

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA NY."T" G2P1001 HAMIL 35 MINGGU 5 HARI DENGAN  
POTENSIAL BAYI BESAR DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MUARA RPAK  
KOTA BALIKPAPAN**



**Oleh:**

**KADEK AGUSTINA PUSPA NINGRUM**  
**NIM. P07224114012**

**Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR  
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN  
2017**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."T" Di  
Wilayah Kerja

Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan

Nama Mahasiswa : Kadek Agustina Puspa Ningrum

NIM : P07224114012

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan

Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Kaltim

Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

Balikpapan, Maret 2017

MENYETUJUI

Pembimbing I

**DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd.,M.Kes**

NIP. 19610925198232001

Pembimbing II

**Hj. Suryani, SST**

NIP. 196106151982032002

## HALAMAN PENGESAHAN

**“ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”T” DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS MUARA RPAK KOTA BALIKPAPAN  
TAHUN 2017**

**KADEK AGUSTINA PUSPA NINGRUM**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan  
di hadapan Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur  
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tanggal 23 Maret 2017

**Penguji Utama**

**Hj. Nurlaila, SST., M.Pd**  
NIP. 195206041972032001

**Penguji I**

**DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes**  
NIP. 19610925198232001

**Penguji II**

**Hj. Suryani, SST**  
NIP. 196106151982032002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan  
Balikpapan

Ketua Prodi D-III Kebidanan

**Sonya Yulia, S.Pd., M.Kes**  
NIP.195507131974022001

**Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes**  
NIP. 19740320199303200

## RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas

Nama : Kadek Agustina Puspa Ningrum  
 Tempat, Tanggal Lahir : Tanah Grogot, 03 Agustus 1996  
 Pekerjaan : Mahasiswi  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Hindu  
 Suku/Bangsa : Bali / Indonesia  
 Alamat : Gunung pipa jalan Inpres 2  
 RT.18 No. 12 Balikpapan Utara

### II. Pendidikan

1. Tahun 2001 – 2002 : TK Ruhuirahayu Tanah Grogot  
 2. Tahun 2002 – 2008 : Sekolah Dasar Negeri 020  
 Tanah Grogot  
 3. Tahun 2008 – 2011 : SMP Negeri 1 Tanah Grogot  
 4. Tahun 2011 – 2014 : SMA Negeri 1 Tanah Grogot  
 5. Tahun 2014 – 2017 : Pendidikan Diploma III di  
 Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur  
 Jurusan Kebidanan

## KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “T” G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> Hamil 35 Minggu 5 Hari Di Kelurahan Muara Rapak Balikpapan Utara Tahun 2017” dengan baik dan lancar.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan rendah hati penulis menerima semua masukan dan saran untuk perbaikan dan penyempurnaan pada Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak yang sangat berarti dan dalam kesempatan ini tidak lupa penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang tidak terhingga kepada :

1. Drs. H. Lamri, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
2. Sonya Yulia.S, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
3. Eli Rahmawati, S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Hj. Nurlaila, SST., M.Pd, selaku Penguji utama yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

5. DR. Hj. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes, selaku Pembimbing I yang senantiasa mengingatkan dan memberi motivasi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Hj. Suryani, SST, selaku pembimbing II yang telah memberi masukan yang sangat dibutuhkan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Teman-teman seperjuangan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
8. Serta semua pihak yang telah membantu penulis, yang tidak dapat diucapkan satu-persatu.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih terdapat kekurangan, karena keterbatasan yang ada pada penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis demi perbaikan yang akan datang.

Atas partisipasi dan dukungan dari berbagai pihak, penulis mengucapkan terimakasih dan memohon maaf atas segala kekurangan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi penulis maupun bagi semua pihak yang membaca.

Balikpapan, Mei 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
A. Tujuan umum .....	4
B. Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat .....	5
A. Manfaat teoritis .....	5
B. Manfaat praktis.....	6
1.5 Ruang lingkup .....	6
1.6 Sistematika penulisan.....	7
A. Studi kepustakaan .....	7
B. Studi kasus.....	7
C. Studi Dokumentasi .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif.....	9
A. Asuhan Kebidanan Komprehensif .....	9
B. Konsep Dasar Kehamilan .....	9
2.2 Ante Natal Care (ANC) .....	13
A. Pengertian.....	13
B. Tujuan pemeriksaan kehamilan .....	13
C. Manfaat pemeriksaan kehamilan .....	14
D. Kebijakan pemerintah untuk pemeriksaan kehamilan .....	14
E. Pelayanan antenatal terpadu .....	14
F. Bayi besar/makrosomia.....	21
2.3 Konsep dasar persalinan .....	27
A. Definisi persalinan .....	27
B. Tanda-tanda persalinan.....	27
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan .....	27
D. Tahapan persalinan.....	29
E. Mekanisme persalinan .....	31
F. Asuhan persalinan normal .....	33

G. Partograf.....	37
2.4 Konsep dasar bayi baru lahir .....	38
A. Definisi .....	38
B. Penilaian pada bayi baru lahir .....	38
C. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal .....	39
2.5 Konsep dasar nifas.....	39
A. Definisi .....	39
B. Perubahan system reproduksi fisiologis masa nifas .....	39
C. Kebijakan program nasional masa nifas.....	41
D. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas .....	42
E. Bendungan ASI pada Masa Nifas.....	43
F. Perawatan payudara .....	45
2.6 Konsep dasar neonatus .....	45
A. Definisi .....	45
B. Periode neonatal .....	45
C. Pelayanan kesehatan neonatal .....	46
D. Tanda-tanda bahaya pada neonatus.....	46
2.7 Konsep dasar keluarga berencana .....	48
A. Definisi .....	48
B. Macam-macam metode kontrasepsi .....	49
2.8 Konsep dasar manajemen kebidanan.....	53
A. Tahap Pengumpulan Data Dasar .....	54
B. Interpretasi Data Dasar .....	54
C. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial .....	54
D. Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera.....	55
E. Penyusunan Rencana Asuhan Menyeluruh .....	55
F. Pelaksanaan Asuhan .....	55
G. Evaluasi .....	55
<b>BAB III SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS</b>	
3.1 Rancangan penelitian.....	57
3.2 Kerangka kerja studi kasus .....	57
3.3 Subyek studi kasus .....	58
3.4 Pengumpulan data dan analisis data .....	59
A. Pengumpulan data .....	59
B. Analisa data .....	60
3.5 Etika penelitian .....	60
A. Respect for person.....	60
B. Beneficence dan non maleficence .....	61
C. Justice .....	61
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS</b>	
4.1 Hasil pengkajian klien dan perencanaan asuhan .....	62



A. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-1 .....	62
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care.....	89
C. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III .....	95
D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala I .....	99
E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala II.....	105
F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala III .....	108
G. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala IV .....	111
H. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	114
I. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I.....	121
J. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II .....	125
K. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III .....	129
L. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I .....	135
M. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II .....	139
N. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II .....	142
O. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Calon Akseptor KB ...	145
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
5.1 Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan .....	151
A. Asuhan Kehamilan .....	151
B. Asuhan Persalinan .....	157
C. Asuhan Bayi Baru Lahir .....	164
D. Asuhan Masa Nifas.....	166
E. Asuhan Neonatus.....	171
F. Pelayanan Keluarga Berencana .....	173
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
6.1 Kesimpulan.....	175
A. Ante natal care .....	175
B. Intra natal care .....	176
C. Bayi baru lahir .....	176
D. Post Natal Care .....	176
E. Neonatus .....	177
F. Pelayanan Kontrasepsi.....	177
6.2 Saran .....	178
A. Bagi Intitusi.....	178
B. Bagi Pasien.....	178
C. Bagi Mahasiswa Kebidanan.....	179
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Usia kehamilan berdasarkan tinggu fundus uteri.....	12
Tabel 2.2 peningkatan berat badan selama kehamilan .....	19
Tabel 2.3 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid.....	20
Tabel 2.4 Fekkuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal .....	34
Tabel 2.5 Involusi Uterus Mengenai tinggi fundus uterus.....	40
Tabel 2.6 Rencana Asuhan.....	82
Tabel 4.1 Riwayat persalinan yang lalu .....	65
Tabel 4.2 Langkah II (Interpretasi Data Dasar) .....	72
Tabel 4.3 Planning Antenatal Care Kunjungan ke-II.....	92
Tabel 4.4 Planning Antenatal Care Kunjungan ke-III .....	98
Tabel 4.5 Planning Asuhan kebidanan kala I fase aktif.....	103
Tabel 4.6 Lembar Observasi Kala I fase aktif .....	105
Tabel 4.7 Planning Asuhan kebidanan kala II .....	106
Tabel 4.8 Planning Asuhan Kebidanan Kala III .....	109
Tabel 4.9 Planning Asuhan Kebidanan Kala IV .....	112
Tabel 4.10 Nilai APGAR .....	115
Tabel 4.11 Pola fungsional kesehatan.....	115
Tabel 4.12 Planning Asuhan Kebidanan BBL .....	120
Tabel 4.13 Pola Fungsional nifas 6 jam .....	123
Tabel 4.14 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal kunjungan pertama .....	124
Tabel 4.15 Pola Fungsional nifas hari ke-6 .....	126
Tabel 4.16 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal Kunjungan kedua .....	127
Tabel 4.17 Pola Fungsional nifas hari ke-14 .....	131
Tabel 4.18 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal kunjungan ketiga.....	132
Tabel 4.19 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal Care Hari ke-17 .....	134
Tabel 4.20 Pola Fungsional neonates hari pertama.....	137
Tabel 4.21 Planning Asuhan Kebidanan neonatus usia 1 hari.....	138
Tabel 4.22 Pola Fungsional neonatus usia 6 hari.....	141
Tabel 4.23 Planning Asuhan Kebidanan neonatus usia 6 hari.....	142
Tabel 4.24 Pola Fungsional neonatus usia 14 hari.....	144
Tabel 4.25 Planning Asuhan Kebidanan neonatus usia 14 hari .....	145
Tabel 4.26 Riwayat Obstetri .....	146
Tabel 4.27 Pola Fungsional Kesehatan.....	147
Tabel 4.28 Planning Asuhan Kebidanan Akseptor KB.....	150

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Pembangunan dibidang kesehatan tidak bisa dilepaskan dari upaya mewujudkan kesehatan anak sedini mungkin sejak dalam kandungan. Upaya kesehatan ibu telah dipersiapkan sebelum dan selama kehamilan bertujuan untuk mendapatkan bayi yang sehat. Gangguan kesehatan yang terjadi selama kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan pertumbuhan bayi selanjutnya (Setiawan, Lipoeto, & Izzah, 2013).

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal merupakan salah satu unsur kesehatan. Derajat kesehatan yang optimal akan dilihat dari unsur kualitas hidup serta unsur-unsur mortalitas dan yang mempengaruhinya seperti morbiditas dan status gizi. Kualitas hidup yang digunakan sebagai indikator adalah angka kelahiran hidup, sedangkan untuk mortalitas adalah angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2012).

Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko perlu lebih ditingkatkan terutama di fasilitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Salah satu tujuan asuhan antenatal adalah mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan. Semakin banyak ditemukan faktor risiko maka semakin tinggi risiko kehamilannya. Semakin cepat diketahui adanya risiko tinggi semakin cepat akan mendapatkan penanganan semestinya (Azizah, 2012).

Menurut SDKI (Survey Demografi Kesehatan Indonesia) tahun 2007, di Indonesia Angka Kematian Maternal (AKM) mencapai angka 248 per

100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. AKI Di Propinsi Jawa Timur, pada tahun 2011 adalah 104.3 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKI di Kalimantan Timur pada tahun 2015 yaitu 106 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 9 per 1.000 kelahiran hidup. (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2016). Di Kota Balikpapan sendiri Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2012 yaitu 78 per 100.000 kelahiran hidup. Begitu pula pada Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2012 sebanyak 6 per 1.000 kelahiran hidup. (Dinas kota Balikpapan, 2012).

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho dan Utama, 2014).

Menyadari hal tersebut dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi-intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi (Manuaba, 2010). Patologi kehamilan adalah penyulit atau gangguan atau komplikasi yang menyertai ibu saat hamil, diantaranya adalah anemia, KET, abortus, mola hidatidosa, nyeri perut, mual muntah yang berlebihan, serta bayi besar (Sujiyatini, 2009).

Angka kehamilan penduduk perempuan 10-54 tahun adalah 2,68%, terdapat kehamilan pada umur kurang 15 tahun, meskipun sangat kecil (0,02%) dan kehamilan pada remaja (15-19 tahun) sebesar 1,97%. Apabila tidak dilakukan pengaturan kehamilan melalui program Keluarga Berencana (KB) akan mempengaruhi tingkat fertilitas di Indonesia (Kemenkes RI, 2013).

Klasifikasi bayi baru lahir dengan berat lahir adalah bayi berat badan lahir rendah (BBLR, kurang dari 2500 gram), bayi berat lahir yang normal (2500-3999 gram) dan bayi berat lahir besar (BBLB, lebih sama dengan 4000 gram). Morbiditas dan mortalitas dalam berat lahir bayi beresiko tinggi pada kelompok BBLR dan BBLB sehingga membutuhkan perawatan neonatal yang intensif (Stoll & Adams, 2007). Beberapa factor yang mempengaruhi

ukuran bayi saat dilahirkan antara lain : hipertensi dan diabetes melitus (Curtis, 2010).

Data statistik Korea menunjukkan persentase jumlah kelahiran hidup bayi makrosomia menurun: 6,7% (1993), 6,3% (1995), 5,1% (2000), 4,5% (2005), dan 3,5% (2010). Sedangkan pada data rumah sakit, insiden makrosomia menunjukkan 3% menjadi 7% di tahun 1960-an dan 1970-an kemudian 4% menjadi 7% di tahun 1980-an dan 1990-an. Berat lahir dan persentase kejadian makrosomia adalah 4,0-4,4 kg (90,3%), 4,5-4,9 kg (8,8%), 5,0-5,4 kg (0,8%), 5,5-5,9 kg (0,1%), dan > 6,0 kg (0,0%) pada tahun 2000 tetapi persentase tersebut menjadi 92,2%, 7,2%, 0,6%, 0,0%, dan 0,0% pada tahun 2009. Rasio jenis kelamin laki-laki yang dilahirkan adalah 1,89 tahun 1993 menjadi 1,84 tahun 2010. Dari semua faktor yang diteliti, didapatkan bahwa semakin tua usia ibu maka semakin tinggi risiko kejadian makrosomia (Kang et al, 2012).

Ditemukan bahwa prevalensi bayi makrosomia di RSUP Dr.Sargjito Yogyakarta 2007 dan 2008 adalah 1,08% dan 1,09%. Proporsi terbanyak ibu melahirkan bayi makrosomia adalah pada usia 23-35 tahun, umur kehamilan aterm (37-42 minggu), pada paritas 1-2, pada wanita yang belum pernah mengalami abortus, pendidikan ibu, pada ibu yang tidak bekerja, dan ibu yang tidak menderita DM (Darlis, 2010).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Berdasarkan uraian diatas, penulis ingin melakukan asuhan kebidanan komprehensif dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.T” G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> hamil 35 minggu 5 hari dengan potensial bayi besar diwilayah kerja Puskesmas Muara Rapak Tahun 2017”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah adalah “Bagaimana pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian) pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> hamil 35 minggu 5 hari dengan potensial bayi besar”

## 1.3 Tujuan

### A. Tujuan umum

1. Upaya untuk menurunkan AKI dan AKB
2. Mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif baik pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus serta pemilihan alat kontrasepsi pada Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> hamil 35 minggu 5 hari dengan potensial bayi besar.

### B. Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan asuhan kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>10021</sub> hamil 35 minggu 5 hari dengan potensial bayi besar.
2. Mampu melakukan asuhan persalinan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub>
3. Mampu melakukan asuhan Bayi Baru Lahir (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub>
4. Mampu melakukan asuhan Nifas (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub>

5. Mampu melakukan asuhan Neonatus (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub>
6. Mampu melakukan asuhan Pelayanan Kontrasepsi (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub>

#### **1.4 Manfaat**

##### **A. Manfaat Teoritis**

1. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu hamil sehingga dilakukannya asuhan kehamilan secara teratur untuk kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi dapat termonitor dengan baik dengan pemantauan terhadap komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi dapat terdeteksi secara dini.
2. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu bersalin akan terlaksananya asuhan persalinan normal tanpa ada komplikasi ataupun penyulit yang mungkin terjadi.
3. Dengan adanya asuhan pada bayi baru lahir dengan baik dan benar akan mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Dengan adanya asuhan kebidanan pada ibu nifas sehingga masa nifas dapat berlangsung normal tanpa terjadi infeksi ataupun komplikasi yang mungkin dapat terjadi.
5. Dengan adanya asuhan pada neonatus dengan baik dan benar akan mencegah terjadinya komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.
6. Dengan adanya asuhan pelayanan kontrasepsi diharapkan laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan sehingga tercipta masyarakat yang berkualitas

## B. Manfaat Praktis

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Balikpapan dapat menjadi bahan acuan untuk pembuatan kebijakan dalam pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif.
2. Bagi institusi pendidikan, dapat memberikan pendidikan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi, dan pendokumentasian SOAP) sehingga dapat menumbuhkan dan menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri.
3. Bagi Puskesmas wilayah kerja setempat dapat membantu untuk menjalankan dan melancarkan program kerja puskesmas.
4. Bagi klien, klien mendapatkan pengetahuan dan pelayanan sesuai standar pelayanan kebidanan.
5. Bagi penulis, dapat memberikan pengalaman bagi penulis untuk dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan (pengkajian, identifikasi masalah dan penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian SOAP) sehingga dapat menumbuhkan dan menciptakan bidan terampil, profesional dan mandiri.
6. Bagi penulis lainnya, dapat menjadi bahan referensi dalam membuat karya tulis ilmiah.

### 1.5 Ruang Lingkup

Penulisan laporan studi kasus harus dapat mengetengahkan asuhan kebidanan mulai dari langkah pengkajian, analisis masalah, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasiannya dan menggunakan metode *continuity of care*, mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada periode Maret-Juni 2017 pada Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> hamil 35 minggu 5 hari dengan



potensial bayi besar di wilayah kerja Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan Tahun 2017.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Dalam karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode narasi yang disertai dengan analisis data dan permasalahan yang timbul selama pelaksanaan asuhan kebidanan.

Adapun metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah:

### **A. Studi Kepustakaan**

Dipergunakan untuk memperoleh data dasar ilmiah dari berbagai sumber berupa buku, tulisan ilmiah, bahan kuliah, internet, dan lain-lain yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah ini yaitu mengenai ilmu kebidanan diantaranya asuhan kehamilan, bersalin, perawatan nifas dan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana. Sumber-sumber tersebut dapat dijadikan penulis sebagai penunjang penulisan karya tulis ini.

### **B. Studi Kasus**

Merupakan usaha pengamatan dan praktek langsung dengan klien melalui tahap-tahap proses asuhan kebidanan. Hal ini dapat dilakukan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik.

### C. Studi Dokumentasi

Untuk mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan materi pembahasan, seperti lembar status. Sistematika umum penulisan laporan tugas akhir adalah sebagai berikut :

#### **JUDUL**

#### **HALAMAN JUDUL**

#### **HALAMAN PERSETUJUAN**

#### **HALAMAN PENGESAHAN**

#### **KATA PENGANTAR**

#### **DAFTAR ISI**

#### **DAFTAR TABEL**

#### **DAFTAR LAMPIRAN**

#### **BAB I**

#### **PENDAHULUAN**

##### 1.1 Latar Belakang

##### 1.2 Rumusan Masalah

##### 1.3 Tujuan

###### A. Tujuan Umum

###### B. Tujuan Khusus

##### 1.4 Manfaat

###### A. Manfaat Praktis

###### B. Manfaat Teoritis

##### 1.5 Ruang Lingkup

##### 1.6 Sistematika penulisan

#### **BAB II**

#### **TINJAUAN PUSTAKA**

##### 2.1 Konsep Dasar Manajemen

##### 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

#### **BAB III**

#### **SUBYEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI**

#### **KASUS**

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif**

##### **A. Asuhan Kebidanan Komprehensif**

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir.

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkannya serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

##### **B. Konsep Dasar Kehamilan**

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

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahir bayinya kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Saifuddin, 2010).

###### **2. Tanda dan Gejala Kehamilan**

###### **a. Tanda dan gejala kehamilan pasti**

- 1) Terdengar denyut jantung janin (DJJ);
- 2) Terasa gerakan janin;
- 3) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio;

- 4) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (>16 minggu). (Booth, 2011)
- b. Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti
- 1) Amenore/tidak mengalami menstruasi sesuai siklus (terlambat haid);
  - 2) Tidak munculnya menstruasi merupakan itu adalah tanda bahwa positif hamil. Sangat disarankan bagi wanita untuk rajin mencatat tanggal siklus haid.
  - 3) Nausea(Mual), anoreksia (Tidak Nafsu Makan), emesis (Muntah), dan hipersalivasi;
  - 4) Biasanya terjadi di pagi hari dan malam hari bahkan lebih sering terkenal dengan sebutan morning sickness. biasanya dimulai antara minggu ke 4 dan ke 6 kehamilan. Setiap wanita memiliki hemilan yang berbeda. Yang pasti hamil ditemukan pada ibu yang sudah mengalami hamil sebelumnya atau misalnya hamil anak ke dua, dan ke tiga,
  - 5) Sering buang air kecil/miksing;
  - 6) Kandung kemih dan rahim terletak bersebelahan. Pada awal kehamilan, rahim yang membesar menekan kandung kemih sehingga selalu merasa ingin buang air kecil. Selama trimester kedua, tekanan kandung kemih tidak sebesar itu karena rahim membesar ke atas ke arah perut. Dalam beberapa minggu terakhir kehamilan, maka akan kembali sering buang air kecil lagi karena bayi dan rahim sangat besar akan menekan kandung kemih.
  - 7) Obstipasi (sembelit)
  - 8) Kondisi ini dikarnakn tonus otot yang menurun yang disebabkan karena terjadinya pengaruh hormon steroid.
  - 9) Payudara menegang;
  - 10) Merasakan seperti saat mendekati menstruasi. Bisa dirasakan perbedaannya beberapa hari setelah terjadi perubahan. Karena hormone hormon yang berpengaruh pada saat kehamilan. Rasa sakit biasanya berkurang setelah tiga bulan pertama

- 11) Kenaikan suhu tubuh.
  - 12) Jika suhu tubuh basal seorang wanita (suhu ketika baru bangun tidur di pagi hari) akan meningkat hingga 1 derajat semenjak terjadinya konsepsi.
  - 13) Penciuman lebih sensitive
  - 14) Kadang ketikan merasa bahwa penciuman menjadi lebih tajam biasanya. Bisa jadi anda sedang “mencium” gejala kehamilan. Hal ini disebabkan karena perubahan hormone dalam tubuh anda.  
(Booth, 2011)
3. Tanda dan gejala kemungkinan hamil
- a. Rahim membesar
  - b. Tanda Hegar  
Meluasnya daerah isthmus yang menjadi lunak, sehingga pada pemeriksaan vaginal corpus uteri seolah “terpisah” dari bagian servik. Keadaan ini dijumpai pada kehamilan 6-8 minggu.
  - c. Tanda Chadwick  
Yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva
  - d. Tanda Piskacek  
Yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas kearah pembesaran tersebut
  - e. Braxton Hicks  
Bila uterus dirangsang (distimulasi dengan diraba) akan mudah berkontraksi
  - f. Ballotement positif
  - g. Sekitar pertengahan kehamilan, volume janin lebih kecil dibanding volume cairan amnion. Karena itu, tekanan mendadak pada uterus dapat menyebabkan janin tenggelam dalam cairan amnion dan kemudian memantul kesisinya semula, benturan yang ditimbulkan ballotement dapat dirasakan oleh jari-jari tangan pemeriksa.
  - h. Tes Urine kehamilan positif (tes HCG)  
Tes urine dilakukan minimal setelah 1 minggu terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar hormone

gonadotropin dalam urin. Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan. (Cunningham, 2005).

#### 4. Menentukan Usia Kehamilan

##### a. Metode Kalender (Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, 2009)

Metode kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan dilapangan perhitungannya sesuai rumus yang direkomendasikan oleh Neagle yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 (tujuh), bulan ditambah 9 (sembilan) atau dikurang 3 (tiga), tahun ditambah 1 (satu) atau 0 (nol).

##### b. Tinggi Fundus

Tabel 2.1 Usia kehamilan berdasarkan tinggu fundus uteri

UK	TFU (jari)	TFU (cm)
12 minggu	1/3 di atas simfisis	-
16 minggu	½ di atas simfisis-pusat	-
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	2-3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	Pertengahan pusat – PX	30 cm
36 minggu	setinggi PX	33 cm
40 minggu	2-3 jari dibawah px (janin mulai memasuki panggul)	30 cm

(Sumber : Manuba Ida Ayu, 2012)

Berdasarkan palpasi abdominal menurut rumus Mc. Donald, fundus uteri dapat diukur dengan pita. Tinggi fundus uteri dibagi 3,5 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dibagi 3,5 dan dikalikan 4 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

Dengan menggunakan cara Mc. Donald dapat mengetahui taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut :  $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{Berat (gram)}$ . Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka  $n = 12$ . Bila kepala dibawah spina ischiadika, maka  $n = 11$ .

## 2.2 Ante Natal Care (ANC)

### A. Pengertian

Pelayanan antenatal (*ante natal care*) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) (Kemenkes RI, 2010).

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat *preventif care* untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2007).

### B. Tujuan pemeriksaan kehamilan

Ada beberapa tujuan pemeriksaan ibu hamil secara keseluruhan yaitu:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kehamilan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, social ibu.
3. Mengenali dan mengurangi secara didni adanya penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan mempersiapkan ibu agar dapat memberikan air susu ibu (ASI) secara eksklusif.

6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran janin agar dapat tumbuh kembang secara normal.
7. Mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal, sedangkan mempersiapkan kesehatan yang optimal bagi janin (Sondakh, 2009).

#### C. Manfaat pemeriksaan kehamilan

Manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini adalah untuk memperoleh gambaran dasar mengenai perubahan fisiologik yang terjadi selama kehamilan dan berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya (Manuaba, 2009).

#### D. Kebijakan pemerintah untuk pemeriksaan kehamilan mengenai jadwal pemeriksaan kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Kemenkes RI, 2010):

1. Trimester I : 1 kali (sebelum usia 14 minggu)
2. Trimester II : 1 kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
3. Trimester III : 2 kali (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu).

Standar pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin terhadap perlindungan ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

#### E. Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil.

1. Tujuan pelayanan antenatal terpadu :
  - a. Tujuan umum adalah :

Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas dengan adanya kolaborasi dengan dokter



obgyn dan ahli gizi, dan adanya pelaksanaan 14T termasuk di dalamnya pemeriksaan laboratorium diantaranya : Golongan darah, gds, protein urin, HBSag, dan HIV sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat.

- b. Tujuan khusus adalah :
- 1) Menyediakan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil konseling KB dan pemberian ASI.
  - 2) Menghilangkan “missed opportunity” pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif, dan berkualitas.
  - 3) Mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil.
  - 4) Melakukan intervensi terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin.
  - 5) Melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

## 2. Indikator

### a. Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8.

### b. Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: sekali pada trimester I (kehamilan hingga 12 minggu) dan trimester ke-2 (>12 - 24 minggu), minimal 2 kali

kontak pada trimester ke-3 dilakukan setelah minggu ke 24 sampai dengan minggu ke 36.

Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Kunjungan ini termasuk dalam K4.

c. Penanganan Komplikasi (PK)

PK adalah penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas. Pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi.

Komplikasi kebidanan, penyakit dan masalah gizi yang sering terjadi adalah: perdarahan, preeklampsia/eklampsia, persalinan macet, infeksi, abortus, Malaria, HIV/AIDS, Sifilis, TB, Hipertensi, Diabete Meliitus, anemia gizi besi (AGB) dan kurang energi kronis (KEK).

3. Konsep Pelayanan

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.

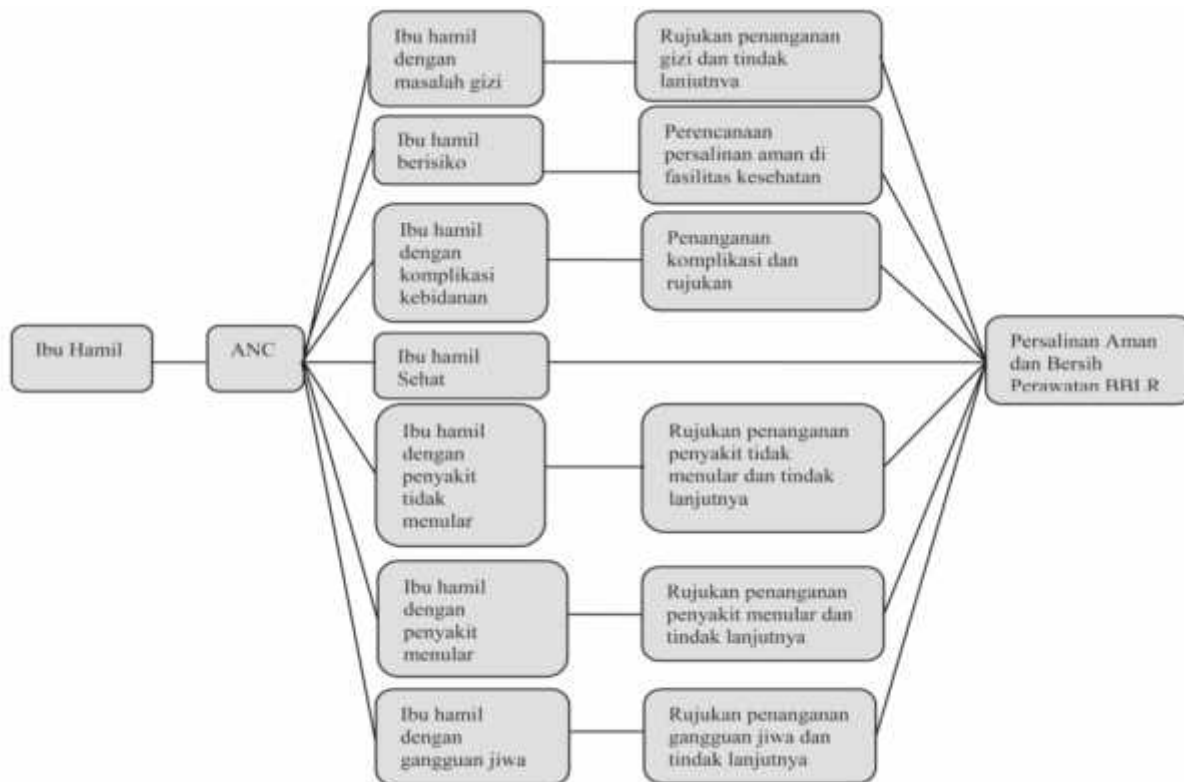
Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal.

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal-hal sebagai berikut:

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

### Kerangka konsep antenatal komprehensif dan terpadu



4. Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar 14T terdiri dari (Kemenkes RI, 2016) :
- a. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1). Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar antara 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Berdasarkan dari perhitungan BMI (body mass index), peningkatan berat badan selama kehamilan tergantung dari berat badan sebelum hamil.  $BMI = \text{berat badan sebelum hamil} : \text{tinggi badan}^2$

Tabel 2.2 peningkatan berat badan selama kehamilan

Nilai BMI	Penilaian Berat Badan	Total peningkatan berat badan	Selama trimester 2 & 3
>30	Obesitas/ kegemukan	6-9 kg	0,2 kg/minggu
25-29,9	Berat badan berlebihan	6-11 kg	0,3 kg/minggu
18,5-24,9	Berat badan ideal	11-15 kg	0,4 kg/minggu
<18,5	Berat badan kurang	12-18 kg	0,5 kg/minggu

Sumber: (Sukarni, 2013).

- b. Ukur Tekanan Darah (T2). Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklamsi.
- c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3) Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.
- d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
- e. Pemberian Imunisasi TT (T5) Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.3 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	25 Tahun

Sumber: (Sukarni, 2013).

- f. Pemeriksaan Hb (T6) Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
- g. Pemeriksaan VDRL ( *Veneral Disease Research Lab.* ) (T7) pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.
- h. Pemeriksaan Protein urine (T8) dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklamsi.
- i. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9) untuk Bumil dengan riwayat DM. Bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

- j. Perawatan Payudara (T10) senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.
- k. Senam Hamil (T11)
- l. Pemberian Obat Malaria (T12) diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif.
- m. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13) diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.
- n. Temu wicara / Konseling (T14)

#### F. Bayi Besar/Makrosomia

##### 1. Definisi bayi besar/ makrosomia

Bayi besar/Makrosomia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan bayi yang baru lahir yang berukuran lebih besar daripada bayi pada umumnya. Seorang bayi didiagnosis dengan makrosomia janin biasanya memiliki berat lahir lebih dari 4.000 gram. Sekitar 9 persen dari bayi yang lahir di seluruh dunia berbobot lebih dari 4.000 gram. (Sarwono, 2002).

Secara kuantitatif, janin tunggal meningkatkan pertumbuhan janin dari kira-kira 5 g/hari pada 14 sampai 15 minggu kehamilan sampai 10 g /hari pada 20 minggu dan 30 sampai 35 g / hari pada 32-34 minggu, setelah itu tingkat pertumbuhan menurun (Resnik, 2002).

Kehamilan dengan janin besar merupakan salah satu penyulit pada kehamilan yang bisa disebabkan beberapa faktor antara lain adalah karena penyakit Diabetes Mellitus yang diderita ibu, faktor genetik dan faktor kecukupan gizi selama hamil. (Persis Mary, 2005)

Rata-rata total pertambahan berat badan ibu hamil berkisar 10-15 kg yaitu 1 kg pada trimester I dan selebihnya pada trimester II dan III. Mulai trimester II sampai III rata-rata pertambahan berat badan adalah 0,3-0,7

kg/minggu. Bila penambahan berat badan lebih dari 15 kilo maka dapat di curigai bayi besar. (Aritonang, 2010).

Dalam kehamilan, pertumbuhan dan perkembangan janin sebaiknya harus dapat diikuti dengan baik. Adanya kelainan pertumbuhan janin seperti KMK (kecil untuk masa kehamilan), BMK (besar untuk masa kehamilan), kelainan bawaan seperti hidrosefalus, hidramnion, kehamilan ganda ataupun adanya kelainan letak janin sedini mungkin harus segera dapat di deteksi. Bila keadaan ini baru di diagnosa pada kehamilan lanjut, maka penyulit pada kehamilan dan persalinan akan sering dijumpai. (Hanifa, 2005).

Jika ibu sehat dan didalam darahnya terdapat zat-zat makanan dan bahan-bahan organis dalam jumlah yang cukup, maka pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan akan berjalan baik. Demikian juga bila ditemukan kelainan pertumbuhan janin baik berupa kelainan bawaan ataupun kelainan karena pengaruh lingkungan, maka pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan dapat mengalami gangguan. (R.Haryono Roeshadi, 2009)

## 2. Etiologi

Beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan terjadinya kelahiran bayi besar/ makrosomia.

Faktor-faktor tersebut diantaranya :

- a. Ibu yang menderita Diabetes Mellitus (DM) sebelum dan selama kehamilan, dengan kadar gula darah sewaktu pada ibu hamil nilai normalnya adalah 70 – 200 mg/dL. Bila kadar gula darah ibu hamil penderita Diabetes Melitus tergolong tinggi atau lebih dari 200 mg/dL. Kondisi inilah yang memberi peluang janin untuk tumbuh melebihi ukuran rata-rata. Jika fungsi plasenta dan tali pusat baik, maka si calon bayi dapat tumbuh makin subur.
- b. Ibu mempunyai riwayat melahirkan bayi besar. Ibu yang pada kehamilan pertama melahirkan Baby giant berpeluang besar melahirkan anak kedua dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya.



c. Faktor genetic

Obesitas dan overweight yang dialami ayah-ibu dapat menurun pada bayi.

d. Pengaruh kecukupan gizi

Porsi makanan yang dikonsumsi ibu hamil akan berpengaruh terhadap bobot janin. Asupan gizi yang berlebih bisa mengakibatkan bayi lahir dengan berat diatas rata-rata. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar.

e. Bukan kehamilan pertama

Ada kecenderungan berat badan lahir anak kedua dan seterusnya lebih besar daripada anak pertama. (Hanifa, 2005)

3. Manifestasi Klinis

a. Pada saat kehamilan :

- 1) Uterus lebih besar dari biasanya atau tidak sesuai dengan usia gestasi
- 2) Tinggi fundus pada kehamilan aterm lebih dari 40 cm.
- 3) Taksiran berat badan janin (TBBJ) dari 4000 gram.

b. Pada bayi baru lahir :

- 1) Berat badan lebih dari 4000 gram
- 2) Badan montok dan kulit kemerahan
- 3) Organ internal membesar (hepatosplenomegali, splenomegali, kardiomegali)
- 4) Lemak tubuh banyak. (Markum, A.H. 2006)

4. Patofisiologis

Makrosomia ini disebabkan oleh terjadinya hiperglikemia pada janin (akibat hiperglikemia ibu) dan hiperinsulinisme janin yang menyebabkan:

- a. Timbunan lemak subkutan janin dan glikogen hati bertambah
- b. Pertambahan ukuran dan berat dari hampir seluruh organ, yang memperlihatkan hipertropfi dan hiperplasia seluler
- c. Hematopoesis ektramedularis khususnya dari hepar yang menyebabkan pertambahan berat badan. (R.Haryono Roeshadi, 2009)

Umumnya bayi dengan makrosomia ini dilahirkan oleh ibu diabetik kelas A, B dan C. Insulin dikatakan merupakan hormon pertumbuhan primer untuk perkembangan intra uterin. Diabetes Maternal

mengakibatkan peningkatan kadar asam-asam amino bus plasenta, pancreas janin berespon dengan memproduksi insulin untuk disesuaikan dengan sediaan bahan baker akselerasi sintesis protein yang diakibatkan bersama dengan penyimpanan glikogen dan lemak berlebih bertanggung jawab terhadap terjadinya makrosomia yang khas pada kehamilan diabetik. (Markum, A.H. 2006)

Bayi dari ibu yang menderita diabetes memperlihatkan insiden sindrom kegawatan pernafasan yang lebih besar dari pada bayi ibu yang normal pada umur kehamilan yang sama. Insiden yang lebih besar mungkin terkait dengan pengaruh antagonis antara kortisol dan insulin pola sintesis surfakton. (Arvin Behrman Kliegmen, 2006).

#### 5. Komplikasi

Bayi besar yang sedang berkembang merupakan suatu indikator dari efek ibu. Yang walaupun dikontrol dengan baik dapat timbul pada janin, maka sering disarankan persalinan yang lebih dini sebelum aterm. Situasi ini biasanya dinilai pada sekitar kehamilan 38 minggu. Penilaian yang seksama terhadap pelvis ibu. Tingkat penurunan kepala janin dan diatas serviks. Bersama dengan pertimbangan terhadap riwayat kebidanan sebelumnya. Seringkali akan menunjukkan apakah induksi persalinan kemungkinan dan menimbulkan persalinan pervaginam. (Bobak, dkk. 2005)

Jika terjadi penyulit-penyulit ini dapat dinyatakan sebagai penatalaksanaan yang salah. Karena hal ini sebenarnya dapat dihindarkan dengan seksio sesarea yang terencana. Walaupun demikian, yang perlu dingat bahwa persalinan dari bayi besar (baby giant) dengan jalan abdominal bukannya tanpa resiko dan hanya dapat dilakukan oleh dokter bedah kebidanan yang terampil. (Arvin Behrman Kliegmen, 2006).

Bayi besar juga kerap menjadi penyulit pada saat persalinan normal, karena dapat menyebabkan cedera baik pada ibu maupun bayinya. Kesulitan yang dapat terjadi adalah :

a. Kesulitan pada ibu :

- 1) Robekan hebat jalan lahir
- 2) Perdarahan
- 3) Terjadi peningkatan persalinan dengan sectio caesaria.
- 4) Ibu sering mengalami gangguan berjalan pasca melahirkan akibat peregangan maksimal struktur tulang panggul. Keluhan keluhan tersebut bisa sembuh dengan perawatan yang baik. (R.Haryono Roeshadi, 2009)

b. Pada bayi :

- 1) Terjadinya distosia bahu yaitu kepala bayi telah lahir tetapi bahu tersangkut di jalan lahir
- 2) Asfiksia pada bayi sebagai akibat dari tindakan yang dilakukan untuk melahirkan bahu.
- 3) Brachial Palsy (kelumpuhan syaraf di leher) yang ditandai dengan adanya gangguan motorik pada lengan.
- 4) Patah tulang selangka (clavicula) yang sengaja dilakukan untuk dapat melahirkan bahu.
- 5) Kematian bila bayi tidak dapat dilahirkan.

6. Pencegahan

Selama perawatan antepartal dilakukan pengkajian ukuran pelvic ibu dan ukuran janin yang sedang berkembang. Ukuran janin ditentukan dengan palpasi panjang crown-rump janin dalam uterus. Sonografi pelvimetri dapat memberikan informasi lebih lanjut. Bila terlihat uterus yang sangat besar, hidramnion, atau ukuran janin yang sangat besar, atau janin lebih dari satu merupakan hal yang perlu dipertimbangkan sebagai kemungkinan penyebab.

Hal-hal yang dilakukan untuk mengantisipasi makrosomia :

- a. Melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga kenaikan berat badan janin saat masih dalam kandungan dapat dikontrol dengan baik.

- b. Melakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah.
- c. Konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan ahli gizi.
- d. Sesuaikan kenaikan berat badan ibu selama kehamilan antara 8-12 kg.
- e. Lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein (ikan, susu, daging, tahu, tempe) vitamin dan mineral (sayur dan buah buahan).
- f. Kurangi makan makanan yang banyak mengandung karbohidrat seperti nasi, gula, mie, roti/kue, dll. Melakukan USG secara rutin selama kehamilan, sehingga dapat memantau penambahan berat badan bayi selama dalam kandungan dan dapat diambil langkah langkah untuk mencegah terjadinya bayi besar. (Hendrik, 2009)

#### 7. Penatalaksanaan Medis

Pemeriksaan klinik dan ultrasonografi yang seksama terhadap janin yang sedang tumbuh, disertai dengan faktor-faktor yang diketahui merupakan predisposisi terhadap makrosomia (bayi besar) memungkinkan dilakukannya sejumlah kontrol terhadap pertumbuhan yang berlebihan. Peningkatan resiko bayi besar jika kehamilan dibiarkan hingga aterm harus diingat dan seksio sesarea efektif harus dilakukan kapan saja persalinan pervaginam. (Arvin Behrman Kliegmen, 2006).

Tanpa memandang besarnya semua bayi dari ibu diabetes sejak semula harus mendapat pengamatan dan perawatan yang intensif, kadar gula darah pada bayi harus ditentukan pada 1 jam post partum dan kemudian setiap 6 – 8 jam berikutnya, jika secara klinis baik dan kadar gula darahnya normal. Mula-mula diberikan makanan oral/sonde air glukosa 5% dilanjutkan dengan ASI. Air susu formula yang dimulai pada umur 2 – 3 jam dan diteruskan dengan interval makanan oral. Pemberian makanan harus dihentikan dan glukosa di berikan dengan infus intravena perifer pada kecepatan 4 – 8 mg/kg BB/menit (Bobak, dkk. 2005)

## 2.3 Konsep Dasar Persalinan

### A. Definisi

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

### B. Tanda-tanda persalinan

Tanda persalinan menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) yaitu :

#### 1. Terjadinya his persalinan.

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

#### 2. Pengeluaran lender darah

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lender yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

#### 3. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

### C. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Seorang bidan harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab persalinan sehingga diharapkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada proses persalinan yaitu passage (jalan lahir), power (his dan tenaga

mengejan), dan passanger (janin, plasenta dan ketuban), serta factor lain seperti psikologi dan paktor penolong.

1. Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina) (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

2. Power (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha involunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

3. Passanger

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

4. Psikologi ibu

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penanganan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk dukungan psikologis. (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

5. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini

proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar.

Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal (Saifuddin, 2010).

#### D. Tahapan Persalinan

##### 1. Kala I (Pembukaan)

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala I berlangsung tidak terlalu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuba Ida Ayu, 2012).

Kala I persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

##### a. Fase laten pada kala satu persalinan

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

##### b. Fase Aktif pada kala satu persalinan

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi terus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih ).

- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam ( nulipara atau primigravida ) aatau lebih dari 1 cm hingga 2 cm ( multipara ).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Kala II (kala pengeluaran janin)

## 2. Kala II Persalinan

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Gejala dan tanda kala II persalinan (JNPK-KR Depkes RI, 2008):

- a. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b. Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum/pada vaginanya
- c. Perineum menonjol
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

## 3. Kala III (kala uri)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

- a. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu:
  - 1) Adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus
  - 2) Tali pusat memanjang
  - 3) Semburan darah mendadak dan singkat
- b. Manajemen aktif kala III, yaitu:
  - 1) Pemberian suntikan oksitosin
  - 2) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
  - 3) Massase fundus uteri
  - 4) Evaluasi perdarahan kala III



Perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam 500 cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir.

#### 4. Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan (Saifuddin, 2010).

#### E. Mekanisme Persalinan

Menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), dalam mekanisme persalinan normal terjadi pergerakan penting dari janin, yaitu:

##### 1. Engangement

Engangement pada primi gravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multi gravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engangement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi.

##### 2. Penurunan Kepala

Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung menurut Cuningham dalam buku Obstetri William yang diterbitkan tahun 1995 dan Ilmu Kebidanan Varney 2002 :

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong
- c) Kontraksi otot-otot abdomen
- d) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin

### 3. Fleksi

- a) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul
- b) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi sub oksipito bregmatika 9 cm.
- c) Posisi dagu bergeser ke arah dada janin.
- d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

### 4. Rotasi Dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar kedepan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

### 5. Ekstensi

Ekstensi terjadi sesudah kepala janin berada didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.

### 6. Putaran paksi luar terjadi setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

### 7. Ekspulsasi terjadi setelah kepala lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trokhanter depan terlebih dahulu, kemudian trokhanter belakang. Maka lahirnya bayi seluruhnya (ekspulsi).

## F. Asuhan Persalinan Normal

### 1. Kala I

Ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 3 kali dalam 10 menit selama 30-40 detik. Dalam persalinan kala I penanganan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah:

- a. Memberikan dukungan dan yakinkan dirinya
- b. Memberikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan
- c. Lakukan perubahan posisi, yaitu posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri,
- d. Hadirkan pendamping agar menemaninya (suami atau ibunya), untuk memijat atau menggosok punggungnya atau membasuh mukanya diantara kontraksi.
- e. Mengajarkan kepada ibu teknik pernapasan : ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi.
- f. Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- g. Menganjurkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah buang air kecil/besar
- h. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum.
- i. Mengosongkan kandung kemih ibu.
- j. Melakukan pemantauan

Tabel 2.4 Fekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

<b>Parameter</b>	<b>Frekuensi pada fase laten</b>	<b>Frekuensi pada fase aktif</b>
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam*
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam*

Sumber : (Manuba Ida Ayu, 2012)

k. Penilaian yang dilakukan pada setiap pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan, dan setelah selaput ketuban pecah. Gambarkan temuan-temuan pada partogram. Pada setiap pemeriksaan dalam, catat hal-hal sebagai berikut :

- 1) Warna cairan amnion
- 2) Dilatasi serviks
- 3) Penurunan kepala (yang dapat dicocokkan dengan periksa luar)
- 4) Jika serviks belum membuka pada pemeriksaan dalam pertama, mungkin diagnosis inpartu belum dapat ditegakkan.
- 5) Jika terdapat kontraksi yang menetap, periksa ulang wanita tersebut setelah 4 jam untuk melihat perubahan pada serviks (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

2. Kala II

Persalinan kala II ditegakan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala

janin sudah tampak di vulva. Penanganan adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan pendamping ibu agar merasa nyaman
- b. Menjaga kebersihan diri
- c. Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara :
  - 1) Menjaga privasi ibu
  - 2) Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan
  - 3) Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
  - 4) Membantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman pada saat meneran
  - 5) Memastikan kandung kemih tetap kosong
  - 6) Membantu membimbing saat meneran selama his
  - 7) Periksa DJJ pada saat tidak ada kontraksi
  - 8) Kemajuan persalinan dalam kala II, yaitu dengan :
    - a) Penurunan yang teratur dari janin di jalan lahir,
    - b) Dimulainya fase pengeluaran, yaitu kelahiran kepala bayi
    - c) Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat.
    - d) Menahan perineum dengan satu tangan lainnya.
    - e) Mengusap muka bayi untuk membersihkannya dari kotoran lendir/darah
    - f) Memeriksa ada/tidaknya lilitan tali pusat pada bayi
    - g) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar
    - h) Kelahiran bahu dan anggota seluruhnya, dengan melakukan sangga susur
    - i) Letakkan bayi tersebut di atas perut ibunya

- j) Secara menyeluruh, keringkan bayi, bersihkan matanya, dan nilai pernapasan bayi.
- 9) Melakukan pemotongan tali pusat.
- 10) Pastikan bahwa bayi tetap hangat dan memiliki kontak kulit dengan kulit dengan dada si ibu. Bungkus bayi dengan kain yang halus dan kering, tutup dengan selimut, dan pastikan kepala bayi terlindungi dengan baik untuk menghindari hilangnya panas tubuh. Lakukan IMD setelah 1 jam lakukan injeksi vitamin K 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

### 3. Kala III

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III meliputi :

- a. Pemberian oksitosin 1 menit segera setelah lahir,
- b. Pengendalian tarikan pada tali pusat, dan
- c. Masase uterus segera setelah plasenta lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

### 4. Kala IV

Kala IV adalah mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Dalam kala ini diamati, apakah tidak terjadi perdarahan postpartum, yaitu dengan penatalaksanaan sebagai berikut :

- a. Melakukan rangsangan taktil (masase) uterus, untuk merangsang uterus dalam berkontraksi.
- b. Evaluasi tinggi fundus uteri, dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
- c. Melakukan estimasi kehilangan darah secara keseluruhan

- d. Periksa kemungkinan adanya laserasi dan perdarahan dari laserasi tersebut.
- e. Evaluasi keadaan umum ibu  
Dokumentasikan semua asuhan ke dalam partograf (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

#### G. Partograf

Partograf adalah suatu alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai “system peringatan awal” yang akan membantu pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dirujuk, dipercepat, atau diakhiri persalinannya (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009).

1. Menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), tujuan partograf adalah:
  - a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan periksa dalam
  - b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama.
2. Bagian-bagian partograf  
Bagian-bagian partograf menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) yaitu :
  - a. Kemajuan persalinan
    1. Pembukaan serviks.
    2. Turunnya bagian terendah dan kepala janin.
    3. Kontraksi uterus.
  - b. Kondisi janin
    - 1) Denyut jantung janin.

- 2) Warna dan volume air ketuban.
  - 3) Moulase kepala janin.
- c. Kondisi Ibu
- 1) Tekanan darah, nadi, dan suhu badan.
  - 2) Volume urine.
  - 3) Obat dan cairan.

## 2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

### A. Definisi

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram(Dewi, 2012).

### B. Penilaian Pada Bayi Baru Lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

1. Apakah bayi cukup bulan ?
2. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
3. Apakah bayi menaangis atau bernapas ?
4. Apakah tonus otot baik ?

Jika bayi tidak cukup bulan, air ketuban bercampur mekonium, tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik, segera lakukan tindakan resusitasi. Namun, apabila bayi dalam kondisi baik maka lakukan penanganan asuhan bayi baru lahir normal.



### C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal yaitu :

1. Jaga kehangatan bayi
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu).
3. Keringkan dan tetap jaga kehangatan.
4. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir.
5. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
6. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
7. Beri suntikan vitamin K 1 mg intramuscular, di paha kairi anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
8. Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 mL intramuskular, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K.

## 2.5 Konsep Dasar Nifas

### A. Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Suherni, Widyasih Hesti, 2009).

### B. Perubahan Sistem Reproduksi Fisiologis Masa Nifas

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Hal ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan placenta sehingga jaringan perlekatan antara placenta dan dinding uterus mengalami nekrosis dan lepas.

Ukuran uterus mengecil kembali setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilikus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4

minggu kembali pada ukuran sebelum hamil (Suherni, Widyasih Hesti, 2009).

Tabel 2.5 Involusi Uterus Mengenai tinggi fundus uterus

Involusi	Tinggi Fundus uterus	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu Minggu	Pertengahan pusat sympisis	500 gram
Dua Minggu	Tak teraba diatas sympisis	350 gram
Enam Minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan Minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Suherni, Widyasih Hesti, 2009b)

Segera setelah persalinan bekas implantasi placenta berupa luka kasar dan menonjol kedalam cavum uteri. Penonjolan tersebut diameternya kira-kira 7,5 cm. Disamping itu, dari cavum uteri keluar cairan sekret disebut lochia. Menurut (Walyani, 2015)beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita masa nifas :

1. Lochea Rubra/merah (Cruenta)

Lochea rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

2. Lochea Sangiolenta

Lochea sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lender yang keluar pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

3. Lochea Serosa

Lochea serosa muncul pada hari ke 7-14 hari dengan berwarna kuning kecoklatan dengan ciri lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta.

#### 4. Lochea Alba

Lochea ini muncul setelah 2 minggu postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

### C. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) frekuensi kunjungan waktu kunjungan dan tujuan kunjungan masa nifas yaitu:

#### 1. Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum

Tujuan:

- a. Mencegah perdarahan masa nifas
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan
- c. Memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan
- d. Mobilisasi dini
- e. Pemberian asi awal
- f. Memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi
- g. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

#### 2. Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
- b. Evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas
- c. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit
- d. Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat
- e. Memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi

#### 3. Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum

Tujuan: sama dengan kunjungan hari ke 6

- a. Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum
- b. Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
- c. Memberikan konseling untuk KB secara dini

D. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, Widyasih Hesti, 2009):

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan
2. Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
3. Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
4. Membantu ibu dalam menyusui bayinya. Pada ibu dengan anak pertama sering ditemui puting susu ibu belum menonjol sehingga ibu mengalami kesulitan dalam menyusui bayinya. Bidan dapat melakukan perawatan payudara yang bertujuan untuk memelihara kebersihan payudara dan memperbanyak atau memperlancar produksi ASI. Pelaksanaan perawatan payudara idealnya dilakukan sedini mungkin, namun dapat juga dilakukan sejak hari kedua setelah persalinan sebanyak dua kali sehari.
5. Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
6. Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua
7. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman
8. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekan kebersihan yang aman.
9. Melakukan manajemen asuhan dengan mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
10. Memberikan asuhan secara profesional.

## E. Bendungan ASI pada Masa Nifas.

### 1. Pengertian

Bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri disertai kenaikan suhu badan (Rukiyah Ai, 2010).

### 2. Faktor Penyebab

Faktor-faktor penyebab menurut (Rukiyah Ai, 2010) adalah :

#### a. Pengosongan mammae yang tidak sempurna

Dalam masa laktasi terjadi peningkatan produksi ASI. Pada ibu yang produksi ASI nya berlebihan, apabila bayi sudah kenyang dan selesai menyusui, dan payudara tidak dikosongkan, maka masih terdapat sisa ASI di dalam payudara. Sisa ASI tersebut jika tidak dikeluarkan dapat menimbulkan bendungan ASI.

#### b. Faktor hisapan bayi yang tidak aktif.

Pada masa laktasi, bila ibu tidak menyusukan bayinya sesering mungkin atau jika bayi tidak aktif menghisap, maka akan menimbulkan bendungan ASI.

#### c. Faktor posisi menyusui bayi yang tidak benar

Teknik yang salah dalam menyusui dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan menimbulkan rasa nyeri pada saat bayi menyusui. Akibatnya ibu tidak mau menyusui bayinya dan dapat terjadi bendungan ASI.

#### d. Puting susu terbenam.

Puting susu yang terbenam akan menyulitkan bayi dalam menyusui. Karena bayi tidak dapat menghisap puting dan areola, bayi tidak mau menyusui dan akibatnya dapat terjadi bendungan ASI.

#### e. Puting susu terlalu panjang

Puting susu yang panjang menimbulkan kesulitan saat bayi menyusui karena bayi tidak dapat menghisap areola dan

merangsang sinus laktiferus untuk mengeluarkan ASI. Akibatnya ASI tertahan dan menimbulkan bendungan ASI.

#### 4. Tanda dan Gejala Bendungan ASI

Menurut (Rukiyah Ai, 2010) bendungan ASI ditandai dengan :

- a. Mamae panas serta keras, pada saat perabaan nyeri.
- b. Putting susu bisa mendatar sehingga bayi sulit menyusui.
- c. Pengeluaran susu kadang terhalang oleh duktus laktiferus yang menyempit.
- d. Payudara bengkak, keras dan panas.
- e. Nyeri bila ditekan.
- f. Warnanya kemerahan dan mengkilap.
- g. Suhu tubuh mencapai 38°C.

#### 5. Penanganan Bendungan ASI

Menurut (Rukiyah Ai, 2010) penanganan yang dilakukan yang paling penting adalah dengan mencegah terjadinya payudara bengkak, yaitu :

- a. Susukan bayi segera setelah lahir.
- b. Susukan bayi tanpa dijadwal.
- c. Keluarkan sedikit ASI sebelum menyusui agar payudara lebih lembek.
- d. Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi melebihi kebutuhan ASI.
- e. Laksanakan perawatan payudara setelah melahirkan.
- f. Untuk mengurangi rasa sakit pada payudara berikan kompres dingin dan hangat dengan handuk secara bergantian kiri dan kanan.
- g. Untuk memudahkan bayi menghisap atau menangkap putting susu berikan kompres sebelum menyusui
- h. Untuk mengurangi bendungan di vena dan pembuluh getah bening dalam payudara lakukan pengurutan yang dimulai dari putting kearah korus mamae, ibu harus rileks.

#### F. Perawatan payudara

1. Gunakan BH yang sesuai dengan pembesaran payudara yang sifatnya menyokong payudara dari bawah suspension bukan menekan dari depan.
2. Bagi ibu menyusui dan bayi tidak menetek : bantulah pemerah air susu dengan tangan atau pompa. Jika ibu menyusui dan bayi mampu menetek : bantu ibu agar meneteki lebih sering pada kedua payudara tiap kali menetek. Berikan penyuluhan cara menyusui yang baik. Kemudian mengurangi nyeri sebelum menyusui : berikan kompres hangat pada payudara sebelum meneteki atau mandi air hangat, pijat punggung dan leher, pemerah susu secara manual sebelum meneteki dan basahi puting susu agar bayi mudah menetek. Mengurangi nyeri setelah menyusui : gunakan bebat atau kutang , kompres dingin pada dada untuk mengurangi bengkak, terapi paracetamol 500 mg peroral.
3. Bagi ibu yang tidak menyusui.  
Berikan bebat dan kutang yang ketat, kompres dingin pada payudara untuk mengurangi bengkak dan nyeri. Berikan paracetamol 500mg per oral. Evaluasi 3 hari.

### 2.6. Konsep Dasar Neonatus

#### A. Definisi

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari. (Walyani, 2014).

#### B. Periode Neonatal

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu terbagi menjadi 2 periode, antara lain:

1. Periode neonatal dini yang meliputi jangka waktu 0–7 hari setelah lahir.
2. Periode lanjutan merupakan periode neonatal yang meliputi jangka waktu 8-28 hari setelah lahir. Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan(Walyani, 2014).

### C. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah (Walyani, 2014).

#### 1. Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

- a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah :
  - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - 2) Berikan ASI eksklusif
  - 3) Rawat tali pusat
- b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
  - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - 2) Berikan ASI eksklusif
  - 3) Cegah infeksi
  - 4) Rawat tali pusat
- c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit, lakukan

  - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - 2) Berikan ASI eksklusif
  - 3) Rawat tali pusa

#### 2. Perawatan Neonatus menurut (Walyani, 2014) yaitu :

##### a. Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi

Metode yang dipilih ibu untuk memberi susu kepada bayinya harus dihargai oleh semua yang terlibat dan ibu harus didukung dalam upayanya untuk memberikan susu kepada bayinya. Akan tetapi, manfaat ASI untuk semua bayi, terutama bayi prematur dan bayi sakit diketahui dengan baik.



Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayi cukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinnya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya.

b. Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

Tidur sangat penting bagi neonatus dan tidur dalam sangat bermanfaat untuk pemulihan dan pertumbuhan. Bayi cukup bulan yang sehat akan tidur selama sebagian besar waktu dalam beberapa hari pertama kehidupan, bangun hanya untuk minum susu.

c. Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal

Jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Penurunan haluaran urin atau aliran urin yang berkaitan dengan bayi yang letargi, menyusu dengan buruk, mengalami peningkatan ikterus atau muntah harus diperiksa karena infeksi saluran kemih dan abnormalitas kongenital pada saluran genitourinari biasa terjadi.

Dengan menganggap bahwa bayi diberi susu dengan tepat, warna dan konsistensi feses akan berubah, menjadi lebih terang, lebih berwarna kuning-hijau dan kurang lengket di dibandingkan mekonium. Setiap gangguan pada pola ini atau dalam karakteristik feses harus diperiksa dan penyebabnya ditangani, abnormalitas pada saluran GI, seperti stenosis atau atresia, malrotasi, volvulus, atau anus imperforata, akan memerlukan intervensi pembedahan.

d. Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orangtua dan Bayi

Meningkatkan interaksi antara bayi dan orang tua agar terciptanya hubungan yang kuat sehingga proses laktasi dan perawatan bayi baru lahir dapat terlaksana dengan baik.

Orang tua memiliki pengalaman yang bervariasi dalam merawat bayi. Untuk orang tua yang tidak berpengalaman ada banyak literatur yang siap sedia dalam bentuk cetakan atau di internet, dan ada persiapan pranatal untuk kelas menjadi orang tua yang dapat diakses untuk orang tua untuk mengembangkan beberapa pemahaman mengenai perawatan bayi.

3. Tanda-tanda bahaya pada neonatus (Kemenkes RI, 2010)

- a. Bayi tidak mau menyusu
- b. Kejang
- c. Lemah
- d. Sesak Nafas
- e. Merintih
- f. Pusing Kemerahan
- g. Demam atau Tubuh Merasa Dingin
- h. Mata Bernanah Banyak
- i. Kulit Terlihat Kuning

## 2.7 Konsep Dasar Keluarga Berencana

### A. Definisi

Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan. Tujuan utama program KB adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi alam dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Saifuddin, 2010).

Tujuan program penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas adalah untuk membina kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan

dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta pemberdayaan dan ketahanan keluarga terutama yang diselenggarakan oleh industry masyarakat di daerah perkotaan dan pedesaan sehingga membudidaya dan melembaganya keluarga kecil berkualitas (Manuba Ida Ayu, 2012)

## B. Macam-macam metode kontrasepsi

### 1. Metode Amenorea Laktasi

#### a. Pengertian Metode Amenorea (Affandi, 2012)

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara Eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

2) MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi :

- a) Menyusui secara penuh (full breast feeding) lebih efektif bila pemberian lebih dari 8 kali sehari.
- b) Belum haid.
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- d) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

#### b. Cara Kerja

Menurut (Affandi, 2012), cara kerja dari MAL itu sendiri adalah Penundaan atau penekanan ovulasi.

#### a. Keuntungan Kontrasepsi (Affandi, 2012)

- a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu senggama.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- e) Tidak perlu pengawasan medis.
- f) Tidak perlu obat atau alat.
- g) Tanpa biaya.

2) Keuntungan Nonkontrasepsi (Affandi, 2012)

- a) Untuk bayi
  - (1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
  - (2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
  - (3) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang di pakai.
- b) Untuk ibu
  - (1) Mengurangi perdarahan pascapersalinan.
  - (2) Mengurangi resiko anemia.
  - (3) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi
- 3) Keterbatasan (Affandi, 2012)
  - a) Perlu perawatan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
  - b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social.
  - c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
  - d) Tidak melindungi dari IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.
- 4) Yang dapat dan tidak dapat menggunakan MAL (Saifuddin, 2010)
  - a) Yang dapat menggunakan MAL
    - (1) Ibu yang dapat menyusui secara eksklusif.
    - (2) Bayinya berumur kurang dari 6 bulan.
    - (3) Belum mendapat haid setelah persalinan.
  - b) Yang seharusnya tidak pakai MAL
    - (1) Sudah mendapat haid setelah bersalin.
    - (2) Tidak menyusui secara eksklusif .
    - (3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
    - (4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

## 2. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

### a. Pengertian

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A), dapat digunakan oleh semua perempuan usia reproduksi, haid menjadi lama dan lebih banyak, namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS) (Affandi, 2012).

### b. Jenis AKDR

- 1) AKDR CuT-380A, kerangka dari palstik yang fleksibel, berbentuk huruf T, diselubungi kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).
- 2) AKDR Indonesia yaitu NOVA T

### c. Cara Kerja IUD

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi (Sukarni, 2013).

### d. Efektifitas

IUD sangat efektif, keefektifitasannya 92-94% dan tidak perlu diingat setiap hari halnya pil. Tipe Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun, Cu T 380A dapat untuk 8 tahun. Kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian.

### e. Indikasi

Prinsip pemasangan adalah menempatkan IUD setinggi mungkin dalam rongga rahim(cavum uteri).

Saat pemasangan yang paling baik adalah pada waktu mulut rahim masih terbuka dan rahim dalam keadaan lunak. Misalnya 40 hari setelah bersalin dan pada akhir haid (Sukarni, 2013).

Yang boleh menggunakan IUD, adalah :

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.

- 4) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
  - 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
  - 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
  - 7) Resiko rendah dari IMS.
  - 8) Tidak menghendaki metode hormonal.
  - 9) Tidak menyukai mengingat-ingat minum pil setiap hari.
  - 10) Perokok.
  - 11) Gemuk ataupun kurus.
- f. Kontra Indikasi
- 1) Adanya perkiraan hamil.
  - 2) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti perdarahan yang tidak normal, perdarahan di leher rahim, dan kanker rahim.
  - 3) Perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya.
  - 4) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis)
  - 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim.
  - 6) Diketahui menderita TBC pelvic.
  - 7) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Sukarni, 2013).
- g. Kerugian.

Setelah pemasangan, beberapa ibu mungkin mengeluh merasa nyeri dibagian perut dan perdarahan sedikit-sedikit (spotting). Ini bisa berjalan selama 3 bulan setelah pemasangan. Tapi tidak perlu khawatir, karena biasanya setelah itu keluhan akan hilang dengan sendirinya. Tetapi apabila setelah 3 bulan keluhan masih berlanjut, dianjurkan untuk memeriksakan ke dokter. Ibu harus segera ke klinik, jika :

- 1) Mengalami keterlambatan haid yang disertai tanda-tanda kehamilan : mual, pusing, muntah-muntah.
- 2) Terjadi perdarahan yang lebih banyak (lebih hebat) dari haid biasa.
- 3) Terdapat tanda-tanda infeksi. Misalnya keputihan, suhu badan meningkat, menggigil, dsb.

4) Sakit, misalny diperut, pada saat melakukan senggama.

h. Efek samping

Efek samping yang umum terjadi :

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit (Sukarni, 2013).

i. Komplikasi lain :

Ibu merasa sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).

j. Waktu Pemasangan

Pemasangan IUD sebaiknya dilakukan pada saat :

- 1) 2 – 4 hari setelah melahirkan.
- 2) 40 hari setelah melahirkan.
- 3) Setelah terjadinya keguguran.
- 4) Hari ke 4 haid sampai hari ke 10 dihitung dari haid pertama.
- 5) Menggantikan metode KB lainnya (Sukarni, 2013).

## 2.8 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah kedalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Melihat kembali penjelasan di atas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam

melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney, yaitu :

A. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Tahap ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan.

B. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian.

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

C. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ketiga adalah langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.



D. Langkah IV : Penetapan Kebutuhan Tindakan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

E. Langkah V : Penyusunan Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

F. Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke VI ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan dilangkah ke V dilaksanakan secara efisien dan aman.

G. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

Menurut Helen Varney, alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

S : menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.

O : menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

A : menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial, dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan/atau rujukan sebagai langkah II, III, IV

dalam manajemen Varney.

P : menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan *assessment* sebagai langkah V, VI, dan VII Varney.

### **BAB III**

## **SUBJEK DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS**

### **3.1 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian adalah rencana tentang cara mengumpulkan dan menganalisis data agar dapat dilaksanakan secara ekonomis serta serasi dengan tujuan penelitian itu (Nasution, 2007). Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil penjarangan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat deskripsi lengkap dari suatu fenomena yang diamati secara objektif dan nyata (Notoatmodjo, 2005).

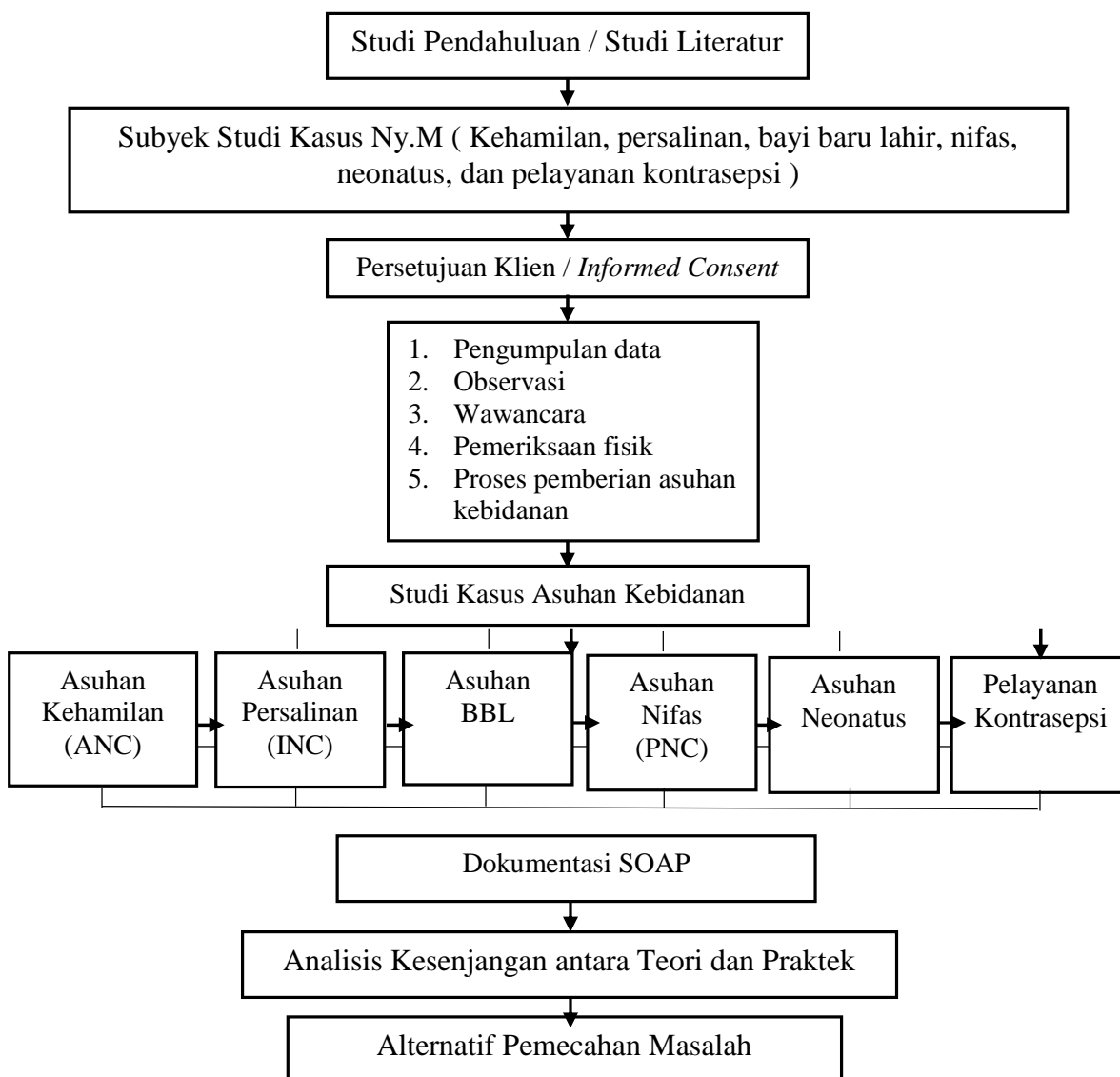
Studi kasus atau case study menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut varney yang terdiri dari 7 langkah dan pendokumentasian SOAP dalam pelaksanaan asuhannya.

### **3.2 Kerangka Kerja Studi Kasus**

Kerangka konsep studi kasus pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui studi kasus yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005).

Kerangka kerja penulisan studi kasus dimulai dari penjarangan dan pengkajian subjek studi kasus, pengambilan kesimpulan diagnosa, penyusunan rencana asuhan, implementasi asuhan, dan evaluasi hasil asuhan.

Kerangka kerja dalam studi kasus ini diuraikan dalam bentuk skema di bawah ini :



Gambar. 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus

### 3.3 Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (Amirin, 2009). Pada penelitian studi kasus ini subyek yang diteliti mulai dari ibu hamil trimester III dengan atau tanpa faktor risiko, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatal serta calon akseptor kontrasepsi. Subyek

penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G<sub>2</sub> P<sub>1001</sub> dengan usia kehamilan 35 minggu 5 hari diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

### **3.4 Pengumpulan dan Analisis Data**

#### **A. Pengumpulan data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam proposal ini sesuai metode yang digunakan dalam penelitian deskriptif, menurut (Arikunto,2003) yaitu untuk mengumpulkan informasi mengenai status gejala, penelitian secara langsung pada objek penelitian untuk mendapatkan data yang diperlukan dengan mengadakan penelitian dilapangan (field research). Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

#### **2) Observasi**

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu (Kriyantono, 2008).

Peneliti melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan.

#### **3) Wawancara**

Menurut Berger dalam Kriyantono (2008) mengatakan bahwa wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Peneliti mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

#### **4) Pemeriksaan Fisik**

Peneliti melakukan pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang dikelola.

#### 5) Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul LTA ini seperti : catatan medis klien yang berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), literatur dan lain sebagainya.

#### B. Analisa Data

Menurut Sugiyono (2004) Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisis data yang digunakan pada penelitian ini mengubah data hasil penelitian menjadi suatu informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

### 3.5 Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Menurut Hidayat (2008) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan prinsip:

#### A. Respect for person

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, ibu bebas menolak untuk ikut studi kasus ini atau dapat mengundurkan diri kapan saja.

Ny.T mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan dan bersedia ikut dalam studi kasus ini secara sadar tanpa paksaan dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan.

## B. Beneficence dan non maleficence

Ny.T sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan hand hygiene / mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti handscoon.

## C. Justice

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik yaitu akan menyita waktu ibu selama memberikan asuhan, mulai dari pengkajian yang dilakukan di rumah klien sampai dengan pelaksanaan asuhan dengan perkiraan waktu 60-120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. Seluruh kegiatan dalam memberikan asuhan dilakukan dibawah bimbingan dari bidan yang telah ditunjuk sebagai pembimbing dari Poltekkes Kemenkes Kaltim.

## BAB IV

### TINJAUAN KASUS

#### 4.1 Hasil Pengkajian Klien dan Perencanaan Asuhan

##### A. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-1

Tanggal : Selasa / 7 Maret 2017

Pukul : 16.00 Wita

Oleh : Kadek Agustina Puspa Ningrum

##### 1. Langkah I (Pengkajian)

###### a. Identitas

Nama klien	: Ny. T	Nama suami	: Tn. J
Umur	: 29 tahun	Umur	: 30 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Inpres 1 Gg. Air Terjun RT.27 No.48, Balikpapan Utara		

###### b. Keluhan

Tidak ada keluhan

###### c. Riwayat obstetric dan ginekologi

###### 1) Riwayat menstruasi

- a) HPHT / TP : 30 Juni 2016, TP : 7 April 2017
- b) Umur kehamilan : 35 minggu 4 hari
- c) Lamanya : ± 5 hari
- d) Banyaknya : 2 kali ganti pembalut
- e) Konsistensi : Cair
- f) Siklus : 28 hari
- g) Menarche : 12 tahun
- h) Teratur / tidak : Teratur
- i) Dismenorrhea : Tidak Ada



- j) Keluhan lain : Tidak Ada
- 2) Flour albus
- a) Banyaknya : Ada
- b) Warna : Putih
- c) Bau/gatal : Tidak berbau dan tidak gatal
- 3) Tanda – tanda kehamilan
- 1) Test kehamilan : PP Test
- 2) Tanggal : 10 Juli 2016
- 3) Hasil : Positif (+)
- 4) Gerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu : Usia kehamilan 4 bulan
- 5) Gerakan janin dalam 24 jam terakhir : Baik ( >12x )
- d. Riwayat penyakit/gangguan reproduksi
- 1) Mioma uteri : Tidak ada
- 2) Kista : Tidak ada
- 3) Mola hidatidosa : Tidak ada
- 4) PID : Tidak ada
- 5) Endometriosis : Tidak ada
- 6) KET : Tidak ada
- 7) Hydramnion : Tidak ada
- 8) Gemelli : Tidak ada
- 9) Lain – lain : Tidak ada
- e. Riwayat kehamilan
- G<sub>2</sub> P<sub>1</sub> A<sub>0</sub>
- Kehamilan I : 2012/mual saat TM 1
- Kehamilan II : Hamil ini
- f. Riwayat imunisasi
- 1) Imunisasi Catin : Tempat : Puskesmas Tanggal : lupa
- 2) Imunisasi TT I : Tempat : Puskesmas Tanggal : lupa
- 3) Imunisasi TT II : Tempat : Puskesmas Tanggal : lupa

## g. Riwayat kesehatan

- 1) Penyakit jantung : Tidak ada
- 2) Hipertensi : Tidak ada
- 3) Hepar : Tidak ada
- 4) DM : Tidak ada
- 5) Anemia : Tidak ada
- 6) PSM/HIV/AIDS : Tidak ada
- 7) Campak : Tidak ada
- 8) Malaria : Tidak ada
- 9) TBC : Tidak ada
- 10) Gangguan mental : Tidak ada
- 11) Operasi : 2013/abses payudara
- 12) Hemorrhoid : Tidak ada
- 13) Lain-lain : Tidak ada

## h. Alergi

- 1) Makanan : Tidak ada
- 2) Obat – obatan : Tidak ada

## i. Keluhan selama hamil

- 1) Rasa lelah : Ada, pada trimester III
- 2) Mual dan muntah : Ada, pada trimester I
- 3) Tidak nafsu makan : Tidak ada
- 4) Sakit kepala/pusing : Ada, pada trimester I
- 5) Penglihatan kabur : Tidak ada
- 6) Nyeri perut : Tidak ada
- 7) Nyeri waktu BAK : Tidak ada
- 8) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
- 9) Perdarahan : Tidak ada
- 10) Haemorrhoid : Tidak ada
- 11) Nyeri pada tungkai : Tidak ada
- 12) Oedema : Tidak ada

j. Tabel 4.1 Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/tgl lahir	Tempat Lahir	Gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1.	24 April 2012	RS Restu Ibu	Aterm	Tidak ada	Spontan	Bidan	Ta'a	♀	3200	49	Hidup
2.	Hamil ini										

## k. Riwayat menyusui

Anak I : Ya Lamanya : 2 tahun Alasan : ASI eksklusif

## l. Riwayat KB

- 1) Pernah ikut KB : Ya
- 2) Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan : Pil/suntik 1 bulan
- 3) Lama pemakaian : ± 4 tahun
- 4) Keluhan selama pemakaian : Tidak ada
- 5) Tempat pelayanan KB : BPM
- 6) Alasan ganti metode : -
- 7) Ikut KB atas motivasi : Ibu dan suami

## m. Kebiasaan sehari – hari

- 1) Merokok sebelum / selama hamil : Tidak
- 2) Obat–obatan/jamu, sebelum / selama hamil : Ibu hanya meminum vitamin dari puskesmas (Fe,Kalk,Vitamin BC)
- 3) Alkohol : Tidak

## n. Makan / diet

- 1) Jenis makanan : Nasi, lauk pauk, sayuran, buah-buahan dan susu
- 2) Frekuensi : 3-4 kali/ hari
- 3) Porsi : 1 piring
- 4) Pantangan : Tidak ada

## o. Defekasi / miksi

- 1) BAB
- 2) Frekuensi : 1 hari sekali
- 3) Konsistensi : Padat

- 4) Warna : Kekuningan
- 5) Keluhan : Tidak ada
- p. BAK
  - 1) Frekuensi : 5-6 x/hari
  - 2) Konsistensi : Cair
  - 3) Warna : Kuning Jernih
  - 4) Keluhan : Tidak ada
- q. Pola istirahat dan tidur
  - 1) Siang : ± 1-2 jam
  - 2) Malam : ± 7 -8 jam
- r. Pola aktivitas sehari – hari
  - 1) Di dalam rumah : Pekerjaan rumah tangga
  - 2) Di luar rumah : Jalan pagi
- s. Pola seksualitas
  - 1) Frekuensi : 3x seminggu
  - 2) Keluhan : Tidak ada
- t. Riwayat Psikososial
  - 1) Pernikahan
    - a) Status : Menikah
    - b) Yang ke : 1
    - c) Lamanya : 6 tahun
    - d) Usia pertama kali menikah : 23 tahun
    - e) Tingkat pengetahuan ibu terhadap kehamilan : Cukup, ibu memahami pentingnya memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan.
  - 2) Respon ibu terhadap kehamilan : Senang, ibu antusias akan kehamilannya ini
  - 3) Harapan ibu terhadap jenis kelamin anak : Ibu mengatakan ingin sekali anak perempuan
  - 4) Respon suami/keluarga terhadap kehamilan dan jenis kelamin anak : Senang, suami mengatakan perempuan atau laki – laki sama saja

- 5) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada
  - 6) Pantangan selama kehamilan : Tidak ada
- u. Persiapan persalinan
- 1) Rencana tempat bersalin : BPM Asminiwati
  - 2) Persiapan ibu dan bayi : Sudah ada (baju ibu, pakaian dalam, sarung ibu, bedong bayi, baju bayi, popok bayi, topi dan sarung tangan kaki bayi)
- v. Riwayat kesehatan keluarga
- 1) Penyakit jantung : Tidak ada
  - 2) Hipertensi : Tidak ada
  - 3) Hepar : Tidak ada
  - 4) DM : Tidak ada
  - 5) Anemia : Tidak ada
  - 6) PSM / HIV / AIDS : Tidak ada
  - 7) Campak : Tidak ada
  - 8) Malaria : Tidak ada
  - 9) TBC : Tidak ada
  - 10) Gangguan mental : Tidak ada
  - 11) Operasi : Tidak ada
  - 12) Bayi lahir kembar : Tidak ada
  - 13) Lain-lain : Tidak ada
- w. Pemeriksaan Fisik
- 1) Keadaan umum : Baik
  - 2) Berat badan
    - a) Sebelum hamil : 75 kg
    - b) Saat hamil : 85 kg
  - 3) Tinggi badan : 155 cm
  - 4) BMI=  $75 : (1,55)^2 = 31,22$
  - 5) Lila : 33 cm
  - 6) Kesadaran : Compos Mentis
  - 7) Ekspresi wajah : Tenang dan terbuka
  - 8) Keadaan emosional : Stabil

## 9) Tanda – tanda vital

- a) Tekanan darah : 110/70 mmHg
- b) Nadi : 80x/menit
- c) Suhu : 36,0°C
- d) Pernapasan : 20x/menit

## 10) Inspeksi

## a) Kepala

- (1) Kulit kepala : Bersih
- (2) Kontriksi rambut : Kuat
- (3) Distribusi rambut : Merata
- (4) Lain – lain : Tidak ada

## b) Mata

- (1) Kelopak mata : Tidak oedema
- (2) Konjungtiva : Tidak anemis
- (3) Sklera : Tidak ikterik
- (4) Lain – lain : Tidak ada

## c) Muka

- (1) Kloasma gravidarum : Tidak ada
- (2) Oedema : Tidak ada
- (3) Pucat / tidak : Tidak ada
- (4) Lain – lain : Tidak ada

## d) Mulut dan gigi

- (1) Gigi geligi : Lengkap
- (2) Mukosa mulut : Lembab
- (3) Caries dentis : Ada
- (4) Geraham : Lengkap
- (5) Lidah : Bersih
- (6) Lain – lain : Tidak ada

## e) Leher

- (1) Tonsil : Tidak ada peradangan
- (2) Faring : Tidak ada peradangan
- (3) Vena jugularis : Tidak ada pembesaran

(4) Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran

(5) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

(6) Lain-lain : Tidak ada

f) Dada

(1) Bentuk mammae : Simetris

(2) Retraksi : Tidak ada

(3) Puting susu : Menonjol

(4) Areola : Hiperpigmentasi

(5) Lain-lain : Luka bekas operasi payudara sebelah kanan

g) Punggung ibu

(1) Bentuk /posisi : Lordosis

(2) Lain-lain : Tidak ada

h) Perut

(1) Bekas operasi : Tidak Ada

(2) Striae : Ada (striae albican)

(3) Pembesaran : Sesuai Usia Kehamilan

(4) Asites : Tidak ada

(5) Lain-lain : Tidak ada

i) Vagina

(1) Varises : Tidak ada

(2) Pengeluaran : Cairan berwarna putih tidak berbau

(3) Oedema : Tidak ada

(4) Lain – lain : Tidak ada

j) Ekstremitas

(1) Oedema : Tidak ada

(2) Varises : Tidak ada

11) Palpasi

a) Leher

(1) Vena jugularis : Tidak ada pembesaran

(2) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

(3) Kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran

(4) Lain – lain : Tidak ada

b) Dada

(1) Mammae : Simetris

(2) Massa : Tidak ada

(3) Konsistensi : Kenyal

(4) Pengeluaran Colostrum : Tidak ada

(5) Lain-lain : Luka bekas oprasi pada payudara sebelah kanan

c) Perut

(1) Leopold I : Teraba Bokong

TFU : 2 jari dibawah Px,  
Mc Donald 32cm

(2) Leopold II : Punggung Kiri

(3) Leopold III : Kepala

(4) Leopold IV : Sudah masuk PAP

(5) TBJ : 3255 gram

d) Tungkai

(1) Oedema tangan kanan : - Kiri : -

Kaki kanan : - Kiri : -

(2) Varices kanan : - Kiri : -

e) Kulit

(1) Turgor : Baik

(2) Lain – lain : Tidak ada

12) Auskultasi

a) Paru – paru

(1) Wheezing : Tidak ada

(2) Ronchi : Tidak ada

b) Jantung

(1) Irama : Teratur

(2) Frekuensi : 80x/menit

(3) Intensitas : Baik

(4) Lain-lain : Tidak ada



## c) Perut

(1) Bising usus ibu : (+)

(2) DJJ

(a) Punctum maksimum : 1/3 kuadran kiri bawah

(b) Frekuensi : 131x/ menit

(c) Irama : Teratur

(d) Intensitas : Kuat

(e) Lain-lain : Tidak ada

## 13) Perkusi

a) Dada : Tidak dilakukan

b) Perut : Tidak dilakukan

c) Ekstremitas

(1) Refleks patella : Kanan : Positif (++)

Kiri : Positif (++)

d) Lain – lain : Tidak Ada

## 14) Pemeriksaan Khusus

a) Pemeriksaan dalam

(1) Vulva / uretra : Tidak dilakukan

(2) Vagina : Tidak dilakukan

(3) Dinding vagina : Tidak dilakukan

(4) Porsio : Tidak dilakukan

(5) Pembukaan : Tidak dilakukan

(6) Ukuran serviks : Tidak dilakukan

(7) Posisi serviks : Tidak dilakukan

(8) Konsistensi : Tidak dilakukan

## 15) Pelvimetri klinik

a) Promontorium : Tidak dilakukan

b) Linea inominata : Tidak dilakukan

c) Spina ischiadica : Tidak dilakukan

d) Dinding samping : Tidak dilakukan

e) Ujung sacrum : Tidak dilakukan

f) Arcus pubis : Tidak dilakukan

- g) Adneksa : Tidak dilakukan
- h) Ukuran : Tidak dilakukan
- i) Posisi : Tidak dilakukan
- j) Distansia Spinarum : Tidak dilakukan
- k) Distansia Kristarum : Tidak dilakukan
- l) Conjugata Eksterna : Tidak dilakukan
- m) Lingkar Panggul : Tidak dilakukan

#### 16) Pemeriksaan laboratorium

- a) Darah Tanggal : 7 Maret 2017
  - (1) Hb : 11,2gr%
  - (2) Golongan darah : A
  - (3) HbSAg : Nonreaktif
  - (4) HIV : Nonreaktif
  - (5) GDS : 96 mg/dl
- b) Urine Tanggal : 7 Maret 2017
  - (1) Protein : Negatif
  - (2) Lain – lain : Tidak ada

#### 17) Pemeriksaan penunjang

- a) USG tanggal : 6 Maret 2017, air ketuban mencukupi, plasenta tidak menutupi jalan lahir, jenis kelamin perempuan, TBJ : 3400 gram.
- b) X – Ray : Tidak dilakukan
- c) Lain – lain : Tidak Ada

## 2. Tabel 4.2 Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Diagnosa	Dasar
G <sub>2</sub> P <sub>1001</sub> hamil 35 minggu 5 hari janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala dengan potensial bayi besar	<p>S :</p> <p>Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran dan melahirkan anak cukup bulan 1 kali dan jumlah anak hidup 1 orang Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya 30 Juni 2016</p> <p>Ibu mengatakan PP test (+) pada bulan 10 Juli 2016 (PP test sendiri)</p> <p>Ibu mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dan minum susu ibu hamil.</p>

	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ku : Baik      Kes : Compos mentis</li> <li>2. TP : 7 April 2017</li> <li>3. TTV  TD : 110/70 mmHg  Nadi : 80x/ menit  Pernafasan : 20x/ menit  Temp : 36,0 °C</li> <li>4. BB sebelum hamil : 75 kg  BB terakhir : 85 kg  TB : 155 cm  BMI= 75: (1,55)<sup>2</sup> = 31,22   Usia kehamilan 35 minggu 4 hari TBJ menurut hasil USG 3400 gram  Usia kehamilan 36 minggu 5 hari TBJ menurut Mc Donald 3255 garm</li> <li>5. Inspeksi : konjungtiva tidak anemis</li> <li>6. Palpasi  Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (-)  Ekstermitas : Tidak ada oedema  Palpasi Leopold  LI : Teraba bokong  TFU: 2 jari dibawah Px  Mc Donald 32 cm  LII : Punggung kiri  LIII : Presentasi kepala  L IV : Sudah masuk PAP  TBJ : 3255 gram</li> <li>7. Auskultasi  DJJ (+) 131 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat</li> <li>8. Perkusi  Refleks Patella  Kaki kanan (++)  Kaki kiri (++)</li> <li>9. Pemeriksaan GDS : 96 mg/dl</li> </ol>
--	---

Masalah	Data Dasar
Potensial bayi besar	<p>S : ibu mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dan minum susu ibu hamil.</p> <p>O : Usia kehamilan 35 minggu 4 hari TBJ menurut hasil USG 3400 gram   Usia kehamilan 36 minggu 5 hari TBJ menurut Mc Donald 3255 garm</p>

### 3. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial)

Diagnosa Potensial : Bayi Besar

Masalah potensial : Anemia, perdarahan post partum

Dasar :

S : Ibu mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dan minum susu ibu hamil.

O : Usia kehamilan 35 minggu 4 hari TBJ menurut hasil USG 3400 gram  
Usia kehamilan 36 minggu 5 hari TBJ menurut Mc Donald 3255 garm

Antisipasi:

- a. Melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga kenaikan berat badan janin saat masih dalam kandungan dapat dikontrol dengan baik.
- b. Melakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah.
- c. Konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan dokter/ahli gizi.
- d. Sesuaikan kenaikan berat badan ibu selama kehamilan antara 8-12 kg.
- e. Lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein (ikan, susu, daging, tahu, tempe) vitamin dan mineral (sayur dan buah buahan).
- f. Kurangi makan makanan yang banyak mengandung karbohidrat seperti nasi, gula, mie, roti/kue, dll. Melakukan USG secara rutin selama kehamilan, sehingga dapat memantau penambahan berat badan bayi selama dalam kandungan dan dapat diambil langkah langkah untuk mencegah terjadinya bayi besar. (Hendrik, 2009)

4. Langkah IV (Menetapkan Terhadap Tindakan Segera)

Tidak ada

5. Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh)

- a. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Rasional :

Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan merupakan hak klien dan keluarga (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

- b. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang bayi besar/ makrosomia yaitu terdiri dari pengertian, akibat dan cara mengatasinya

Rasional :

Berat badan ibu harus memadai, bertambah sesuai umur kehamilannya. Memasuki trimester ketiga dibutuhkan vitamin dan mineral untuk mendukung pesatnya pertumbuhan janin dan pertumbuhan otak (Albugis, 2008).

- c. Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini.

Rasional : Perlunya menetapkan kebutuhan tindakan segera bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).

- d. Berikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini.

Rasional : Braxton hicks pada trimester 3 adalah hal yang normal, yaitu karena adanya kontraksi usus mempersiapkan persalinan. Cara untuk mengatasinya yaitu istirahat dan teknik nafas (Saifuddin, 2010).

- e. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

Rasional : Pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menetapkan resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju

ibu dan bayi sehat. Saat memasuki usia kehamilan 36 minggu, pemeriksaan kehamilan dilakukan setiap 1 minggu sekali. (Manuba Ida Ayu, 2012).

6. Langkah VI (Pelaksanaan Langsung Asuhan/Implementasi)

a. Memberitahu hasil pemeriksaan, yaitu :

- 1) Ku : baik
- 2) Kesadaran : cm
- 3) TTV :
  - a) TD : 110/70 mmHg
  - b) Nadi : 80x/ menit
  - c) Pernafasan : 20x/ menit
  - d) Temp : 36,0 °C
- 4) BB sebelum hamil : 75 kg
- 5) BB terakhir : 85 kg
- 6) TB : 155 cm
- 7) BMI= 75: (1,55)<sup>2</sup> = 31,22
- 8) LILA : 33cm
- 9) Inspeksi : konjungtiva tidak anemis
- 10) Palpasi
  - a) Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (-)
  - b) Ekstermitas : Tidak ada oedema
- c) Palpasi Leopold
 

LI : Teraba bokong, TFU: 2 jari dibawah Px  
Mc Donald 32 cm

LII : Punggung kiri

LIII : Presentasi kepala

L IV : Sudah masuk PAP

TBJ : 3255 gram

- d) Auskultasi  
 DJJ (+) 131 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat
- e) Perkusi  
 Refleks Patella  
 Kaki kanan (++)  
 Kaki kiri (++)
- f) Pemeriksaan GDS : 96 mg/dl.
- b. Menjelaskan tentang bayi besar/makrosomia pada ibu yaitu terdiri dari pengertian, akibat dan cara mengatasinya  
 Rasional :  
 Berat badan ibu harus memadai, bertambah sesuai umur kehamilannya. Memasuki trimester ketiga dibutuhkan vitamin dan mineral untuk mendukung pesatnya pertumbuhan janin dan pertumbuhan otak (Albugis, 2008).
- c. Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk mengetahui seberapa banyak porsi makanan untuk ibu hamil dengan potensial bayi besar.  
 Rasional :  
 Perlunya menetapkan kebutuhan tindakan segera bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007).
- d. Berikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini.  
 Rasional :  
 Braxton hicks pada trimester 3 adalah hal yang normal, yaitu karena adanya kontraksi usus mempersiapkan persalinan. Cara untuk mengatasinya yaitu istirahat dan teknik nafas (Saifuddin, 2010).
- e. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.  
 Rasional :  
 Pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting selama kehamilan, karena dapat mencegah secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menetapkan

resiko kehamilan, menyiapkan persalinan, menuju ibu dan bayi sehat (Manuba Ida Ayu, 2012).

#### 7. Langkah VII (Evaluasi)

Tanggal : 11 Maret 2017

Jam : 17.00 Wita

- a. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
- b. Ibu mampu menyebutkan 1 dari 3 akibat bayi besar/ makrosomia dan menyebutkan cara pencegahan/penanganan bayi besar/makrosomia.
- c. Ibu akan berkonsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini dan ibu akan berkonsultasi dengan ahli gizi untuk mengetahui seberapa banyak porsi makanan untuk ibu hamil dengan potensial bayi besar.
- d. Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini
- e. Ibu akan melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

### 4.3 Dokumentasi SOAP

ANC pada usia kehamilan 35 minggu 5 hari

Tanggal / waktu pengkajian : Sabtu, 11 Maret 2017

Pukul : 16.00 WITA

Nama Pengkaji : Kadek Agustina Puspa Ningrum

Tempat : Inpres 1 Gg. Air Terjun RT.27 No.48,

Balikpapan Utara

S : Ibu mengatakan hamil anak kedua, pernah 1 kali melahirkan cukup bulan, tidak pernah melahirkan prematur, tidak pernah keguguran, dan jumlah anak hidup 1 orang.



HPHT : 30 Juni 2016

Ibu mengatakan PP test (+) positif tanggal 10 Juli 2016

Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari dan minum susu

O : Ku : Baik  
 Kes : Compos mentis  
 TP : 7 April 2017  
 Tinggi badan : 155 cm  
 Lila : 33 cm

Berat badan :

Sebelum hamil : 75 kg

Sekarang : 85 kg

BMI=  $75 : (1,55)^2 = 31,22$

Usia kehamilan 35 minggu 4 hari TBJ menurut hasil USG 3400 gram

Usia kehamilan 36 minggu 5 hari TBJ menurut Mc Donald 3255 garm

TTV : TD : 110/ 70 mmHg

Nadi : 80x/ menit

Pernafasan : 20x/ menit

Temp : 36 °C

Palpasi

Dada : Tidak ada massa, konsistensi lunak, pengeluaran ASI (-)

Ekstermitas : Tidak ada oedema

Palpasi Leopold

LI : TFU 2 jari bawah px, Mc Donald 32 cm,  
 bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting  
 TBJ : 3255 gram

LII : Bagian perut ibu sebelah kiri teraba keras datar seperti papan (punggung), sebelah kanan teraba bagian kecil janin

LIII : Bagian terendah janin teraba bulat, keras,  
melenting (kepala), sudah masuk PAP

L IV : Divergen

Auskultasi

DJJ (+) 133 x/ menit, irama teratur, intensitas kuat

Perkusi

Refleks Patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)

A: Diagnosis : G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> usia kehamilan 35 minggu 5 hari  
Janin tunggal hidup intaruterine presentasi  
Kepala dengan potensial bayi besar.

Diagnosa/Masalah potensial :

Diagnosa potensial : Bayi Besar

Masalah potensial : Anemia

Tindakan Antisipasi :

1. Melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga kenaikan berat badan janin saat masih dalam kandungan dapat dikontrol dengan baik.
2. Melakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah.
3. Konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan ahli gizi.
4. Sesuaikan kenaikan berat badan ibu selama kehamilan antara 8-12 kg.
5. Lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein (ikan, susu, daging, tahu, tempe) vitamin dan mineral (sayur dan buah buahan).
6. Kurangi makan makanan yang banyak mengandung karbohidrat seperti nasi, gula, mie, roti/kue dan lain-lain. Melakukan USG secara rutin selama kehamilan, sehingga dapat memantau penambahan berat badan bayi selama dalam kandungan dan dapat diambil langkah langkah untuk mencegah terjadinya bayi besar. (Hendrik, 2009)

Tindakan Segera :

Tidak ada

P :

1. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Berikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang bayi besar/makrosomia pada ibu yaitu terdiri dari pengertian, akibat dan cara mengatasinya
3. Lakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini.
4. Berikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu braxton hicks yang terkadang ibu alami saat ini.
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ibu ada keluhan.

















## B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

### 1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu pengkajian : 12 Maret 2017/Pukul:17.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

Oleh : Kadek Agustina Puspa Ningrum

S :- ibu mengatakan terkadang perut terasa kencang-kencang.

- ibu mengatakan sering BAK.

O :

#### a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36,5 °C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit; serta hasil pengukuran berat badan saat ini 84 Kg.

#### b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, tampak putih pada sklera, dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih.

- Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.
- Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat luka bekas oprasi pada payudara sebelah kanan, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82 x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiridan kanan menonjol, tidak ada retraksi. Adanya pembesaran, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran ASI, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra.
- Pada pemeriksaan Leopold I yaitu TFU 2 jari bawah px,
- TFU menurut Mc Donald 34 cm, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.
- Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Pada Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Pada Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen).

Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 138 x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah  $(34-11) \times 155 = 3565$  gram.

#### Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak ada varices, reflek patella positif.

#### A:

Diagnosis : G<sub>2</sub> P<sub>1001</sub> Usia kehamilan 37 minggu 3 hari janin tunggal hidup intrauterine.

Masalah : - Potensial bayi besar.  
- Rasa ketidaknyamanan yang ibu alami (perut kencang dan sering BAK).

Dasar : - S : Ibu mengatakan makan 3-4 kali dalam sehari dan minum susu ibu hamil.  
- O :  
Usia kehamilan 36 minggu 5 hari TBJ 3255 gram  
Usia kehamilan 37 minggu 3 hari TBJ 3565

- Keluhan ibu yang mengatakan merasa kencang pada perutnya dan sering BAK.

Diagnosa/Masalah Potensial : Bayi besar

Antisipasi :

1. KIE tentang gizi pada kehamilan.
2. KIE kebutuhan terhadap ketidaknyamanan ibu.
3. KIE tentang bayi besar
4. Kolaborasi dengan dr.SpOG untuk mengetahui keadaan janin dalam rahim ibu.

Tabel 4.3 Planning Antenatal Care Kunjungan ke-II :

Tanggal 12 Maret 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.	
2.	17.10 WITA	Memberikan KIE mengenai : Gizi pada kehamilan Bahwa ibu hamil dianjurkan makan makanan yang beraneka ragam dengan rendah karbohidrat dan tinggi serat dan porsi makan 1 piring lebih dikurangi dari biasa. Dampak bila Asupan gizi yang berlebih bisa mengakibatkan bayi lahir dengan berat diatas rata-rata. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar. Pada saat persalinan : persalinan dengan distosia bahu, robekan pada perineum, perdarahan setelah persalinan, dan persalinan dengan operasi cenderung meningkat.	

		<p>Pada janin : bayi besar Ibu mengerti dan berjanji akan mengurangi porsi makannya.</p>	
3.	17.20 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai : Ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil trimester 3 yaitu kencang-kencang pada perut disebabkan karena kontraksi palsu yaitu persiapan usus dalam menghadapi persalinan serta sering BAK karena pembesaran uterus dan kepala mulai masuk ke panggul ibu sehingga menekan kandung kemih. Cara meringankannya yaitu kosongkan kandung kemih saat terasa dorongan untuk BAK, perbanyak minum pada siang hari, tidak mengurangi minum di malam hari, kecuali bila mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan. Tetapi batasi minum bahan diuretika alamiah seperti kopi dan teh. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengurangi minum teh pada malam hari.</p>	
4.	17.30 WITA	<p>Memberi KIE mengenai : Bayi besar Bayi besar/Makrosomia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan bayi yang baru lahir yang berukuran lebih besar daripada bayi pada umumnya. Seorang bayi didiagnosis dengan makrosomia janin biasanya memiliki berat lahir lebih dari 4.000 gram. Diagnosa potensial yang dapat terjadi pada bayi besar adalah persalinan dengan distosia bahu, masalah potensial yang dapat terjadi pada bayi besar adalah anemia pada kehamilan. Hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi bayi besar adalah: melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga kenaikan berat badan janin saat masih dalam kandungan dapat dikontrol dengan baik, konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan ahli gizi. Ibu mengerti tentang bayi besar dan dapat menyebutkan kembali hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya bayi besar.</p>	

5.	17.45 WITA	<p>Memberi KIE mengenai : Tanda bahaya kehamilan</p> <p>Tanda bahaya kehamilan (gerakan janin berkurang, sakit kepala hebat, sakit perut hebat, bengkak pada wajah dan jari tangan) Merupakan keadaan darurat yang mengharuskan ibu hamil untuk segera memeriksakan diri. Antara lain adalah ibu demam tinggi, gerakan janin berkurang atau menghilang, terjadi pengeluaran abnormal, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, sakit perut mendadak, dan bengkak pada wajah dan jari tangan. Ibu dapat menyebutkan kembali 4 tanda bahaya kehamilan dan ibu berjanji untuk segera memeriksakan diri bila mengalami salah satu tanda-tanda tersebut.</p>	
6.	17.00 WITA	<p>Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan.</p> <p>Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.</p>	

Tanggal 13 Maret 2017

No	Waktu	Tindakan	Paraf
7.	17.00 WITA	<p>Kolaborasi dengan dr. SpOG untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin. Hasil : keadaan janin saat ini baik, tidak ada kelainan, tidak ada lilitan tali pusat, serta air ketuban dalam batas normal. Usia kehamilan saat ini 37 minggu 4 hari. Taksiran berat janin yaitu 3.400 gram. Ibu mengetahui keadaan janinnya saat ini.</p>	



C. Asuhan Kebidanan Antenatal Care Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu pengkajian : 17 Maret 2017/Pukul:16.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

Oleh : Kadek Agustina Puspa Ningrum

S : ibu mengatakan terkadang terasa pusing.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 90/60 mmHg, suhu tubuh 36,7°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, serta hasil pengukuran berat badan saat ini 85 Kg.

b. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, konstruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut, dan bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, putih pada sklera dan penglihatan tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret.

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada Pernapasan cuping hidung.

- Mulut** : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah bersih.
- Leher** : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.
- Dada** : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara nafas vesikuler, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80x/menit, tidak terdengar suara napas tambahan.
- Payudara** : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, puting susu kiridan kanan menonjol, tidak ada retraksi, tidak teraba massa/oedema, sudah ada pengeluaran asi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen** : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra.
- Pada pemeriksaan Leopold I : TFU 3 jari bawah px, TFU Mc Donald 33 cm pada fundus, teraba tidak bulat dan tidak melenting.
- Pada Leopold II : teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kiri ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Leopold III : pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini tidak dapat digoyangkan.

Pemeriksaan leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen). Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) 134x/menit dan taksiran berat janin (TBJ) adalah  $(33-11) \times 155 = 3410$ gram.

Ekstermitas

Atas : Bentuk simetris, tidak oedema

Bawah : Bentuk simetris, tidak oedema, tidak adavarices, reflek patella positif.

c. Pemeriksaan penunjang

Diperiksa oleh :Kadek Agustina Puspa Ningrum  
menggunakan alat HB Digital

Hb : 11,2 gr/dl

A:

Diagnosis : G<sub>2</sub> P<sub>1001</sub> Usia Kehamilan 38 minggu 1 hari  
janin tunggal hidup intrauterine.

Masalah : - Pusing yang terkadang dirasakan ibu.

Data dasar : - TD : 90/60 mmHg

Diagnosa/Masalah Potensial: tidak ada

Kebutuhan Segera : - KIE tentang ketidaknyamanan yang dialami.

Tabel 4.4 Planning Antenatal Care Kunjungan ke-III :

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu. Bahwa hasil pemeriksaan secara umum ibu dalam keadaan normal; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yangtelah dilakukan.	
2.	16.50 WITA	Memberikan KIE mengenai : Gizi pada kehamilan Trimester III yaitu pada kehamilan trimester ini, ibu hamil butuh bekal energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Zat-zat gizi yang sebaiknya diperhatikan adalah kebutuhan kalori, protein, vitamin, asam folat, zat besi, yodium, kalsium dan mineral. Dapat diperoleh dari sumber makanan seperti sayuran berwarna hijau seperti bayam, hati, daging, ikan, telur, udang, tahu, tempe, dan lain-lain. mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat menyebutkan beberapa makanan yang baik dikonsumsi pada kehamilan trimester III.	
3.	17.00 WITA	Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan yang ibu alami yaitu terkadang merasa pusing, pusing merupakan keluhan yang sering dialami pada ibu hamil trimester III karena dengan pembesaran dari rahim ibu menekan pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun. Cara untuk meringankan atau mencegahnya yaitu bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang sesak, dan hindari berbaring dengan posisi terlentang. Ibu mengerti dan akan melakukan yang disarankan agar dapat meringankan keluhannya.	
4	17.15 WITA	Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin dan tablet penambah darah; Ibu bersedia untuk melanjutkan mengkonsumsi tablet tambah darahnya	
5.	17.25 WITA	Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan dan menganjurkan ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan;	

		Ibu mengerti dan bersedia untuk segera datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda persalinan.	
6.	17.30 WITA	Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang selanjutnya yaitu satu minggu lagi dan ibu diharapkan untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan;  Ibu mengerti mengenai kunjungan ulang dan bersedia untuk melakukan kunjungan ulang.	

D. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care Kala I fase aktif

Tanggal/Waktu Pengkajian : 6 April 2017 /Pukul: 05.30 WITA

Tempat : BPM Asminiwati

S :

Ibu datang ke BPM mengatakan nyeri perut bagian bawah hingga ke pinggang sejak tadi malam jam 00.00 WITA, namun ibu belum mau memeriksakan diri ke bidan karena kencang-kencang yang ibu rasakan masih jarang dan ibu tidak merasa terlalu sakit.

Pada pukul 03.30 WITA ibu mengatakan keluar lendir pervaginam disertai darah, tetapi kencang-kencang yang dirasakan belum terlalu sakit. Pukul 05.00 WITA ibu mengatakan kencang-kencang terasa semakin sering sehingga ibu segera datang ke BPM Asminiwati pada pukul 05.30 WITA untuk menjalani pemeriksaan dan proses persalinan. Jam 05.50 WITA, Ibu mengatakan kencang-kencang menjalar ke pinggang sampai ke perut semakin sering dari sebelumnya dan merasakan ingin BAB.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik, kesadaran composmentis.

Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36°C, nadi 80x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

Hasil pengukuran berat badan saat ini 85 Kg.

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada lesi, kontruksi rambut kuat, distribusi merata, tekstur lembut dan bersih tidak ada ketombe.

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, dan penglihatan ibu tidak kabur.

Telinga : Bersih dan tidak ada pengeluaran sekret

Hidung : Bersih, tidak ada polip dan peradangan, tidak ada pernapasan cuping hidung

Mulut : Bibir simetris, mukosa mulut lembab, tidak ada caries dentis pada gigi, tidak ada stomatitis, gigi geraham lengkap dan lidah tidak tremor.

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit.

Payudara : Payudara simetris, bersih, ada hyperpigmentasi pada areola

mammae, puting susu kiri dan kanan menonjol dan tidak ada retraksi. Ada pembesaran payudara, tidak teraba massa/oedema abnormal, ada pengeluaran ASI, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan ada luka bekas operasi.

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi.

Pada pemeriksaan Leopold I, 2 jari bawah px, tinggi fundus uteri menurut Mc Donald 32 cm, pada fundus teraba tidak bulat dan tidak melenting.

Pada Leopold II teraba bagian panjang dan keras seperti papan pada sebelah kanan ibu dan dibagian sebaliknya teraba bagian kecil janin.

Leopold III, pada segmen bawah rahim, teraba bagian keras, bulat dan melenting. Bagian ini sudah tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen), dan kandung kemih teraba kosong. TBJ: (32-11) x 155 = 3255 gram, kontraksi uterus: frekuensi: 4x10', durasi: 30-35 detik, Intensitas : Kuat. Auskultasi DJJ: terdengar jelas, teratur, frekuensi 135 x/menit.

Genetalia : Adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaranlendir darah.

### Pemeriksaan Dalam

Tanggal: 06 April 2017

Jam: 05.55 WITA

Vagina : Tidak oedema dan varices, adanya pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, efficement 100 %, pembukaan 10 cm, ketuban (+) dilakukan amniotomi, warna cairan ketuban jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III.

Anus : Tidak ada hemoroid, adanya tekanan pada anus, tidak ada pengeluaran feses dari lubang anus.

Ekstremitas : Simetris, tidak varises dan tidak oedema pada tungkai.  
Ekstremitasatas tidak ada oedema dan kapiler refill kembali dalam waktu  $\leq 2$  detik dan ekstremitas bawah tidak oedema, kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik.

A :

Diagnosis : G<sub>2</sub> P<sub>1001</sub> Usia Kehamilan 39 minggu 6 hari  
Inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intrauterine.

Masalah : - ibu merasa cemas dengan persalinannya di karenakan janin besar dari hasil USG tanggal 5 April 2017, TBJ 3775 gram  
- kurangnya pengetahuan ibu tentang manajemen nyeri persalinan.

Diagnosa potensial : Bayi besar

Masalah Potensial : Ketidaknyamanan nyeri pinggang menjalar hingga perut.



- Kebutuhan Segera : - Beri Support mental dan KIE tentang potensial terjadinya bayi besar
- KIE tentang fisiologi persalinan dan cara mengatasi nyeri persalinan.
  - Anjurkan ibu baring miring kiri
  - Observasi kemajuan persalinan sesuai partograf
  - Siapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan.

Tabel 4.5 Planning Asuhan kebidanan kala I fase aktif :

Tanggal 06 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.00 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap dan menyampaikan kepada keluarga bahwa ibu ingin di dampingi suaminya saat persalinan;  Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan dan suami mendampingi ibu selama bersalin.	
2.	06.02 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu minum teh hangat.	
3.	06.03 WITA	Mengajari ibu teknik nafas dalam atau relaksasi pada saat HIS yaitu dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung saat merasakan sakit dan menghembuskannya melalui mulut; Ibu dapat mengikuti teknik nafas yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	

4.	06.05 WITA	<p>Memantau kemajuan persalihan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit (hasil observasi terdapat pada partograf)</p> <p>Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.</p>	
5.	06.10 WITA	<p>Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya;</p> <p>Partus set telah tersedia, alat dalam partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher; pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia. Keseluruhan siap digunakan.</p>	
6.	06.15 WITA	<p>Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampin, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia dan siap dipakai.</p>	
9.	06.20 WITA	<p>Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki dorsal recumbent, tangan memegang mata kaki, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada dan mengikuti dorongan alamiah selama merasakan kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan.</p>	

Tabel 4.6 Lembar Observasi Kala I fase aktif

Jam	Kontraksi			DJJ	TTV			
	Intensitas	Frekuensi	Durasi		TD	N	R	T
05.30	Sedang	3	30-35	135	110/70	80	20	36
06.00	Sedang	3	35-40	138		82	20	
06.30	kuat	4	35-40	136		82	20	36,5

#### E. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala II

S :

Ibu mengatakan pinggangnya sakit hingga menjalar ke perut dan merasakan ingin BAB.

O :

##### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

##### 2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 132 x/menit, interval teratur terletak di kuadran kanan bawah umbilicus. Kontraksi uterus memiliki frekuensi: 4 x 10' dengandurasi: >45 detik dan intensitas kuat.

Genetalia : Adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah.

Anus : Tidak ada hemoroid, adanya tekanan pada anus, tidak ada pengeluaran feses dari lubang anus.

A :

Diagnosis : G<sub>2</sub> P<sub>1001</sub> usia kehamilan 39 minggu 6 hari  
inpartu kala II dengan potensial bayi besar  
janin tunggal hidup intrauterine

Masalah : Ketidaknyamanan nyeri pinggang menjalar  
hingga perut.

Diagnosa Potensial : Bayi besar

Kebutuhan Segera :- Pengaturan posisi ibu  
- Pertolongan persalinan.

Tabel 4.7 Planning Asuhan kebidanan kala II :

Tanggal 06 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.25 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin;  Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
3.	06.27 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan;  Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
4.	06.30 WITA	Menganjurkan kepada suami untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran;	

		Ibu minum teh manis.	
5.	06.32 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN. Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
6.	06.35 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada satu tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set lalu memakai sarung tangan steril dibagian tangan satunya.	
7.	06.37 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
8.	06.38 WITA	Meletakkan duk steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.	
9.	06.40 WITA	Melindungi perineum ibu ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
10.	06.41 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.	
11.	06.42 WITA	Memegang secara biparietal. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk	

		menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 06.45 WITA.	
12.	06.46 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas Bayi baru lahir sambil Meringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan, bayi segera menangis, A/S: 8/10, jenis kelamin perempuan, sisa ketuban jernih	

#### F. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala III

S :

Ibu mengatakan masih merasa mules pada perutnya.

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

2. Pemeriksaan fisik

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi baik.

Genitalia : Terdapat semburan darah secara tiba-tiba, tali pusat memanjang.

A :

Diagnosis : P<sub>2002</sub> Parturient kala III

Diagnosa/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : - Pengeluaran placenta dan PTT

Tabel 4.8 Planning Asuhan Kebidanan Kala III :

Tanggal 06 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	06.46 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
2.	06.47 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin	
3.	06.47 WITA	Menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
4.	06.47 WITA	Menjepit tali pusat dengan klem umbilical 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
5.	06.47 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
6.	06.47 WIA	Meletakkan bayi diatas perut ibu pakaikan selimut dan topi selama 1 jam.	
7.	06.48 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cmdari vulva	
8.	06.48 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan sedang, terdapat pengeluaran darah $\pm$ 100 cc	
9.	06.48 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	

10.	06.49 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.	
11.	06.50 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban, Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 06.50 WITA.	
12.	06.51 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik, Kontraksi uterus baik, uterus teraba keras.	
13.	06.55 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukan plasenta kedalam tempat yang tersedia; Kotiledon $\pm$ 20, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada marginalis pada plasenta, panjang tali pusat $\pm$ 50 cm, tebal plasenta $\pm$ 2 cm, diameter plasenta $\pm$ 15 cm. Mengevaluasi laserasi jalan lahir. Terdapat laserasi jalan lahir, derajat II yaitu di perineum.	
14.	07.00 WITA	Melakukan penjahitan pada perineum, sebelumnya dilakukan anastesi dengan lidokain. Perineum telah diheacting dengan 12 heacting. Betadine (+)	
15.	07.05	Mengevaluasi perdarahan Kala III; Perdarahan $\pm$ 100 cc.	



#### G. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care kala IV

S : Ibu merasakan perutnya masih terasa mules, ibu mengatakan masih merasa lelah setelah proses persalinannya dan nyeri luka jahitan.

O:

##### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis.

Tanda-tanda Vital : tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,5 °C.

##### 2. Pemeriksaan fisik

Payudara : Puting susu ibu kiri dan kanan menonjol, telah ada pengeluaran ASI, dan konsistensi payudara tegang berisi.

Abdomen : Tinggi fundus uteri ibu 1 jari bawah pusat, kontraksi rahim kuat dengan konsistensi yang keras serta kandung kemih teraba kosong.

Genitalia : Adanya pengeluaran lochea rubra. Plasenta lahir lengkap jam 06.50 WITA.

A :

Diagnosis : P<sub>2002</sub> Parturient kala IV

Masalah : Ibu merasa kelelahan pasca persalinannya dan nyeri luka jahitan.

Masalah Potensial : Ibu takut untuk melakukan mobilisasi

Kebutuhan Segera : - Anjurkan makan dan minum serta istirahat.  
 - KIE manfaat mobilisasi dan perawatan luka jahitan perineum  
 - Observasi Kala IV persalinan.

Tabel 4.9 Planning Asuhan Kebidanan Kala IV :

Tanggal 06 April2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	07.06 WITA	Mengajarkan ibu cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan telapak tangan hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras); Ibu ikut mempraktekkan cara me-masase uterus dan uterus teraba keras	
2.	07.08 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
3.	07.10 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan pakaian	
4.	07.12 WITA	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.	
5.	07.05 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36°C, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 30 cc (data terlampir pada partograf).	
6.	07.07 WITA	Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi	
7.	07.12 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu memakan menu yang telah disediakan dan minum susu.	
8.	07.15 WITA	KIE manfaat mobilisasi diantaranya adalah : Dapat melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi post partum yang timbul karna adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi, mempercepat	

		<p>involusio alat kandungan (memperlancar pengeluaran darah dan sisa placenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik), melancarkan fungsi alat (gastrointestinal dan alat perkemihan dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus kandung kemih kembali normal, aktivitas juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula), mempercepat fungsi ASI (meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme), ibu merasa lebih baik dan lebih kuat.</p>	
9.	07.20 WITA	<p>KIE perawatan luka jahitan perineum: Perawatan luka perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi dengan cara menjaga kebersihan perineum.</p>	
10.	07.25 WITA	<p>Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan <math>\pm</math> 20 cc (data terlampir pada partograf).</p>	
11.	07.35 WITA	<p>Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan <math>\pm</math> 20 cc (data terlampir pada partograf).</p>	
10.	07.50 WITA	<p>Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan <math>\pm</math> 10 cc (data terlampir pada partograf).</p>	

11.	08.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 78 x/menit, suhu 36,2 °C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc (data terlampir pada partograf).	
12.	08.50 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 78 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 10 cc (data terlampir pada partograf).	
13.	08.55 WITA	Melengkapi partograf	

#### H. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 06April 2017/Pukul: 07.50 WITA

Tempat : BPM Asminiwati

S :

##### 1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. T dan Tn. J, alamat rumah berada di jalan Inpres 1 RT 27 No. 48 Gg. Air terjun Balikpapan Utara, tanggal lahir bayi 06 April 2017 pada hari Kamis pukul 06.45 WITA dan berjenis kelamin perempuan.

##### 2. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Saat ini.

Ibu hamil pertama dengan usia kehamilan aterm yaitu 39 minggu 6 hari,tidak pernah mengalami abortus, dan jenis persalinan yaitu partus spontan pervaginam pada tanggal 06 April 2017

O :

1. Data Rekam Medis

a. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal: 06 April 2017                      Jam : 07.50 WITA

Jenis kelamin perempuan, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 8/10.

2. Tabel 4.10 Nilai APGAR : 8/10

Kriteria	0	1	2	Jumlah	
				1 menit	5 menit
Frekuensi Jantung	tidak ada	< 100	> 100	2	2
Usaha Nafas	tidak ada	lambat/tidak teratur	menangis dengan baik	2	2
Tonus Otot	tidak ada	beberapa fleksi ekstremitas	gerakan aktif	1	2
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	1	2
Warna Kulit	biru/pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah mudaseluruhnya	2	2
Jumlah				8	10

3. Tabel 4.11 Pola fungsional kesehatan:

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI)
Eliminasi	- BAB (+) warna: hijau kehitaman, Konsistensi: lunak - BAK (+) warna: kuning jernih, Konsistensi: cair

#### 4. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

##### a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 139 x/menit, pernafasan 44 x/menit, suhu 36,9°C. Pemeriksaan antropometri, berat badan 3800 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala : 35 cm, lingkar dada 37 cm, dan lingkar lengan atas 14 cm.

##### b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada molase, tidak ada caput succadeneum, tidak ada cephal hematoma, distribusi rambut bayi merata, warna kehitaman, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian & ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Wajah : Simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu telinga tidak terdapat kelainan.

Mata : Simetris, tidak ada kotoran, tidak terdapat perdarahan dan tidak terdapat strabismus.

Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan tidak ada pernafasan cuping hidung.

Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan bersih tidak ada kotoran.

Mulut : Simetris, tidak ada sianosis, tidak ada labio palatoskhizis dan labio skhizis, mukosamulut lembab, bayi menangis kuat, lidah terlihat bersih.

Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan,

pergerakan bebas tidak ada selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada simetris.

Payudara : Tidak ada pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran ASI.

Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.

Punggung : Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak ada meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung dan bercak kecil berambut.

Genetalia : Labia mayora menutupi labia minora.

Anus : Tidak adanya lesung atau sinus, terdapat sfingterani.

Kulit : Terlihat kemerahan, tidak ada ruam, bercak, tanda lahir, memar, pembengkakan. Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung. Terdapat verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan leher aktif, klavikula teraba utuh, jari tangan dan jari kaki simetris, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari lengkap dan bergerak aktif, tidak ada polidaktili dan sindaktili. Adanya garis pada telapak kaki dan tidak ada kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status neurologi (refleks)

Glabella (+) bayi berkedip saat diketuk perlahan 4-5 kali pada dahinya, mata boneka (+) bayi membuka matanya dengan lebar saat ditolehkan kepala bayi ke satu sisi kemudian di tegakkan kembali, blinking (+) bayi menutup kedua matanya saat di hembuskan udara, rooting (+) bayi menoleh ke arah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, sucking (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, swallowing (+) bayi dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui.

Tonick asimetris (+) bayi menghadap ke sisi kiri, lengan dan kaki tampak lurus, sedangkan lengan dan tungkainya akan berada dalam posisi fleksi saat ditelentangkan, kemudian kepala dimiringkan ke sisi tubuh sebelah kiri, tonick neck (+) bayi berusaha mempertahankan lehernya untuk tetap tegak saat bayi ditelentangkan kemudian menarik bayi ke arah mendekati perut dengan memegang kedua tangannya, morro (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menangkap kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, palmar grasping (+) bayi menggenggam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi.

Magnet (+) kedua tungkai bawah bayi tampak ekstensi melawan saat pemeriksa memberi tekanan pada telak kaki bayi, walking (+) kaki bayi menjejak-jejak seperti akan berjalan dan posisi tubuhnya condong kedepan saat tubuh bayi diangkat dan diposisikan berdiri diatas



permukaan lantai dan telapak kakinya menapak di lantai, babinski (+) jari-jari bayi membuka saat disentuh telapak kakinya, plantar (+) jari-jari kaki bayi berkerut rapat ketika disentuh pangkal jari kaki bayi, galant (+) tubuh bayi fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi saat punggung bayi digoreskan menggunakan jari ke arah bawah, refleks swimming tidak dilakukan karena bayi belum dimandikan.

d. Terapi yang diberikan :

Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc

Salep mata tetrasiklin

A :

Diagnosis : Bayi baru lahir SMK usia 1 jam

Masalah : - Perawatan esensial BBL  
- Teknik menyusui yang kurang tepat

Diagnosis/Masalah Potensial: Tidak ada

Kebutuhan Segera : - Pemberian injeksi Neo-K  
- Pemberian antibiotic tetes mata  
- Inisiasi Menyusu Dini (IMD).  
- KIE teknik menyusui.

Tabel 4.12 Planning Asuhan Kebidanan BBL :

Tanggal : 06 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	07.55 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi ibu baik. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.	
2.	07.53 WITA	Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian imunisasi hepatitis B dan injeksi vitamin K dan orang tua bersedia untuk dilakukan imunisasi pada bayinya.	
3.	08.00 WITA	<p>Memberi injeksi vitamin K pada paha sebelah kiri, vaksin hepatitis B pada paha kanan, dan salep mata.</p> <p>Kejadian perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM. Serta pemberian imunisasi HB0 dalam waktu 0-7 hari agar bayi memperoleh kekebalan dari penyakit hepatitis B. Salep mata diberikan sebagai profilaksis, mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi baru lahir; Telah diberikan injeksi vitamin K, hepatitis B, dan salep pada mata.</p>	
4.	08.05 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya, dan tidak dapat digantikan oleh orang lain. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis; Ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.	

5.	08.10 WITA	Menjaga kehangatan bayi.  Ketika bayi lahir, bayi berada pada lingkungan bersuhu lebih rendah dari pada dalam rahim ibu. Bila dibiarkan dalam suhu kamar, maka bayi akan kehilangan panas dan terjadi hipotermi.	
6.	08.15 WITA	Melakukan rawat gabung  Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (early infant mother bonding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya; Dilakukan rawat gabung antara bayi dengan ibu	
7.	08.20 WITA	Memberi KIE mengenai :  Teknik menyusui  Dilakukan untuk mengajarkan ibu bagaimana teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik dan tanpa hambatan; Ibu dapat mempraktikkan teknik menyusui yang benar	
8.	08.25 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan; Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan ulang.	

#### I. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 06 April 2017/Pukul : 12.45 WITA

Tempat : BPM Asminiwati

S :

Ibu mengatakan merasa kelelahan dan mengantuk.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik, kesadaran composmentis, hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,6°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak oedema dan tidak pucat

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik.

Leher : Tidak ada hiperpigmentasi, tidak ada peradangan tonsil dan faring, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82x/menit tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI, ada hiperpigmentasi pada areolla, putting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Simetris, posisi membujur, tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra, tidak tampak asites, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, terdapat pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula, terdapat heacting 12 jahitan

Anus : Tidak terdapat hemoroid

Ekstremitas

Atas : Simetris, tidak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep dan trisep positif.

Bawah : Simetris, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, tidak teraba oedema, kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

c. Tabel 4.13 Pola Fungsional nifas 6 jam

Pola	Keterangan
Istirahat	dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	memakan menu yang telah disediakan BPM yaitu nasi, sayur, lauk-pauk, dan minum teh manis
Terapi	mendapat vitamin A 2 tablet dan tablet Fe1x1.
Mobilisasi	sudah bisa BAK sendiri tanpa bantuan orang lain
Eliminasi	sudah BAK 1x, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan namun ibu belum BAB
Menyusui	dapat menyusui bayinya dengan baik.

A :

Diagnosis : P<sub>2002</sub> post partum fisiologis 6 jam

Masalah : Kelelahan setelah proses persalinan

Data dasar : Ibu mengatakan bahwa ia mengantuk

Masalah Potensial : Produksi ASI yang kurang dan bayi kuning

Kebutuhan Segera : KIE tentang pola istirahat dan tanda bahaya nifas.

Tabel 4.14 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal kunjungan pertama :

Tanggal 6 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	13.00 WITA	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik.</p> <p>Dari hasil pemeriksaan fisik puerperium, tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, tampak adanya pengeluaran ASI. Pengeluaran lochea rubra, berwarna merah, konsistensi cair dan bergumpal, terdapat 12 jahitan pada perineum. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal tetapi ibu saat ini dalam keadaan kelelahan;</p> <p>Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.</p>	
2.	13.10 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai pola istirahat pada masa nifas, pola istirahat ibu mengikuti pola istirahat bayinya, di saat bayi tidur, di saat itulah ibu beristirahat.</p> <p>Ibu mengerti penjelasan yang diberikan oleh bidan.</p>	
3.	13.10 WITA	<p>Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan, demam dan apabila mengalami tanda-tanda tersebut segera melapor ke petugas kesehatan;</p> <p>Ibu mengerti penjelasan yang diberikan oleh bidan.</p>	
4.	13.20 WITA	<p>Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai jadwal kunjungan selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya di tanggal 12 April 2017 atau saat ada keluhan</p>	

J. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II (Nifas hari ke-6)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 12 April 2017/Pukul :16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

S :

Ibu mengatakan darah nifasnya masih keluar sedikit tetapi sudah berwarna merah campur kekuningan seperti lendir.

Ibu mengatakan merasa kurang nyaman saat menyusui bayinya

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. M baik; kesadaran composmentis;

hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/70 mmHg,

suhu tubuh 36,6°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik.

Leher : Tidak ada hyperpigmentasi, tidak terdapat peradangan tonsil dan faring, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 82x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Simetris, terdapat pengeluaran ASI, terdapat

Hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada retraksi.

Abdomen : Simetris, tidak ada bekasoperasi, terdapat linea nigra dan striae livide, tidak asites, TFU pertengahan pusat sympisis, kontraksi baik dan kandung kemih kosong.

Genetalia : Vulva tidak oedema, tidak ada varices, terdapat pengeluaran lochea sanguiolenta, tidak terdapat luka parut, tidak ada fistula, heacting terlihat kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Anus : Tidak ada hemoroid.

#### Ekstremitas

Atas : Simetris, tidak oedema, kapilerrefill baik.

Bawah : Simetris, tidak teraba oedema, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

#### c. Tabel 4.15 Pola Fungsional nifas hari ke- 6

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.



A :

Diagnosis : P<sub>2002</sub> post partum fisiologis hari ke-6

Masalah : Rasa tidak nyaman saat menyusui

Diagnosis/Masalah Potensial : Payudara lecet dan bendungan ASI

Kebutuhan Segera :- KIE Posisi menyusui  
- Evaluasi adanya tanda bahaya nifas

Tabel 4.16 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal Kunjungan kedua :

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.45 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal;  Ibu mengerti mengenai kondisinya saat ini	
2.	16.50 WITA	Memberikan KIE tentang posisi dan teknik menyusui yaitu :  1. bayi diletakan ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan putting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke putting susunya dan menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar. 2. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah putting susu. 3. Cara melekatkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bawah bayi membuka lebar	

		<p>4. Cara pengamatan teknik menyusui yang benar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bayi tampak tenang</li> <li>b. Badan bayi menempel pada perut ibu</li> <li>c. Mulut bayi terbuka lebar</li> <li>d. Dagu bayi menempel padapayudara ibu</li> <li>e. Sebagian areola masuk kedalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk</li> <li>f. Bayi tampakmenghisap kuat dengan irama perlahan</li> <li>g. Putting susu tidak terasa nyeri</li> <li>h. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus</li> <li>i. Kepala bayi agak menengadah.</li> </ol> <p>Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu mempraktekannya.</p>	
3.	17.10 WITA	<p>Mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas seperti perdarahan yang banyak dari jalan lahir ibu, bau yang tidak normal dari vagina, nyeri perut dan panggul yang hebat, pusing dan lemas berlebihan, demam; Tidak terdapat tanda-tanda bahaya nifas.</p>	
4.	17.15 WITA	<p>Membuat kesepakatan dengan ibu untuk dilakukan kunjungan masa nifas selanjutnya yaitu pada tanggal 20 April 2017 atau saat ada keluhan;</p> <p>Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.</p>	

K. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-III (Nifas hari ke-14/ 2 minggu)

Tanggal/Waktu Pengkajian : Senin, 20 April 2017 /Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

S :

Ibu mengatakan payudaranya terasa penuh, panas dan nyeri tetapi ASI masih keluar dan masih dapat menyusui bayinya.

Ibu mengatakan demam sejak tadi malam.

Ibu mengatakan sudah tidak ada pengeluaran darah pervaginam.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 90/70 mmHg, suhu tubuh 39°C, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak ada kloasma gravidarum, tidak oedema dan tidak pucat.

Mata : Tidak oedema pada kelopak mata, konjungtiva tidak anemis, dan sklera tidak ikterik.

Leher : Tidak ada hiperpigmentasi, tidak teraba pembesaran vena jugularis, kelenjar tiroid, dan kelenjar getah bening.

Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 80 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Payudara : Terlihat tidak simetris, pengeluaran ASI sedikit, terdapat hiperpigmentasi pada areola, puting susu kiri kurang menonjol, tidak ada retraksi, teraba pembengkakan karena ASI yang penuh.

Abdomen : Simetris, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak bekas operasi, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.

Genetalia: Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tidak tampak pengeluaran lochea, tidak terdapat luka parut, luka heacting telah sembuh.

Anus : Tidak ada hemoroid.

#### Ekstremitas

Atas : Simetris, tidak oedema, kapilerrefil baik, refleks bisep dan trisep positif.

Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak ada varices, tidak ada trombophlebitis, kapiler refill baik, homan sign negatif, refleks patella positif.

c. Tabel 4.17 Pola Fungsional nifas hari ke-14

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 ½ porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih ± 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu sedikit kesulitan dalam menyusui bayinya.

A :

Diagnosis : P<sub>2002</sub> post partumhari ke 14

Masalah : Bendungan ASI.

Dasar : - ibu mengatakan payudaranya terasa penuh, panas dan nyeri.

- Pemeriksaan Suhu Ibu 39°C.
- Pemeriksaan payudara payudara ibu terlihat mengkilat, berbenjol-benjol, serta nyeri pada perabaan karena pembengkakan yang terlokalisasi.

Diagnosis/Masalah Potensial : Mastitis, Abses Payudara.

Kebutuhan Tindakan Segera :

1. Kompres hangat bergantian dengan kompres dingin.
2. Mengajarkan kembali posisi menyusui yang baik dan benar pada ibu.
3. Kolaborasi dokter pemberian paracetamol 500 mg per oral.

Tabel 4.18 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal kunjungan ketiga :

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	15.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik nifas ibu dalam keadaan normal; Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal	
2	15.10 WITA	Menjelaskan pada ibu bahwa yang ibu alami saat ini adalah bendungan ASI yaitu ibu merasa payudara terasa berat , panas dan keras. Bila payudara penuh, maka ibu harus menyusui bayi sesering mungkin tanpa jadwal (on demand) dengan posisi dan perlekatan yang benar. Kemudian jika bayi sudah disusui, dan payudara masih terasa penuh maka ibu harus memerah ASI agar payudara mengalami pengosongan yang sempurna sehingga tidak menjadi bengkak dan ASI tidak keluar.	
3.	15.15 WITA	Melakukan perawatan payudara sambil mengajarkan pada ibu yaitu dengan mengompres hangat pada payudara yang terasa penuh agar melancarkan peredaran darah dan bergantian dengan kompres air dingin untuk mengurangi rasa sakit pada payudara. Ibu mengerti dan berjanji akan melakukan perawatan payudara secara rutin.	
4.	15.30 WITA	Memberikan KIE pada ibu mengenai posisi yang benar saat menyusui.  Ibu mengerti dan telah mempraktikkan posisi menyusui yang baik dan benar pada bayinya.	
5.	15.40 WITA	Melakukan penyuluhan mengenai alat kontrasepsi	
6.	15.55 WITA	Membuat kesepakatan untuk kunjungan ulang berikutnya pada tanggal 26 Mei 2016 untuk mengevaluasi keadaan ibu.	

## Evaluasi

Asuhan Kebidanan Post Natal Care Hari ke-17

Tanggal/Waktu Pengkajian : 21 April 2017/Pukul : 15.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

S :

Ibu mengatakan telah lebih sering mengompres payudaranya dengan botol hangat sebelum menyusukan bayi agar ASI yang keluar lebih lancar, bayi telah lebih sering disusukan, kemudian apabila setelah menyusui payudara masih terasa penuh ibu mengeluarkan ASI nya secara manual dengan diperah, ibu mengatakan keadaannya sudah lebih baik dari sebelumnya. Namun ibu masih belum mengetahui cara penyimpanan ASI yang telah diperah.

O :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik; kesadaran composmentis;  
hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 100/60 mmHg,  
suhu tubuh 36,6°C, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit.

b. Pemeriksaan fisik

Payudara : Payudara simetris, bersih, terdapat pengeluaran ASI, ada hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi.

Abdomen : Simetris, posisi membujur, tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra, tidak tampak asites, TFU tidak teraba, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

A :

Diagnosis : P<sub>2002</sub> post partum fisiologis hari ke 17

Masalah : Kurangnya pengetahuan ibu mengenai penyimpanan ASI setelah diperah.

Diagnosa/Masalah Potensial: tidak ada

Kebutuhan Segera : KIE cara penyimpanan ASI yang baik dan benar.

Tabel 4.19 Planning Asuhan Kebidanan Post Natal Care Hari ke-17:

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	15.00 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik keadaan ibu normal. Ibu mengerti akan kondisinya saat ini dalam keadaan normal.	
2.	15.10 WITA	Memberikan KIE pada ibu cara penyimpanan ASI yang baik dan benar. 1. ASI tahan selama 4 jam pada suhu 25C (suhu ruangan), 24 jampada suhu 15C (cooler box dengan es batu), 5 hari pada suhu 4C (cooler), 3-4 bulan dalam freezer kulkas dua pintu dan selama 6 bulan pada suhu -19C. 2. ASI sebaiknya disimpan pada wadah stainless steel, kaca dan plastic, disterilkan terlebih dahulu dengan merebus botol selama 5-7 menit. 3. Jika ASI perah akan digunakan, sebaiknya 12 jam sebelum diberikan, ASI perah beku di freezer dipindahkan dulu ke rak kulkas sehingga mencair, kemudian hangatkan pada suhu ruangan atau dengan merendamnya dalam air hangat (bukan air panas), ASI perah yang sudah dicairkan dan dihangatkan dapat bertahan selama 2 jam.	



		Ibu mengerti penjelasan yang di berikan dan akan memperaktekannya.	
3.	15.25 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai jadwal kunjungan selanjutnya.  Ibu bersedia dilakukan kunjungan berikutnya.	

L. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke I (6 jam)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 6 April 2017/Pukul : 13.45 WITA

Tempat : BPM Asminiwati

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 128 x/menit, pernafasan 44 x/menit dan suhu 36,8 °C. Dan pemeriksaan antropometri panjang badan 50 cm, berat badan 3800 gram, pemeriksaan lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 37 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput sauchedaneum, tidak terdapat molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : Simetris, tidak ada kotoran dan perdarahan, tidak oedema pada kelopak mata, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

- Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan pernafasan cuping hidung.
- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan bersih tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak sianosis, tidak terlihat labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu menonjol.
- Abdomen : Simetris, tali pusat terdapat 2 arteri dan 1 vena, tali pusat berwarna putih segar, tidak terdapat perdarahan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat, dan tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Simetris, tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Terdapat labia mayora menutupi labia minora.
- Anus : Terdapat lubang anus, neonates sudah BAB sebanyak 2 kali.
- Lanugo : Adanya lanugo di daerah lengan dan punggung.
- Verniks : Terdapat verniks di daerah lipatan leher, lipatan selangkangan.

Ekstremitas : Pergerakan leher aktif, jari tangan dan jari kakisimetris, lengkap dan bergerak aktif, tidak polidaktili dan sindaktili. Terdapat garis pada telapak kaki dan tidak terdapat kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status Neurologi (refleks)

Refleks glabella (+), refleks blinking (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), reflex swallowing (+), refleks tonick asimetris (+), refleks tonick neck (+), refleks morro (+), refleks palmar grasping (+), refleks walking (+), refleks babinski (+), refleks plantar (+), refleks galant (+), dan refleks swimming (+).

d. Tabel 4.20 Pola Fungsional neonates hari pertama

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi (ASI) secara teratur oleh ibunya. Ibu menyusui bayinya setiap keinginan bayi atau setiap 2 jam. Ibu juga tidak memberikan makanan lain selain ASI.
Eliminasi	- BAB 2 kali/hari konsistensi lunak warna hijau kehitaman - BAK 3 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	- Bayi belum ada dimandikan. - Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	- Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan usia 6 jam

Masalah : Kurangnya pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat bayi.

Masalah Potensial : Potensial terjadi infeksi tali pusat

Kebutuhan Segera : KIE tentang tanda bahaya dan perawatan tali pusat bayi.

Tabel 4.21 Planning Asuhan Kebidanan neonatus usia 1 hari :

Tanggal : 6 April 2017

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	14.00 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	14.10 WITA	Memberikan KIE mengenai tanda bahaya bayi seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, tali pusat berbau, gerakan, tangisan tidak ada, merintih, sesak, infeksi mata, diare, kejang. Apabila ibu menemui tanda-tanda tersebut segera ke pelayanan kesehatan terdekat;  Ibu paham mengenai penjelasan yang disampaikan.	
3.	14.20 WITA	Memberitahu ibu mengenai perawatan tali pusat, yaitu dengan teknik bersih dan kering. Tali pusat dibiarkan kering, dibersihkan dengan sabun saat mandi dan selalu mengganti kassa bila basah atau kotor;  Ibu telah mengerti penyampaian yang disampaikan.	

4	14.30 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan ulang neonatus selanjutnya yaitu pada 6 hari selanjutnya di tanggal 12 April 2017 atau saat ada keluhan.	
---	---------------	---	--

M. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-II (Hari ke-6)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 12 April 2017/Pukul : 17.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 46 x/menit dan suhu 36,8 °C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 3900 gram, panjang badan 50 cm, pemeriksaan lingkar kepala 35 cm, lingkar dada 37 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada kaput saucedaneum, tidak terdapat molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.

Mata : simetris, tidak ada kotoran dan perdarahan, tidak oedema pada kelopak mata, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan pernafasan cuping hidung.

- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak sianosis, tidak terlihat labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada simetris, putting susu menonjol.
- Abdomen : Simetris, tali pusat sudah putus, terlihat kering pada tempat pelepasan tali pusat, tidak terabakembung, serta tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Simetris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : labia mayora telah menutupi labia minora.
- Anus : Terdapat lubang anus dan neonates BAB sebanyak 5 kali dalam sehari.
- Lanugo : Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada.
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak ada kelainan, tidak polidaktil, pergerakan aktif.

## c. Status Neurologi (refleks)

Refleks glabella (+), refleks blinking (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), reflex swallowing (+), refleks tonick asimetris (+), refleks tonick neck (+), refleks morro (+), refleks palmar grasping (+), refleks walking (+), refleks babinski (+), refleks plantar (+), refleks galant (+), dan refleks swimming (+).

## d. Tabel 4.22 Pola Fungsional neonatus usia 6 hari

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali. Ibu tidak memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
Eliminasi	BAB 1-2kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan 1 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan saat diajak bermain

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa  
Kehamilan hari ke-6

Masalah : tidak ada.

Diagnosis/Masalah Potensial : tidak ada

Tabel 4.23 Planning Asuhan Kebidanan neonatus usia 6 hari :

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	17.45 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu telah mengerti kondisi bayinya saat ini.	
2.	17.55 WITA	Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif (SAP dan Leaflet terlampir)	
3.	18.10 WITA	Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan berikutnya tanggal 20 April 2017	

## N. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III (Hari ke-14)

Tanggal/Waktu Pengkajian : 20 April 2017/Pukul 15.30WITA

Tempat : Rumah Ny. T

S: -

O:

a. Pemeriksaan Umum :

Keadaan Umum baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa nadi 138 x/menit, pernafasan 40 x/menit dan suhu 36,5°C. Dan pemeriksaan antropometri berat badan 4000 gram, panjang badan 50 cm, pemeriksaan lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 33 cm, dan lingkaran lengan atas 12 cm.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk bulat, tidak ada kaput saucedaneum, tidak ada molase, teraba ubun-ubun besar berbentuk berlian dan ubun-ubun kecil berbentuk segitiga.



- Mata : Simetris, tidak ada kotoran dan perdarahan, tidak oedema pada kelopak mata, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.
- Hidung : Terdapat kedua lubang hidung, tidak ada pengeluaran dan pernafasan cuping hidung
- Telinga : Simetris, berlekuk sempurna, terdapat lubang telinga dan tidak ada kotoran.
- Mulut : Simetris, tidak sianosis, tidak labio palato skhizis dan labio skhizis, mukosamulut lembab, bayi menangis kuat, refleks rooting dan sucking baik.
- Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris, putting susu menonjol.
- Abdomen : Simetris, tali pusat sudah putus, tidak teraba benjolan/massa.
- Punggung : Simetris, tidak ada kelainan fleksibilitas tulang punggung dan tidak teraba spina bifida.
- Genetalia : Labia mayora menutupi labia minora.
- Anus : Terdapat lubang anus
- Lanugo : Terdapat lanugo di daerah lengan dan punggung
- Verniks : Tidak ada
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak

kelainan, tidak polidaktili, dan pergerakan aktif.

c. Status Neurologi (refleks)

Refleks glabella (+), refleks blinking (+), refleks rooting (+), refleks sucking (+), reflex swallowing (+), refleks tonick asimetris (+), refleks tonick neck (+), refleks morro (+), refleks palmar grasping (+), refleks walking (+), refleks babinski (+), refleks plantar (+), refleks galant (+), dan refleks swimming (+).

d. Tabel 4.24 Pola Fungsional neonatus usia 14 hari

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 2-3 jam sekali. Ibu tidak memberikan bayi makan dan minum kecuali ASI.
Eliminasi	BAB 3-4kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-14

Masalah : Kurangnya pengetahuan tentang imunisasi dasar bayi.

Diagnosis/Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan Segera : KIE tentang imunisasi dasar bayi.

Tabel 4.25 Planning Asuhan Kebidanan neonatus usia 14 hari :

No.	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	15.30 WITA	Memberitahu ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat; Ibu mengerti kondisi bayinya saat ini	
2.	15.45 WITA	Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai imunisasi dasar pada bayi. (SAP dan leaflet terlampir)	
3.	16.00 WITA	Menyarankan ibu untuk memperhatikan jadwal imunisasi bayinya.	

## O. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Calon Akseptor KB Suntik 3 bulan

Tanggal Pengkajian/Waktu : 21 April 2017/ 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. T

S :

## 1. Alasan Datang Periksa/Keluhan Utama

Ibu mengatakan melahirkan pada 6 April 2017, ibu belum mendapatkan haid. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan.

## 2. Riwayat Kesehatan Klien

Ibu tidak sedang/memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh kehamilan, menular ataupun berpotensi menurun.

## 3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga Ny. T dan suami ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi. Selain itu ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang sedang/memiliki riwayat penyakit hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan

penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun, serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

#### 4. Riwayat Menstruasi

HPHT Ny. T adalah 30 Juni 2016, taksiran persalinan yaitu pada tanggal 7 April 2017 dengan riwayat siklus haid yang teratur selama 28 hari, lama haid 4-5 hari, banyaknya haid setiap harinya 3-4 kali ganti pembalut, warna darah merah, encer, kadang bergumpal. Ibu tidak mempunyai keluhan sewaktu haid. Ibu mengalami haid yang pertama kali saat ibu berusia 12 tahun.

#### 5. Tabel 4.26 Riwayat Obstetri

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
No	Thn/ tgl lahir	Tempat lahir	Masa gestasi	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis	BB	PB	Keadaan
1	24 April 2012	RS Restu Ibu	Aterm	Tdk ada	Spt	Bdn	Tdk ada	♀	3200	49	hidup
2	6 April 2017	BPM	Aterm	Tdk ada	Spt	Bdn	Tdk ada	♀	3800	50	hidup

6. Tabel 4.27 Pola Fungsional Kesehatan

Pola	Keterangan
Nutrisi	Ibu makan 3x/hari dengan porsi makan: nasi seporisi, lauk pauk 2 potong, sayur dan terkadang dengan buah-buahan, susu, air putih. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi. Nafsu makan baik
Eliminasi	BAK sebanyak 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, konsistensi cair, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1x/hari atau 1x/2hari, berwarna coklat, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat	Tidur siang selama $\pm$ 1-1,5 jam/hari. Tidur malam selama $\pm$ 6-7 jam/hari, dan tidak ada gangguan pola tidur
Aktivitas	Di rumah ibu hanya membereskan rumah dan masak, mengurus anak. Belum ada kegiatan yang dilakukan keluar rumah
Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, ganti baju 2-3x/hari, anti celana dalam 2-3x/hari
Kebiasaan	Tidak ada
Seksualitas	Belum ada melakukan hubungan seksual

## 7. Riwayat Psikososial Kultural Spiritual

## a. Riwayat pernikahan

Ini merupakan pernikahan pertama, Ibu menikah sejak usia tahun, lama menikah 7 tahun, status pernikahan sah.

## b. Di dalam keluarga, tidak ada kebiasaan, mitos, ataupun tradisi budaya yang dapat merugikan ataupun berbahaya bagi kesehatan ibu maupun bayi

O:

## 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum Ny. T baik; kesadaran composmentis; hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 100/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 86 x/menit, pernafasan: 20 x/menit.

## 2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Simetris, tidak ada lesi, distribusi rambut merata, bersih, warna rambut hitam, konstruksi rambut kuat, tidak teraba benjolan atau massa.
- Wajah : Simetris, tidak ada kloasma gravidarum, tidak tampak pucat, tidak teraba benjolan/massa, tidak teraba oedema.
- Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pengeluaran kotoran, tidak teraba oedema pada kelopak mata.
- Telinga : Simetris, tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau.
- Hidung : Simetris, tidak ada polip, kelainan bentuk kebersihan cukup, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Mulut : Simetris, tidak pucat, bibir tampak lembab, bersih, tidak terdapat stomatitis ataupun caries, tampak gigi geraham lengkap.
- Leher : Tidak teraba pembesaran pada vena jugularis, kelenjar limfe dan kelenjar tiroid.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi, irama jantung terdengar teratur 82x/menit.
- Payudara : Simetris, bersih, terdapat pengeluaran asi, adanya hiperpigmentasi pada aerolla mammae, puting susu kiri tampak menonjol kanan kurang menonjol, tidak teraba massa atau oedema, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Abdomen : Simetris, tidak ada bekas operasi, tidak teraba massa atau pembesaran.

Ekstremitas : Simetris, tampak sama panjang, tidak ada varises dan edema tungkai.

Pada ekstremitas atas tidak ada oedema dan kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik, refleks bisep dan trisep positif.

Pada ekstremitas bawah tampak oedema berkurang, kapiler refill kembali dalam waktu 2 detik serta homan sign negatif, refleks patella positif.

A :

Diagnosa : P<sub>2002</sub> calon akseptor KB Suntik 3 bulan

Masalah : Ibu belum mengikuti program KB.

Diagnosis/Masalah Potensial : Potensial terjadi kehamilan lagi pada ibu

Kebutuhan segera : - Memotivasi ibu untuk segera ikut ber-KB

Tabel 4.28 Planning Asuhan Kebidanan Akseptor KB :

No	Waktu	Tindakan	Paraf
1.	16.15 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan fisik kepada Ny. T, hasil pemeriksaan secara umum dalam keadaan normal;  Ibu mengerti mengenai kondisinya.	
2.	16.20 WITA	Menjelaskan kembali pada ibu tentang KB dan memotivasi ibu segera ikut program KB.  Ibu mengatakan sudah mengerti dan akan memakai KB setelah 40 hari pasca persalinannya.	
3.	16.30 WITA	Ibu berencana memakai KB IUD dan berubah pikiran menjadi KB suntik 3 bulan dengan alasan ingin mengatur jarak kehamilan dan ingin hamil lagi karena belum mendapatkan anak laki-laki.	
4.	16.35 WITA	Ibu mengatakan akan berangkat ke Berau pada hari senin tanggal 24 April 2017, tetapi ibu tetap di pantau untuk mengikuti KB di tempat asalnya.	



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan**

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. T G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> sejak kontak pertama pada tanggal 5 Maret 2017 yaitu dimulai pada masa kehamilan 35 minggu 5 hari, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

##### **A. Asuhan Kehamilan**

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. T pada tanggal 7 Maret 2017, didapatkan bahwa Ny. T berusia 29 tahun G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> HPHT 30 Juni 2016 dan taksiran persalinan tanggal 7 April 2017. Pada kontak pertama antara penulis dengan Ny. T mengatakan sudah melakukan kunjungan antenatal care (ANC) ke BPM terdekat sebanyak 1 kali pada trimester I, 2 kali pada trimester II, 3 kali pada trimester III. Jadwal kunjungan ulang yaitu 2 minggu kemudian atau jika ada keluhan melihat usia kehamilan Ny. T adalah 35 minggu 5 hari.

Pemeriksaan antenatal care yang dilakukan oleh Ny. T pada trimester III sebanyak 6 kali termasuk pada pemeriksaan yang dilakukan selama asuhan diberikan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan kunjungan ANC, dimana Ny. T sudah melakukan pemeriksaan lebih dari 2 kali

selama kehamilan trimester III. Secara teori Pelayanan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat *preventif care* untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2007). Berdasarkan jadwal kunjungan ANC, menurut (Kemenkes RI, 2010b), pemeriksaan ANC dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada trimester I (sebelum usia 14 minggu), 1 kali pada trimester II (usia kehamilan antara 14 – 28 minggu) dan 2 kali pada trimester III (usia kehamilan antara 28 – 36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu). Standar pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin terhadap perlindungan ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini factor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

Pada kunjungan pertama, usia kehamilan 35 minggu 5 hari taksiran berat janin adalah 3255 gram, sedangkan pada kunjungan kedua pada usia kehamilan 36 minggu 5 hari taksiran berat janin adalah 3565 gram, pertambahan berat janin dalam waktu 1 minggu adalah 310 gram, hal ini menyimpang dari teori menurut (Sukarni, 2013) berat janin akan bertambah 200 gram setiap minggunya. Dengan proporsi kenaikan berat badan ibu hamil berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT), dengan berat badan ibu dalam batas normal adalah 6-9 kg atau 0,2 kg/minggu. Kenaikan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janun, plasenta dan air ketuban. Jika kenaikan berat badan ibu lebih dari batas normal maka akan

memungkinkan terjadinya potensial bayi besar. Sehingga penulis berpendapat pentingnya memberikan KIE pada ibu tentang pola makan dengan tinggi serat dan rendah karbohidrat pada ibu hamil trimester III agar bayi yang dilahirkannya nanti tidak masuk dalam kategori makrosomia/bayi besar, berat badan sesuai anjuran selain untuk mempersiapkan proses persalinan dan melahirkan bayi yang sehat dan cerdas (Wahyuni Sri, 2011).

Pada pemeriksaan abdomen, hasil pengukuran TFU Ny. T yaitu 2 jari bawah px (32 cm) dengan TBJ 3255 gram. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Mufdilah, 2012), pengukuran TFU dilakukan secara rutin dengan tujuan mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Selain dapat dijadikan sebagai indikator pertumbuhan janin intrauterine, TFU dapat mendeteksi secara dini terhadap terjadinya molahidatidosa, janin ganda atau hidramnion. Berdasarkan palpasi abdominal menurut Rumus Mc.Donald yaitu tinggu fundus dibagi 3,5 dan dikalikan 4 menunjukkan usia kehamilan dalam minggu maka usia kehamilan Ny. T adalah 36-37 minggu. Penulis berpendapat bahwa TFU Ny. T adalah tidak sesuai dengan usia kehamilannya yaitu lebih besar dari usia kehamilan. Dari hasil pengukuran TFU ini dapat mengindikasikan risiko bayi besar (makrosomia).

Pada kunjungan ini ibu mengalami keluhan yang dirasakan yaitu perut terasa kencang dan sering BAK. Menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) dengan terjadinya kehamilan maka seluruh system mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan

pertumbuhan janin dalam rahim. Salah satunya yaitu perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton hicks. Selaras dengan teori menurut (Saifuddin, 2010) kondisi ini merupakan keadaan normal dimana ada beberapa ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil salah satunya pada trimester III yaitu braxton hicks atau kontraksi palsu. Braxton hicks adalah kontraksi usus dalam mempersiapkan persalinan. Cara untuk mengatasinya yaitu ibu bisa beristirahat, dan melakukan teknik nafas yang baik.

Kunjungan kedua tanggal 12 Maret 2017 Pukul 17.00 WITA dengan usia kehamilan 37 minggu 3 hari dengan total kenaikan berat badan hingga saat ini yaitu 10 kg . Dan pemeriksaan abdomen TFU 2 jari bawah px (34 cm) dengan TBJ 3565 gram. Hal ini sesuai dengan dari (Manuba Ida Ayu, 2012) yaitu pada usia kehamilan 37 minggu TFU 1 jari bawah px (33 cm). Sejalan dengan teori palpasi abdominal menurut Rumus Mc.Donald yaitu tinggi fundus dibagi 3,5 dan dikalikan 4 menunjukkan usia kehamilan dalam minggu, maka usia kehamilan Ny. T saat ini adalah 38-39 minggu. Dari hasil pengukuran TFU mengindikasikan potensial bayi besar, sehingga penulis berpendapat perlunya memberikan antisipasi agar masalah tersebut tidak menjadi masalah potensial yaitu resiko bayi besar. Penulis dalam hal ini memberikan konseling tentang gizi pada kehamilannya selain untuk mengurangi porsi makan dengan rendah karbohidrat dan tinggi serat tetapi juga untuk persiapan proses persalinan. Sejalan dengan teori menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011) bahwa di

trimester ke 3 ibu hamil dengan berat badan yang berlebih atau obesitas pada kehamilan, mengakibatkan persalinan dengan preeklamsi, diabetes pada bayi dan bayi tumbuh dengan obesitas. Selain itu penulis juga memberikan konseling tentang bayi besar, serta didalamnya termasuk tanda bahaya yang dapat terjadi dengan potensial bayi besar yaitu dapat mengakibatkan partus lama dan distosia bahu.

Penulis juga melakukan upaya kolaborasi dengan dokter obgyn untuk mengetahui kesejahteraan janin didalam rahim ibu. Sesuai dengan teori Menurut (Varney Helen, Kriebs Jan M, 2007) perlunya menetapkan kebutuhan tindakan segera bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan. Dalam hal ini, penulis berpendapat untuk pentingnya melakukan upaya kolaborasi yaitu konsultasi dengan dokter spesialis kandungan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janinnya saat ini. Pada tanggal 13 Maret 2017 penulis melakukan kolaborasi dengan dr.SpOG dengan hasil keadaan janin saat ini baik, tidak ada kelainan, tidak ada lilitan tali pusat, serta air ketuban dalam batas normal. Usia kehamilan saat ini 35 minggu 5 hari. Taksiran berat janin yaitu 3400 gram.

Pada kunjungan ini Ny. T memiliki keluhan sering BAK. Keadaan ini merupakan keadaan yang normal pada ibu hamil TM III, menurut (Syafudin, Karningsing, 2011) yaitu semakin membesarnya uterus, maka menyebabkan adanya tekanan uterus pada kandung kemih. Cara untuk meringankannya yaitu kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK, perbanyak minum disiang hari, serta tidak mengurangi minum di malam

hari tetapi mengurangi minum yang merupakan bahan diuretika alamiah seperti teh, jahe, lemon dan lain-lain yang dapat merangsang pengeluaran air seni. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas, karena Ny. T memiliki keluhan tersebut saat memasuki kehamilan trimester III saja. Keluhan tersebut dapat diringankan dengan diberikannya konseling mengenai cara mengatasi atau meringankan sering BAK di kehamilan tua.

Pada kunjungan ketiga tanggal 17 Maret 2017 Pukul 16.30 WITA dengan usia kehamilan 38 minggu 1 hari dengan total kenaikan berat badan ibu adalah 10 kg dan pemeriksaan abdomen TFU setinggi px (33 cm) karna kepala janin telah masuk pintu atas panggul. Kenaikan berat badan ibu sampai saat ini berlebih, karena tidak sejalan dengan teori menurut (Sukarni, 2013) dengan IMT >30 kenaikan berat badan yang disarankan adalah 6-9 kg Tetapi berdasarkan perhitungan taksiran berat janin (TBJ) ibu, saat ini sudah cukup. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012).

Pada kunjungan ini, keluhan yang ibu rasakan adalah pusing. Berdasarkan teori (Syafrudin, Karningsing, 2011) menurut fisiologinya, hal ini terjadi ketika pembesaran rahim menekan pembuluh darah besar sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menurun. Sehingga penulis memberikan asuhan berupa KIE tentang cara untuk mencegahnya atau meringankannya yaitu bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat, hindari posisi terlalu lama dalam lingkungan yang hangat atau sesak, dan hindari untuk berbaring dalam posisi terlentang.

## B. Asuhan Persalinan

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. T yaitu 39 minggu 6 hari. Menurut teori persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny. T menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 39 minggu 6 hari.

### 1. Kala I

Pada pemeriksaan fisik didapatkan TFU Ny. T yaitu 32 cm, dengan TBJ  $(32-11) \times 155 = 3225$  gram. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012). Persalinan dianggap normal jika proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan pervaginam dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin serta dimulai dengan adanya tanda – tanda persalinan kala I antara lain terjadi his, terjadi pengeluaran lendir bercampur darah, selain itu tanda lainnya adalah terjadinya penipisan dan pembukaan serviks dan pecahnya kantung ketuban. Kala 1 primipara berlangsung  $\pm 14$  jam diantaranya kala 1 fase laten berlangsung selama 2 jam setiap 1 cm dan kala 1 fase aktif berlangsung selama 1 jam setiap 1 cm, sedangkan kala 1 multipara

berlangsung  $\pm$  7 jam diantaranya kala I fase laten berlangsung 1 jam setiap 1 cm dan kala I fase aktif berlangsung selama 30 menit setiap 1 cm (Manuba Ida Ayu, 2012).

Tidak ada kesenjangan teori dalam kasus Ny. T yang sudah memasuki usia kehamilan 39 minggu 6 hari, peroses kala I Ny.T berlangsung  $\pm$  3 setengah jam dan memiliki tanda – tanda persalinan yang dirasakan ibu pada tanggal 5 April 2017 yaitu mules-mules yang dirasakan ibu sejak pukul 00.00 WITA dan pada pukul 03.00 WITA tanggal 6 April 2017 ibu mengatakan keluar lendir dan bercampur darah.

Pada proses persalinan, Ny. T menjalani kala II selama 50 menit. Hal tersebut sesuai antara teori dan praktik menurut (Manuba Ida Ayu, 2012) pada umumnya kala II multipara berlangsung selama 1 jam. Dimulai dari observasi awal pukul 05.55 WITA sampai 06.45 WITA tanggal 6 April 2017.

Masalah yang terjadi pada Ny. T di fase laten yaitu Ny. T merasa cemas akan persalinannya dan kurang mengetahui manajemen nyeri persalinan. Sehingga penulis memberikan support mental kepada Ny. T bahwa persalinan adalah normal dan alamiah sehingga ibu harus semangat dalam menjalaninya, ibu juga harus berfikir positif dalam menghadapi persalinan. Sejalan dengan teori menurut (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) bahwa tindakan untuk mengupayakan rasa nyaman dalam kamar bersalin adalah bentuk dukungan psikologis terutama dari orang-orang terdekat. Selain itu penulis juga



memberikan KIE tentang fisiologi persalinan dan cara mengatasi nyeri persalinan yaitu dengan menjelaskan bahwa nyeri pada saat bersalin adalah kerja keras yang dilakukan oleh otot-otot rahim selama kontraksi, pembukaan leher rahim, serta tekanan dan peregangan dari jalan lahir. Cara untuk menguranginya yaitu dengan relaksasi, mobilisasi, beristirahat serta makan dan minum. Sesuai dengan teori menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011) bahwa perlu diperhatikan bagi calon ibu untuk mempersiapkan fisik dan mental yang baik untuk menghadapi proses persalinan, maka perlu latihan relaksasi, mengatasi nyeri pada saat bersalin, cukup istirahat, dan tetap makan makanan kecil saat persalinan.

Saat klien telah memasuki fase aktif bidan melakukan observasi persalinan berdasarkan partograf yaitu pemeriksaan DJJ setiap 30 menit, pemeriksaan kemajuan persalinan setiap 4 jam. Sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008) yaitu Pemeriksaan detak jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin), kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah, penyusupan tulang kepala janin) setiap 4 jam, kontraksi uterus per 10 menit. Pada pukul 05.55 WITA, dilakukan pemeriksaan dengan hasil kemajuan persalinan yaitu pembukaan 10 cm serta ketuban utuh/belum pecah, dengan his mulai adekuat (4x dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik).

Keadaan Ny. T sejalan dengan teori yang dinyatakan oleh (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009) yang mengatakan tanda-tanda

persalinan yaitu rasa nyeri terasa dibagian pinggang dan penyebar ke perut bagian bawah, lendir darah semakin nampak, waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah, serviks menipis dan membuka. Penulis berpendapat, saat akan memasuki persalinannya Ny. T merasakan kencang-kencang pada perut bagian bawah melingkar hingga ke pinggang bagian belakang dan diikuti pengeluaran lendir darah pada awal persalinannya. Pertambahan pembukaan serviks pada Ny. T didukung dengan his yang semakin adekuat, jalan lahir Ny. T yang normal dan posisi janin yang normal yaitu kepala sebagai bagian terendah.

Saat sebelum pembukaan serviks Ny. T menjadi 10 cm, penulis segera mempersiapkan partus set, APD, cairan dekontaminasi, air DTT, pakaian bayi, pakaian ganti ibu, alat resusitasi bayi. Sesuai dengan APN (JNPK-KR Depkes RI, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Penulis berpendapat, penyiapan alat dan bahan sebelum dilakukannya pertolongan persalinan dapat memudahkan dan mengoptimalkan waktu dalam pertolongan persalinan.

Pukul 06.00 WITA dilakukan tindakan amniotomi dikarenakan telah pembukaan 10 cm warna cairan ketuban jernih dan ibu merasa ingin BAB. Saat dilakukan pemeriksaan yaitu selaput ketubah telah pecah dengan amniotomi, ketuban jernih, effacement 100%, penurunan kepala hodge III, DJJ : 134 x/mnt, His 4 x 10 menit dengan durasi yang adekuat yaitu 40-45 detik. Sesuai dengan teori Asuhan Persalinan Normal menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008) lakukan

perubahan posisi, yaitu posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.

## 2. Kala II

Pada pukul 05.55 WITA, ibu tampak ingin mengejan, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva, vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, selaput ketubuh telah pecah, sisa ketuban jernih, effacement 100 %, penurunan kepala hodge IV, DJJ : 136 x/mnt, His 4 x 10 menit dengan durasi yang adekuat yaitu >45 detik. Hal tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan (JNPK-KR Depkes RI, 2008) tanda dan gejala kala II persalinan ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Penulis sependapat, karena semakin kontraksi Ny. T meningkat atau adekuat semakin bertambah pembukaan serviksnya, bagian terendah janinpun terus turun melewati jalan lahir.

Pada kala II persalinan Ny. T dilakukan tindakan Asuhan Persalinan Normal. Pembukaan lengkap Ny. T pada pukul 05.55 WITA dan bayi lahir pukul 06.45 WITA, lama kala II Ny. T berlangsung selama 50 menit, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (JNPK-KR Depkes RI, 2008), menyebutkan pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam. Penulis berpendapat, proses persalinan Ny. T berlangsung lancar

dikarenakan selalu terpantaunya persalinan klien sesuai dengan partograf, kekooperatifan pasien yang selalu mengikuti saran penulis dan bidan sebagai upaya membantu memperlancar proses persalinannya, selain itu dukungan keluarga khususnya suami juga turut membantu dalam kelancaran proses persalinan. Ny. T telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan klien berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Hal ini selaras dengan (Sumarah, Widyastuti Yani, 2009), yang mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu *passage* (jalan lahir), *power* (his dan tenaga mengejan), dan *passanger* (janin, plasenta dan ketuban) serta faktor lain seperti psikologi dan faktor penolong.

### 3. Kala III

Pukul 06.45 WITA bayi Ny. T telah lahir, plasenta belum keluar, bidan pun segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. T dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, uterus menjadi keras dan membundar. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (JNPK-KR Depkes RI, 2008), manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri. Penulis berpendapat, manajemen aktif kala III memang terbukti

mencegah perdarahan pasca persalinan, terbukti pada Ny. T perdarahan yang terjadi pada klien dalam keadaan normal yaitu  $\pm 100$  cc dan kontraksi uterus berlangsung baik, uterus teraba keras. Proses pelepasan plasenta dengan cara duncan yaitu terjadi pelepasan placenta dari pinggir mengakibatkan semburan darah sebelum plasenta lahir.

Pukul 06.50 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat sentralis, panjang tali pusat  $\pm 50$  cm, tebal plasenta  $\pm 2$  cm, lebar plasenta  $\pm 20 \times 18$  cm. Lama kala III Ny. T berlangsung  $\pm 5$  menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan (JNPK-KR Depkes RI, 2008) bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit.

Perdarahan kala III pada Ny. T berkisar sekitar normal yaitu 100 cc. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan (JNPK-KR Depkes RI, 2009), bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam  $< 500$  cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir. Penulis berpendapat, hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. T dalam kondisi normal yaitu tidak melebihi 500 cc, yakni hanya berkisar 100 cc.

#### 4. Kala IV

Pukul 06.50 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi jalan lahir yaitu derajat II sehingga dilakukan heacting

dengan 12 heacting. Penulis melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Bayi lahir dengan berat 3800 gram.

Dilakukan pemantauan Kala IV persalinan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2 dengan hasil keadaan Ny.T dalam keadaan baik. Hal ini sejalan dengan (Saifuddin, 2010) pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Penulis berpendapat,dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

### C. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pukul 06.45 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas baik, tonus otot baik, tubuh bayi tampak kemerahan, jenis kelamin perempuan. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor, didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. T dalam keadaan normal yaitu 8/10. Melakukan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal, serta Bayi Ny. T diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM, imunisasi hepatitis B 0 hari dan antibiotik berupa salep mata. Hal ini sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah

perdarahan BBL akibat tekanan pada dinding vagina, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi. Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis, dan mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi.

Saat bersalin, kehamilan Ny. T berusia 39 minggu 6 hari, berat badan bayi saat lahir 3800 gram panjang badan 50 cm. Saat dilakukan pemeriksaan fisik secara garis besar bayi dalam keadaan normal. Hal ini didukung oleh teori menurut (Dewi, 2012), yang mengemukakan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Berat badan normal pada bayi baru lahir adalah 2500 gram sampai 4000 gram.

Masalah yang terjadi saat ini adalah teknik menyusui ibu yang kurang tepat yaitu mulut bayi yang kurang terbuka lebar pada saat menyusu sehingga tidak semua puting ibu masuk kedalam mulut bayi. Berdasarkan teori menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) ciri-ciri bayi yang menyusu dengan benar adalah bayi tampak tenang, badan bayi menempel pada perut ibu, dagu bayi menempel pada payudara, mulut bayi terbuka cukup lebar, areola yang kelihatan lebih luas dibagian atas daripada dibagian bawah mulut bayi, puting susu tidak merasa nyeri, serta kepala dan badan bayi berada pada garis lurus. Sehingga penulis memberikan KIE tentang teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik tanpa hambatan.

#### D. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. T sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu. Menurut teori yang dikemukakan (Suherni, Widyasih Hesti, 2009b) pada kunjungan nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum. Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas. Sejalan dengan kebijakan Program Nasional Masa Nifas dalam (Walyani, 2014) yaitu paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan masa nifas dengan tujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Tanggal 6 April 2017, pukul 12.45 WITA dilakukan kunjungan pertama yaitu 6 jam post partum. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh yaitu keadaan ibu telah membaik. Ibu dapat beristirahat setelah proses persalinannya, ibu dapat menghabiskan makan dan minum yang telah disediakan, ibu sudah BAK secara mandiri, dari hasil pemeriksaan keadaan ibu dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan pada asuhan kunjungan 6-8 jam post partum diantaranya yaitu mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau



keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Tanggal 12 April 2017, pukul 16.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 6 hari post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi Ny. T secara umum dalam batas normal. Ny. T tidak memiliki keluhan. Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU  $\frac{1}{2}$  pusat simfisis, lochea sanguinolenta, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda hopman sign negatif. Asuhan yang diberikan pada Ny. T yaitu menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan pada asuhan kunjungan 6 hari yaitu untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, dan memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi. Penulis berpendapat, involusi uterus Ny. T berjalan dengan normal karena pola mobilisasi yang baik dan klien terus menyusui bayinya, selain itu kekoperatifan klien yang mau mengikuti saran dari penulis dan bidan dalam pelaksanaan asuhan juga mempengaruhi kelancaran masa nifas.

Tanggal 20 April 2017, pukul 15.00 WITA dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 2 minggu post partum. Pada 2 minggu post partum, Ny.T mengatakan payudaranya terasa penuh, panas dan nyeri tetapi ASI

masih keluar dan masih dapat menyusui bayinya. Ibu mengatakan demam sejak semalam. Dari hasil pemeriksaan Suhu Ibu 39°C, payudara teraba tidak tampak simetris, tetapi berbenjol-benjol, tampak pengeluaran ASI sedikit, dan teraba pembengkakan karena ASI yang penuh. Pemeriksaan lainnya yaitu dalam batas normal. Menurut teori (Rukiyah Ai, 2010) Bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran *vena* dan *limfe* sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri dan kadang-kadang disertai dengan kenaikan suhu badan. Menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) masalah dalam pemberian ASI salah satunya adalah tersumbatnya saluran laktiferus atau duktus laktiferus yang disebabkan karena pemakaian BH yang terlalu ketat, tekanan jari-jari ibu ketika menyusui, terjadinya penyumbatan ASI karena ASI yang terkumpul tidak segera dikeluarkan, sehingga terjadi payudara bengkak. Penulis berpendapat bahwa bendungan ASI yang ibu alami disebabkan karena pengosongan payudara yang tidak sempurna. Karena posisi dan teknik menyusui ibu telah benar, yaitu sesuai dengan teori menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) yaitu teknik memegang bayi dengan kepala dan badan bayi berada pada satu garis lurus, muka bayi menghadap payudara ibu, perut bayi bertemu dengan perut ibu, mulut bayi terbuka cukup lebar, areola yang kelihatan lebih luas di bagian atas daripada bagian bawah mulut bayi.

Asuhan yang diberikan kepada Ny. T yaitu menjelaskan bahwa yang ibu alami saat ini adalah bendungan ASI yaitu ibu merasa payudara terasa berat panas dan keras. Bila payudara penuh, maka ibu harus

menyusui bayi sesering mungkin tanpa jadwal (*on demand*) dengan posisi dan perlekatan yang benar. Kemudian jika bayi sudah disusui, dan payudara masih terasa penuh maka ibu harus memerah ASI agar payudara mengalami pengosongan yang sempurna sehingga tidak menjadi bengkak dan ASI tidak keluar. Hal ini sejalan dengan teori (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) bendungan ASI menyebabkan rasa nyeri yang cukup hebat dan bisa disertai dengan kenaikan suhu. Penatalaksanaan bendungan ASI yaitu keluarkan ASI secara manual / ASI tetap diberikan, menyangga payudara dengan BH yang menyokong, kompres dengan air hangat bergantian dengan air dingin.

Penulis kemudian melakukan perawatan payudara sambil mengajarkan pada ibu yaitu dengan mengompres hangat pada payudara yang terasa penuh agar melancarkan peredaran darah dan bergantian dengan kompres air dingin untuk mengurangi rasa sakit pada payudara. Sejalan dengan teori menurut (Rukiyah Ai, 2010) Penatalaksanaan bendungan asi salah satunya untuk mengurangi rasa sakit pada payudara berikan kompres dingin dan hangat menggunakan handuk secara bergantian kiri dan kanan. Selain itu, penulis juga melakukan kolaborasi dokter berupa pemberian paracetamol 500 mg untuk menurunkan demam yang ibu alami. Sejalan dengan teori menurut (Rukiyah Ai, 2010) Penanganan bendungan ASI bagi ibu yang menyusui maka diberikan terapi paracetamol 500 mg per oral.

Pada kunjungan ini penulis menambahkan konseling KB secara dini. Berdasarkan teori menurut (Walyani, 2014), tujuan asuhan

kunjungan 2 minggu post partum yaitu sama dengan kunjungan hari ke 6 post partum. Konseling Kb secara dini dilakukan pada kunjungan 6 minggu post partum. Penulis berpendapat, dengan kondisi klien yang telah pulih maka penulis mulai memberikan konseling mengenai alat kontrasepsi secara dini. Selain itu memberikan jeda waktu untuk klien mendiskusikan dengan suaminya mengenai kontrasepsi apa yang akan ia gunakan. Sehingga diharapkan pada kunjungan 6 minggu post partum Ny. T telah menjadi akseptor KB. Klien merespon dengan baik konseling yang diberikan, karena klien juga memiliki keinginan untuk mengatur jarak kehamilannya.

Pada tanggal 21 April 2017 dilakukan kunjungan ulang yaitu evaluasi atas masalah sebelumnya. Pada saat ini, keadaan Ny.T telah membaik. Ny.T telah lebih sering mengompres payudaranya dengan botol hangat sebelum menyusukan bayi agar ASI yang keluar lebih lancar, bayi telah lebih sering disusukan, kemudian apabila setelah menyusui payudara masih terasa penuh ibu mengeluarkan ASI nya secara manual dengan diperah. Namun ibu masih belum mengetahui cara penyimpanan ASI yang telah diperah. Sehingga penulis memberikan KIE tentang cara penyimpanan ASI yang benar agar kandungan gizi dalam ASI perah tidak berkurang . Sejalan dengan teori menurut (Syafudin, Karningsing, 2011) penyimpanan ASI merupakan pemindahan ASI dari payudara ibu yang diperah kemudian dimasukkan kedalam satu tempat agar dapat diberikan kepada bayi, dengan syarat penyimpanan yang baik agar tidak merusak kandungan ASI perah.

#### E. Asuhan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 6 jam, 6 hari, dan 2 minggu. Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh (Walyani, 2014), yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN 1 dilakukan 6-8 jam, KN 2 dilakukan 3-7 hari, KN 3 dilakukan 8-28 hari setelah bayi lahir. Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus.

Tanggal 6 April 2017. Pukul 13.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 6 jam setelah bayi lahir. Keadaan umum neonatus baik, neonatus menangis kuat, refleks bayi baik, tali pusat masih basah dan terbungkus kasa steril, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI sebagai asupan nutrisi bayi, bayi telah mendapat injeksi vitamin K, bayi telah mendapat imunisasi Hepatitis B 0 hari, bayi telah diberi salep mata antibiotik, bayi sudah BAK dan BAB. Hal ini sesuai dengan teori menurut (JNPK-KR Depkes RI, 2008), bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat tekanan pada dinding vagina saat proses persalinan, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis. Penulis berpendapat, karena kondisi bayi yang telah stabil penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, memberikan kekebalan tubuh pada bayi terhadap penyakit hepatitis, mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi.

Pada kunjungan ini masalah yang didapatkan yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi dan perawatan tali pusat. Pengetahuan atau kognitif merupakan hal yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2005). Sehingga penulis berpendapat untuk pentingnya memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi pada ibu. Menurut (Kemenkes RI, 2010) penting untuk mengetahui tanda bahaya pada bayi agar bayi akan cepat mendapat pertolongan sehingga dapat mencegah kematian. Karena bayi banyak meninggal disebabkan salah satunya terlambat mengetahui tanda bahaya. Selain itu memberikan KIE tentang perawatan sehari-hari bayi yaitu perawatan tali pusat pada ibu.

Tanggal 12 April 2017, pukul 16.00 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada 6 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus baik secara fisik dan pola perkembangannya dalam batas normal, tali pusat sudah terlepas. Asupan nutrisi bayi hanya ASI, BB bayi mengalami peningkatan 100 gram menjadi 3900 gram. Bayi dapat tersenyum secara spontan saat Ny. T mengajak berbicara. Pada kunjungan ini penulis memberikan KIE tentang ASI Eksklusif, agar dapat memberi dukungan pemberian ASI pada ibu sehingga diharapkan proses menyusui berlangsung tanpa kesulitan dan dapat memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun. Selain itu, Asi juga dapat membantu memulihkan ibu dari proses persalinannya. Sesuai dengan teori menurut (Suherni, Widyasih Hesti, 2009) Manfaat pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan

memperlambat perdarahan (hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim).

Tanggal 20 April 2017, pukul 15.30 WITA dilakukan kunjungan Neonatus III yaitu pada 14 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam batas normal. Pemenuhan nutrisi dari awal bayi lahir hingga kunjungan ke III berupa ASI dan ibu pun berencana untuk menyusui bayinya secara eksklusif. Bayi mengalami peningkatan BB sebanyak 100 gram. Sehingga penulis berpendapat untuk pentingnya memberikan KIE tentang imunisasi dasar pada bayi. Sejalan dengan teori menurut (Syafrudin, Karningsing, 2011) Imunisasi adalah upaya memberikan kekebalan aktif pada seseorang dengan cara memberikan vaksin dengan imunisasi, seseorang akan memiliki kekebalan terhadap penyakit, bila tidak akan mudah terkena penyakit infeksi berbahaya.

Keadaan bayi Ny. T yang normal hingga akhir kunjungan didukung dengan usaha ibu yang baik dalam merawat bayinya, selalu mengikuti saran yang disampaikan penulis dan bidan, serta dukungan dari suami dan keluarga yang ikut membantu kelancaran perawatan bayi.

#### F. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 23 April 2017 Ny. T menjadi calon akseptor KB suntik 3 bulan. Klien merasa tertarik dengan kontrasepsi KB suntik 3 bulan untuk menunda terjadinya kehamilan. Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), KB merupakan metode dalam penjarangan kehamilan, karena kontrasepsi dapat menghindari atau

mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. KB suntik 3 bulan dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Walaupun Ny. T menyusui bayinya secara eksklusif yang termasuk dalam MAL, Ny. T ingin menggunakan KB suntik 3 bulan sebagai antisipasi agar mengatur jarak kehamilannya. Sampai akhir penelitian ini Ny.T belum menjadi akseptor KB karena masih menunggu nifas 40 harinya dan akan mengikuti KB di kampung halamannya yaitu di Berau.



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1 KESIMPULAN**

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. T mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi factor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

##### **A. Ante natal care**

Asuhan kebidanan *antenatal care* pada Ny. T telah dilaksanakan 3x kunjungan ditemukan masalah pada Ny. T yaitu potensial terjadinya bayi besar. Masalah dapat diatasi dengan memberikan KIE tentang diet makanan rendah karbohidrat dan tinggi serat. Selain itu masalah lain yaitu ketidaknyamanan selama kehamilan trimester ke III seperti rasa kencing-kencing, sering BAK, dan pusing. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang cara mengurangi atau mengatasi keluhan yang ada.

#### B. Intra natal care

Asuhan kebidanan *intra natal care* pada Ny. T dilakukan pada tanggal 6 April 2017. Proses persalinan Ny. T berlangsung normal tanpa ada penyulit namun terdapat laserasi jalan lahir dan telah dilakukan penjahitan perineum untuk pencegahan terjadi perdarahan.

#### C. Bayi baru lahir

Pada asuhan kebidanan bayi baru lahir, bayi Ny. T dalam keadaan normal segera menangis tidak mengalami asfiksia, dengan nilai *Apgar score* 8/10, dan dengan berat lahir 3800 gram, sehingga dengan berat lahir tersebut bayi Ny. T tidak mengalami bayi besar sebagai resiko dari pola makan yang berlebih serta TFU lebih besar dari usia kehamilan. Selain itu, masalah yang ada yaitu teknik menyusui ibu yang kurang tepat. Masalah dapat diatasi dengan diberikannya KIE tentang teknik menyusui yang benar serta mengajarkan teknik menyusui langsung pada Ny. T.

#### D. Post Natal Care

Asuhan kebidanan post natal care pada Ny. T telah dilaksanakan sebanyak 3 kali kunjungan. Selama masa nifas, Ny. T memiliki masalah kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya nifas. Masalah dapat ditangani dengan memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas. Ny. T juga memiliki masalah bendungan ASI. Masalah dapat ditangani dengan melakukan kompres hangat bergantian dengan air dingin, kompres air hangat dimaksudkan agar melancarkan peredaran darah di payudara lalu air dingin

agar mengurangi rasa sakit pada payudara. Selain itu diberikan KIE pada ibu untuk menyusui sesring mungkin secara *on demand*, kemudian jika setelah menyusui payudara masih terasa penuh maka harus dikosongkan secara sempurna agar ASI tidak terkumpul dan akhirnya menjadi bendungan. Serta kolaborasi dokter untuk pemberian obat penurun panas (paracetamol) 500 mg per oral.

#### E. Neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada Ny. T telah dilaksanakan 3 kunjungan dengan melakukan pendekatan menggunakan pendokumentasian SOAP. Neonatus Ny. T mengalami kenaikan berat badan pada satu minggu setelah kelahiran, dari 3800 gram menjadi 3900 gram. Masalah yang ada yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi, cara perawatan tali pusat bayi, serta tentang imunisasi dasar bayi. Masalah dapat ditangani dengan diberikannya KIE tentang masalah tersebut.

#### F. Pelayanan Kontrasepsi

Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi pada Ny. T dilaksanakan pada 4 minggu post partum dengan memberikan konseling KB. Hasil dari asuhan yaitu setelah dilakukan konseling tentang pelayanan kontrasepsi, Ny.T memutuskan untuk berencana menggunakan KB suntik 3 bulan. Walaupun Ny. T akan menyusui bayinya secara eksklusif yang termasuk dalam MAL, tetapi Ny. T ingin menggunakan KB suntik 3 bulan sebagai antisipasi agar tidak terjadi kehamilan. Masalah yang ada saat ini adalah

Ny.T belum mengikuti program KB. Sehingga penulis memotivasi Ny. T untuk segera mengikuti KB, dan Ny. T berencana untuk memakai KB suntik 3 bulan setelah 40 hari pasca persalinannya.

## 6.2 SARAN

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

### A. Bagi Institusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

### B. Bagi Pasien

1. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonates dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
2. Diharapkan dapat menerapkan asuhan-asuhan yang diberikan untuk kehamilan berikutnya, dapat memperhatikan jarak yang aman untuk melahirkan kembali. Sehingga diharapkan dapat mengatasi ketidaknyamanan atau masalah selama proses kehamilan selanjutnya yang dapat dilakukan sendiri.

### C. Bagi Mahasiswa Kebidanan

1. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
2. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
3. Diharapkan dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achadi E.L, H. S. dan A. (2005). Determinan Prediktor Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). *Ahli Gizi Indonesia*, (Telaah Literatur Diskusi Pakar Bidang Gizi tentang ASI, MP-ASI, Antropometri dan BBLR di Jabar).
- Affandi, B. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi* (3rd ed.). Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Albugis, D. (2008). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Wilayah Puskesmas Jembatan Serong Kecamatan Pancoran Mas Depok Jawa Barat. *Program Sarjana Kesehatan Masyarakat*.
- Aritonang, E. (2010). Kebutuhan Gizi Ibu Hamil. *Kesehatan Masyarakat*, (Seminar Kesehatan Obesitas). Terkait Kematian Ibu di Kabupaten Kudus. *Kesehatan Masyarakat*, 5 No 2 Jul, 9–21.
- Arvin Behrman Kliegmen.1996, Ilmu Kesehatan Anak “Nelson“ edisi 15 volume I. Jakarta : Egc.
- Azizah, N. (2012). Pelaksanaan Deteksi Dini Penyerta Kehamilan Pada Pelayanan Antenatal
- Booth, Trish.2011. *Tanya Jawab Seputar Kehamilan*. Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.
- Bobak, dkk. 2005. Keperawatan Maternitas. Jakarta : EGC
- Curtis, Glade B. Kehamilan di atas Usia Kehamilan 30 minggu. Jakarta : Arcan
- Darlis. (2010). Jurnal penelitian bayi makrosomia
- Depkes RI. (2007). Pelayanan Antenatal.
- Depkes RI. 2008. *Panduan Pelayanan Antenatal*. Jakarta : Depkes RI
- Dewi, V. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita* (1st ed.). Yogyakarta:

Salemba Medika.

Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2012). Profil Kesehatan Balikpapan 2012.

Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. (2016). Profil Kesehatan Balikpapan 2015.

Direktorat Bina Kesehatan Ibu. (2015). SDGs (Sustainable Development Goals).

*Target MDGs.*

Festy, P. (2009). Analisis Faktor Resiko Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Kabupaten Sumenep. *Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan.*

Fitramaya, 2008. *Asuhan Ibu Hamil.* Yogyakarta : Dian Press.

Hanifa,dkk. 2005. Bayi Besar/Makrosomia. Jakarta:EGC.

Hidayat. 2009. *Metode Persalinan Normal dan Komplikasi Bayi Baru Lahir.* Jakarta : JNPK-KR

JNPK-KR Depkes RI. (2008). *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal (5th ed.).* Jakarta: The National Clinic Training Network (JNPK-KR).

Kang et al. 2012. Penelitian hubungan diabetes gestasional dengan makrosomia

Kemenkes RI. (2010a). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak.* Jakarta: Kemenkes dan JICA (Japan International Cooperation Agency).

Kemenkes RI. (2010b). Standar Pelayanan Kebidanan.

Kemenkes RI. (2012). Cakupan Pelayanan Antenatal Care.

Kemenkes RI. (2013). Pelayanan Antenatal Care.

Kemenkes RI. (2015a). *Kesehatan Ibu dan Anak.* Jakarta: Kemenkes dan JICA (Japan International Cooperation Agency).

Kemenkes RI. (2015b). Rapat Koordinasi Teknis (Rakornis) GIKIA. *Hukormas.*

Kemenkes RI. (2015c). Standar Pelayanan Antenatal Care.

Kemenkes RI. (2010a). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak.* Jakarta: Kemenkes dan JICA

- (Japan International Cooperation Agency).
- Kemenkes RI. (2016c). Standar Pelayanan Antenatal Care.
- Kusmiyati Yuni, Wahyuningsih Heni, S. (2008). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Kusmiyati, Yuni dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*. Yogyakarta:Fitramaya
- Manuaba, Ida Bgus Gde. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- Manuba Ida Ayu, M. I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. (M. Ester, Ed.) (2nd ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Manuba Ida Ayu, M. I. B. (2009).*Antenatal Care*. Jakarta: Buku Kebidanan EGC.
- Markum, A.H. 2006. Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta : FAkultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mintarsih, S. (2006). Berat Badan dan Nutrisi Pada Wanita Hamil.
- Mufdilah. (2012). *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nasution. (2007). *Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2009). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho dan Utama. (2014). Konsep Kehamilan.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2002. Buku Acuan pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Parsis mary. 2005. Bayi Besar/Makrosomia.



- Rukiyah Ai, Y. L. (2010). *Asuhan Kebidanan 4 Patologi* (1st ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- Saifuddin, A. B. (2010). *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saiffudin, Abdul. 2013. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Setiawan, A., Lipoeto, N. I., & Izzah, A. Z. (2013). Artikel Penelitian Hubungan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester III Dengan Berat Bayi Lahir di Kota Pariaman, 2(1), 34.
- Suherni, Widyasih Hesti, A. R. (2009a). *Perawatan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Suherni, Widyasih Hesti, A. R. (2009b). *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sumarah, Widyastuti Yani, N. W. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin* (3rd ed.). Yogyakarta: Fitramaya.
- Sukarni, I. dan W. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. (Isna, Ed.) (Pertama). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sondakh, dkk. 2009. *Antenatal care*. Jakarta: EGC
- Sujiyatini, dkk. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika.
- Stoll & Adams. (2007). Artikel Penelitian Hubungan Obesitas dengan Bayi Makrosomia.
- Syafrudin, Karningsing, M. (2011d). *Untaian Materi Penyuluhan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)*. (Jusirman, Ed.). Jakarta: CV Trans Info Media.
- Varney, Helen et al. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC

- Varney Helen, Kriebs Jan M, G. C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. (E. Wahyuningsih, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Wahyuni Sri, K. Y. (2011). Hubungan Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil dengan Berat Badan BBL di BPS Klaten. *Involusi Kebidanan, 1 No 1 Jan*.
- Walyani, E. S. (2014). *Materi Ajar Kebidanan* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal* (1st ed.). Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- Wiknjosastro. Hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo