *Profil Kesehatan Bondowoso Tahun 2016*. Bondowoso: Dinkes Bondowoso
- Djiwandono, P.I. (2015). *Metodologi Penelitian Sosial dan Pendidikan Bahasa*. Yogyakarta: Deepublish
- Fajar, I. (2009). *Statistika Praktik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Hartuti, T. (2010). *Panduan Ibu Melahirkan dan Merawat Bayi*. Malang: UBA Press
- Irianto, K. (2012). *Keluarga Berencana Untuk Paramedis dan Nonmedis*. Bandung: Yrama Widya
- Jannah, N. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Andi Offset
- JNPK-KR. (2007). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departememn Kesehatan RI
- JNPK-KR. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departememn Kesehatan RI
- JNPK-KR. (2010). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departememn Kesehatan RI
- JNPK-KR. (2014). *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: USAID
- Handayani, (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga berencana*. Sewon, Bantul : Yogyakarta
- Hutahean, Serri. (2013). *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika

- Irianto, K. (2014). *Biologi Reproduksi*. Bandung: Alfabeta  
Jakarta: Erlangga
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*.  
Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Madya, S. (2016). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam  
Kebidanan*. Yogyakarta: Thema Publishing
- Manuaba, I. (2010). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC
- Ma'rufah, Afiatul. (2013). *Asuhan Kebidanan Komprehensif*. Palembang: Jurnal  
Penelitian DIII Kebidanan UMP.
- Mochtar, R. (2012). *Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi*. Jakarta: EGC
- Maryunani, Puspita E. (2013). *Asuhan Kegawat daruratan Maternal dan  
Neonatal*. Jakarta: Trans Info Media
- Novi K, Elsi, Wulan M.P. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan  
Maternal dan Neonatal*. Bogor: In Media
- Nurjasmi, E, dkk. (2016). *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: Pengurus Pusat  
Ikatan Bidan Indonesia
- Pengurus Pusat IBI. (2016). *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: Pengurus  
Pusat IBI.
- Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Prawirohardjo, S. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Prawirohardho, S. (2011), *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka
- Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Rohani, dkk. (2010). *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba  
Medika.
- Rukiyah, A. Y, dkk. (2009). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Trans Info  
Media.
- Rukiyah, A. Y, dkk. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: CV Trans  
Info Media.
- Rohcmah, dkk. (2012). *Asuhan neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC
- Syaifuddin, A. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Sondakh, Jenny J.S. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*.  
Malang: Erlangga

- Sofian, A. (2013). *Sinopsis Obstetri Jilid III*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2007). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta
- Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistiyawati, A. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistiyawati, A. (2017). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Suherni, dkk. (2009). *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya
- Uliyah, M. (2008). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Usman, H. (2011). *Metodelogi Penelitian Sosial*, Jakarta: Sinar Grafika Offset
- Yusari, Asih. (2016). *Dokumentasi Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Salemba medika.
- Zulfikar, S.P. (2014). *Manajemen Riset dengan Pendekatan Statistika*, Yogyakarta: Deepublish



**AKADEMI KEBIDANAN**  
**DHARMA PRAJA BONDOWOSO**