

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A MASA HAMIL
TRIMESTER III SAMPAI DENGAN KELUARGA
BERENCANA DI KLINIK BERSALIN
ROSMERY BARUS KECAMATAN
PATUMBAK TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

**LIA ANGRYANI GINTING
NIM. P07524114060**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III
KEBIDANAN MEDAN
TAHUN 2017**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A MASA HAMIL
TRIMESTER III SAMPAI DENGAN KELUARGA
BERENCANA DI KLINIK BERSALIN
ROSMERY BARUS KECAMATAN
PATUMBAK TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT
MENYELESAIKAN PENDIDIKAN AHLI MADYAKEBIDANAN
PADA PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN MEDAN
POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN**



Oleh :

**LIA ANGRYANI GINTING
NIM. P07524114060**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
JURUSAN KEBIDANAN PRODI D-III
KEBIDANAN MEDAN
TAHUN 2017**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A MASA HAMIL
TRIMESTER III SAMPAI DENGAN KELUARGA
BERENCANA DI KLINIK BERSALIN ROSMERY BARUS
TAHUN 2017
NAMA : LIA ANGRYANI GINTING
NIM : P07524114060

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Dipertahankan Pada Ujian
Laporan Tugas Akhir Tanggal 11 Juli 2017

Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

Ardiana Batubara, SST, M.Keb
NIP. 196605231986012001

Suryani, SST, M.Kes
NIP. 196511121992032002

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan

Betty Mangkuji, SST, M.Keb
NIP. 196609101994032001

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A MASA HAMIL
TRIMESTER III SAMPAI DENGAN KELUARGA
BERENCANA DI KLINIK BERSALIN ROSMERY BARUS
TAHUN 2017
NAMA : LIA ANGRYANI GINTING
NIM : P07524114060

Laporan Tugas Akhir ini Telah Diuji pada Sidang Ujian Akhir Program
Pada Tanggal 11 Juli 2017 Prodi D-III Kebidanan Medan Jurusan
Kebidanan Poltekkkes Kemenkes Medan
2017

Ketua Penguji

Anggota Penguji

Melva Simatupang, SST, M.Kes
M.Kes
NIP. 196104231986032003
196802091999032002

Elisabeth Surbakti, SKM,
NIP.

Anggota Penguji

Anggota Penguji

Ardiana Batubara SST, M.Keb
NIP. 196605231986012001

Suryani, SST, M.Kes
NIP. 196511121992032002

Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

Betty Mangkuji, SST, M.Keb
NIP. 198103022002122001

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN MEDAN
LAPORAN TUGAS AKHIR, JULI 2017**

LIA ANGRYANI GINTING

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. A MASA HAMIL TRIMESTER III
SAMPAI DENGAN KELUARGA BERENCANA DI KLINIK BERSALIN
ROSMERY BARUS KECAMATAN PATUMBAK**

x + 143 halaman + 5 tabel + 9 lampiran

RINGKASAN ASUHAN KEBIDANAN

Menurut WHO (World Health Organization) Angka Kematian Ibu (AKI) secara global yang terjadi pada Tahun 2015 adalah 216 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Hal ini menunjukkan sekitar 830 wanita yang meninggal setiap harinya karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Sedangkan tingkat kematian bayi usia di bawah lima tahun sebesar 42,5 per 1000 KH dan sebagian dari kematian tersebut adalah bayi baru lahir dengan Angka Kematian Bayi (AKB) 19 per 1000 kelahiran hidup. Tujuan dari penulisan LTA ini adalah memberikan asuhan kebidanan secara *continuity care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

Metode asuhan yang dilakukan kepada Ny. A umur 30 tahun G3P2A0 yaitu *continuity of care* dengan melakukan pemantauan yang berkesinambungan kepada ibu dari masa hamil trimester III sampai dengan KB. Asuhan kepada Ny. A dilakukan mulai Februari sampai Juni di klinik bersalin Rosmery Barus Kecamatan Patumbak tahun 2017.

Asuhan yang diberikan pada Ny. A masa hamil adalah kunjungan sebanyak 3 kali, terdapat ketidaknyamanan fisiologis dan ketidaknyamanan tersebut dapat diatasi. Hasil yang didapatkan dari asuhan yang diberikan kepada Ny. A sesuai dengan standart 10 T. Pada usia kehamilan 39-40 minggu Ny. A bersalin dengan normal. Bayi bugar dengan berat badan 2900 gram dan panjang badan 49 cm. Nifas berjalan normal tanpa ada penyulit dan asuhan keluarga berencana Ny. A memilih KB suntik 3 bulan sebagai metode kontrasepsinya.

Kesimpulan dari asuhan yang diberikan kepada Ny. A dari masa kehamilan sampai dengan KB berlangsung dengan normal dan tidak dijumpai adanya penyulit atau komplikasi. Diharapkan kepada klinik bersalin Rosmery Barus agar dapat mempertahankan asuhan yang dilakukan dan dapat melakukan asuhan *continuity care* pada setiap ibu hamil sampai dengan KB untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.

Kata Kunci : Ny. A usia 30 tahun G3P2A0, asuhan kebidanan *continuity of care*

Daftar Pustaka: 30 (2012-2017)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. A Masa Hamil Trimester III Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Klinik Bersalin Rosmery Barus Tahun 2017”**, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Medan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan.

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

1. Ida Nurhayati SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes RI Medan, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
2. Betty Mangkuji, SST, M.Keb sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Suryani SST, M.Kes selaku Ketua Program Studi Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan.
4. Ardiana Batubara SST, M.Keb selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan.
5. Suryani SST, M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan.
6. Melva Simatupang SST, M.Kes selaku ketua penguji yang telah meluangkan waktu dan sabar dalam menguji Laporan Tugas Akhir ini.
7. Elisabeth Surbakti SKM, M.Kes selaku anggota penguji yang telah meluangkan waktu dan sabar dalam menguji Laporan Tugas Akhir ini.
8. Rismahara Lubis SST, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis.

9. Rosmery Barus Am.Keb yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di Klinik Bersalin Rosmery Barus Kecamatan Patumbak.
10. Ny. A dan keluarga, atas kerjasamanya yang baik bersedia menjadi klien dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Teristimewa kepada kedua orang tua saya yang sangat luar biasa yaitu Ayah tercinta Firman Ginting dan Ibunda tersayang Betseba Sembiring serta adik-adik yang saya kasihi yaitu Gabriel Adriansen Ginting, dan Feby Lisa Citra Ebina Ginting yang selalu memberikan semangat, doa dan dukungan baik materi maupun moral sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.
12. Sahabat terbaik saya Rani Vera Sirait, Desi Simanullang, Wiwin Mitra L. Manurung, dan Evelina Sitinjak serta teman sekamar saya Cempaka 20 dan Mawar 12 yaitu Rosella Panjaitan, Ruth Arfriani Aritonang, Kasuma Dewi Harahap, Elinda Hasibuan, Maria Hutasoit yang selalu membantu saya dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
13. Rekan seangkatan penulis III-A, III-B, dan III-C Jurusan D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan serta pihak-pihak yang terkait yang tidak dapat dicantumkan namanya satu persatu yang banyak membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal baik yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkan. Akhir kata saya ucapkan terima kasih.

Medan, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Sasaran, Tempat, dan Waktu Asuhan Kebidanan	5
1.5 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Kehamilan	7
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	7
a. Pengertian Kehamilan	7
b. Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III	7
c. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan dan Cara Mengatasinya.....	10
d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil.....	12
e. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III.....	14

2.1.2 Asuhan Kehamilan	15
a. Pengertian Asuhan Kehamilan	15
b. Tujuan Asuhan Kehamilan.....	16
c. Standar Asuhan Kehamilan	17
2.2 Persalinan	25
2.2.1 Konsep Dasar Persalinan.....	25
a. Pengertian Persalinan	25
b. Fisiologi Persalinan.....	25
c. Tanda-tanda persalinan.....	26
d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan	27
2.2.2 Asuhan Persalinan.....	32
2.3 Nifas	44
2.3.1 Konsep Dasar Nifas	44
a. Pengertian Nifas	44
b. Perubahan Fisiologi Nifas	44
c. Perubahan Psikologis Nifas.....	49
d. Kebutuhan Ibu Dalam Masa Nifas	50
2.3.2 Asuhan Nifas	52
2.4 Bayi Baru Lahir.....	54
2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	54
a. Pengertian Bayi Baru Lahir.....	54
b. Fisiologi Bayi Baru Lahir	54
c. Kebutuhan Dasar Pada Bayi Baru Lahir	55
2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir.....	55

2.5 Keluarga Berencana	47
2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana.....	61
a. Pengertian Keluarga Berencana	61
b. Tujuan Keluarga Berencana	62
c. Sasaran Program Keluarga Berencana	62
2.5.2 Asuhan Keluarga Berencana	62
a. Konseling Kontrasepsi	62
b. Jenis-jenis Alat Kontrasepsi.....	66
c. Kontrasepsi Menurut Usia dan Keadaan Klien	69
BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	77
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Trimester III.....	77
3.1.1 Data Perkembangan I	77
3.1.2 Data Perkembangan II.....	84
3.1.3 Data Perkembangan III	87
3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.....	91
3.2.1 Data Perkembangan Kala I.....	91
3.2.2 Data Perkembangan Kala II	102
3.2.3 Data Perkembangan Kala III.....	106
3.2.4 Data Perkembangan Kala IV	108
3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas	111
3.3.1 Data Perkembangan I.....	111
3.3.2 Data Perkembangan II.....	114
3.3.3 Data Perkembangan III	116
3.3.4 Data Perkembangan IV	118

3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	120
3.4.1 Data Perkembangan I.....	120
3.4.2 Data Perkembangan II.....	123
3.4.3 Data Perkembangan III	125
3.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana.....	127

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Kehamilan	129
4.2 Persalinan	133
4.3 Nifas	135
4.4 Bayi Baru Lahir.....	137
4.5 Keluarga Berencana	138

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	140
5.2 Penutup.....	141

DAFTAR PUSTAKA	142
-----------------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan pada kehamilan dan cara mengatasinya.....	10
Tabel 2.2 Ukuran fundus sesuai usia kehamilan.....	18
Tabel 2.3 Imunisasi tetanus toxoid	19
Tabel 2.4 Program dan kebijakan teknik masa nifas.....	53
Tabel 2.5 Nilai APGAR	56

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Izin Melakukan Praktik
- Lampiran 2 Surat Balasan Klinik
- Lampiran 3 Lembar Permintaan Menjadi Subyek
- Lampiran 4 *Informed Consent*
- Lampiran 5 Partograf
- Lampiran 6 Kartu Bimbingan LTA
- Lampiran 7 Lembar Persetujuan Perbaikan Sidang LTA
- Lampiran 8 Presensi Laporan Tugas Akhir
- Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
UNFPA	: United Nations Population Fund
AKI	: Angka Kematian Ibu
KH	: Kelahiran Hidup
SDG's	: <i>Survey Demografi Goals</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immundeficiency Syndrome</i>
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
Hb	: Hemoglobin
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Essensial Dasar
KB	: Keluarga Berencana
LTA	: Laporan Tugas Akhir
KIA	: Kesehatan Ibu Anak
ASI	: Air Susu Ibu
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
CPD	: <i>Cephal Pelvic Disproportion</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
KEK	: Kurang Energi Kronis
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TT	: Tetanus Toksoid
LLS	: Long Life Skill

IMS	: Infeksi Menular Seksual
BTA	: Bakteri Tahan Asam
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
APN	: Asuhan Persalinan Normal
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
IM	: Intra Muskular
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
BAB	: Buang Air Besar
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerin</i>
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
KN	: Kunjungan Neonatus
PUP	: Pendewasaan Usia Perkawinan
UU	: Undang-Undang
PUS	: Pasangan Usia Subur
NKKBS	: Norma Keluarga Bahagia Sejahtera
KIP/K	: Komunikasi Interpersonal/ Kebidanan
PLKB	: Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
IUS	: <i>Intra Uterine System</i>
MAL	: Metode Amenorea Laktasi
MOW	: Metode Operasi Wanita
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
HBV	: Hepatitis B Virus
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut WHO (World Health Organization) Angka Kematian Ibu (AKI) secara global yang terjadi pada Tahun 2015 adalah 216 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Hal ini menunjukkan sekitar 830 wanita yang meninggal setiap harinya karena komplikasi kehamilan dan persalinan. SDG's (Sustainable Development Goals) sudah menargetkan pada tahun 2030 AKI menurun menjadi 70 per 100.000 KH. Sedangkan tingkat kematian bayi usia di bawah lima tahun sebesar 42,5 per 1000 KH dan sebagian dari kematian tersebut adalah bayi baru lahir dengan Angka Kematian Bayi (AKB) 19 per 1000 kelahiran hidup. Diperkirakan 5,9 juta bayi usia di bawah 5 tahun meninggal pada tahun 2015. SDG's (Sustainable Development Goals) sudah menargetkan pada tahun 2030 AKB menurun menjadi 12 per 1000 KH. (WHO, 2016).

Data dari Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia mencapai 359 per 100.000 KH, sedangkan AKB di Indonesia sebesar 32 per 1.000 KH. Data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan tahun 2013 adalah sebanyak 5.019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan SDKI 2012 mencapai 160.681 anak. (Kemenkes RI, 2015).

Laporan dari profil kab/kota AKI yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2010 yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan FKM USU menyebutkan bahwa AKI di Sumatera Utara sebesar 268 per 100.000 KH. AKI pada tahun 2014 sebesar 75 per 100.000 KH. Berdasarkan laporan profil kesehatan tahun 2014, jumlah AKB adalah sebanyak 1.236 bayi sebelum 1 tahun. Berdasarkan angka ini, diperhitungkan AKB di Sumatera Utara tahun 2014 adalah 4,4 per 100.000 KH (Profil Kesehatan Sumatera Utara, 2014).

Menurut WHO penyebab utama AKI dikarenakan perdarahan yang kebanyakan terjadi setelah persalinan, hipertensi (pre eklamsi dan eklamsi), sepsis atau infeksi. Faktor lain penyebab AKI secara global karena keterbatasan atau rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, kurangnya informasi tentang ketersediaan pelayanan kesehatan, kepercayaan terhadap adat-istiadat, dan kemiskinan. Dan penyebab AKI secara tidak langsung dikarenakan adanya interaksi kondisi medis. Seperti: diabetes, malaria, *Human Immunodeficiency Virus*, obesitas (28%), perdarahan (27%), kehamilan dengan hipertensi (14%), infeksi yang terjadi setelah persalinan (11%), persalinan macet dan penyebab lain secara langsung (9%), komplikasi aborsi (8%), dan karena pembekuan darah (3%). Sedangkan penyebab AKB adalah prematur, asfiksia pada bayi baru lahir, sepsis, dan penyebab kematian bayi pasca neonatal adalah pneumonia, diare, malaria, dan cedera (WHO, 2016).

Penyebab AKI di Indonesia menurut Kemenkes RI 2015 adalah perdarahan (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%), infeksi (7,3%), partus lama/macet (1,8%) dan abortus (1,6%) serta diprediksi sebanyak (20%) mengalami komplikasi. Kematian ibu di Indonesia tetap didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), dan infeksi. Penyebab faktor tidak langsung kematian ibu karena masih banyak kasus 3T: terlambat mengambil keputusan, terlambat ke tempat rujukan serta terlambat memberi pertolongan di tempat rujukan dan 4T: terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak (Kemenkes RI, 2015).

Penyebab AKI di Sumatera Utara dikarenakan terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan meliputi: Hb < 8 gr% , tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), oedema nyata, eklamsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur (profil Sumatera Utara 2014). Penyebab AKB di Sumatera Utara dikarenakan terjadi komplikasi meliputi: asfiksia, sepsis, trauma lahir, BBLR (Berat Badan Lahir Rendah < 2.500 gr), gangguan pernafasan dan kelainan neonatal (Profil Kesehatan Sumatera Utara, 2014).

Upaya penurunan AKI dan AKB dapat dicegah dengan bantuan tenaga kesehatan untuk mencegah terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan. Semua wanita memerlukan akses pelayanan *antenatal*, persalinan, dan perawatan nifas yang baik. Ibu hamil wajib melakukan kunjungan *antenatal care*, persalinan, dan perawatan nifas. Hal ini juga sangat penting untuk menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Upaya untuk menurunkan AKB memerlukan pencegahan terhadap kelahiran prematur serta pengelolaan kelahiran prematur, perawatan rawat inap kepada bayi baru lahir yang sakit, serta pengelolaan infeksi dan promosi perawatan bayi dengan metode kangguru. Sedangkan upaya untuk menurunkan AKB usia dibawah 5 tahun yaitu diperlukan upaya yang lebih besar untuk meningkatkan cakupan pengobatan vaksin, dan untuk meningkatkan cakupan pengobatan untuk pneumonia dan diare, serta pencegahan dan pengobatan penyakit tidak menular dan cedera (WHO, 2016).

Berbagai upaya dalam menurunkan AKI dan AKB telah dilakukan di Indonesia yaitu adanya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) sebesar 25 %, serta meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 rumah sakit (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komperhensif (PONEK) dan 300 puskesmas/balkesmas (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas yng terdiri dari: (1) Pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) Pelayanan imunisasi Tetanus Toksoid wanita usia subur dan ibu hamil, (3) Pelayanan kesehatan ibu bersalin, (4) Pelayanan kesehatan ibu nifas, (5) Pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan, (6) Pelayanan kontrasepsi (Kemenkes RI, 2015).

Salah satu usaha yang dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB dengan melakukan asuhan yang berkelanjutan atau *continuity care*. *Continuity care* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara

seorang wanita dan bidan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama trimester I, II, dan III, bersalin dan nifas (Fitria, 2014).

Continuity care bertujuan untuk melakukan pemeriksaan dan pemantauan ibu selama proses kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana (KB) yang dilakukan oleh Bidan dan tenaga kesehatan yang berperan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dengan dilakukan oleh Bidan dan tenaga kesehatan yang berperan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dengan dilakukannya *continuity care* diharapkan komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dapat segera ditangani oleh tenaga kesehatan sehingga dapat dicegah sedini mungkin serta menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Selain itu, Asuhan *continuity care* sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari bidan mengenai perkembangan kondisi mereka setiap saat dapat dipantau dengan baik. Mereka juga menjadi lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal si pemberi asuhan (Wahyuni, 2015).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 20 Februari 2016 di klinik Rosmery Barus Jl. Balai Desa Gg. Perjuangan Kecamatan Patumbak, ditemukan jumlah ibu hamil yang melakukan ANC ± 30 ibu hamil perbulan dan ± 15 ibu bersalin perbulan. Setelah peneliti melihat dari data kunjungan ANC di klinik Rosmery Barus peneliti menemukan 5 orang ibu hamil Trimester III. Setelah dilakukan pendekatan pada ibu hamil Ny. A dengan usia kehamilan 28 minggu, Ny. A mau menjadi responden dan disetujui oleh suami untuk menjadi subjek dari LTA (Laporan Tugas Akhir) ini dengan membuat inform consent.

Berdasarkan Latar Belakang di atas, maka penulis akan melaksanakan Asuhan Kebidanan *continuity care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB pada Ny. A di klinik Bersalin Rosmery Barus Jl. Balai Desa Gg. Perjuangan Kecamatan Patumbak Tahun 2017.

1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan diberikan pada ibu hamil Trimester ke III yang fisiologis, bersalin, masa nifas neonatus, dan KB, maka pada penyusunan LTA ini mahasiswa memberikan asuhan secara *continuity care*.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan *continuity of care* pada ibu hamil
2. Melakukan asuhan kebidanan *continuity of care* pada ibu bersalin
3. Melakukan asuhan kebidanan *continuity of care* pada ibu nifas
4. Melakukan asuhan kebidanan *continuity of care* pada bayi baru lahir.
5. Melakukan asuhan kebidanan *continuity of care* pada ibu calon akseptor keluarga berencana (KB).
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

1.4 Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan

1.4.1 Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. A, Usia 30 tahun G3, P2, A0 dengan memperhatikan secara *continuity care* dari hamil, bersalin, neonatus, nifas dan KB.

1.4.2 Tempat

Tempat yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan di klinik Bersalin Rosmery Barus Jl. Marindal II, Gg. Perjuangan Kecamatan Patumbak.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam asuhan kebidanan kepada Ny. A mulai dari bulan Februari sampai dengan Mei 2017.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Klien

untuk memantau ibu secara *continuity of care* (secara berkesinambungan) pada kehamilan Trimester III dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan KB agar tidak terjadi komplikasi, serta untuk menambah wawasan klien, dan mengaplikasikan pengetahuannya untuk kehamilan berikutnya dan dapat membagi pengetahuannya kepada saudara atau orang lain.

1.5.2 Bagi Peneliti

Sebagai proses pembelajaran dalam penerapan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama perkuliahan dalam bentuk Laporan Tugas Akhir, dan memperluas wawasan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

1.5.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi dan dokumentasi pada perpustakaan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Jurusan D-III Kebidanan Medan.

1.5.4 Bagi Klinik Bersalin Rosmery Barus

Sebagai bahan masukan dalam memberikan asuhan dan bimbingan kepada ibu dan keluarga dalam memfasilitasi pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Saifuddin (2009), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir. Kehamilan di bagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009).

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang merupakan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung (Hutahaean, 2013).

Berdasarkan teori di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses fisiologi yang dialami oleh wanita dimana suatu keadaan janin di kandung di dalam wanita, yang sebelumnya diawali dengan pembuahan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan.

b. Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intaruterin. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas / kelenturan uterus. Taksiran kasar besarnya uterus pada perabaan tinggi fundus adalah sebagai berikut :

1. Tidak hamil / normal :Sebesar telur ayam (± 30 gram)
2. Kehamilan 8 minggu :Sebesar telur bebek
3. Kehamilan 12 minggu :Sebesar telur angsa (± 3 jari di atas simpisis).
4. Kehamilan 16 minggu :Sebesar tinju orang dewasa (pertengahan simpisis – pusat).
5. Kehamilan 20 minggu :Pinggir bawah pusat.
6. Kehamilan 24 minggu :Pinggir atas simpisis.
7. Kehamilan 28 minggu :3 jari di atas simpisis
8. Kehamillan 32 minggu :Pertengahan pusat – xyphoid.
9. Kehamilan 36 minggu : ± 1 jari di bawah px.
10. Kehamilan 40 minggu : ± 3 jari di bawah px
11. Kehamilan 36-42 minggu :3 sampai 1 jari di bawah xyphoid

b. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plaaenta terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/ beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

2. Vagina

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, warna merah kebiruan (tanda Chadwick).

3. Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, lakto albumin, lakto globulin, sel-sel lemak, kolostrum, mammae membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar monttgomery, terutama daerah aerola dan papila akibat pengaruh melanofor. Puting susu membesar dan menonjol. Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai memberikan ASI pada saat laktasi.

4. Sirkulasi Darah Ibu

Kebutuhan oksigen meningkat sampai 20 %, selain itu diafragma juga terdorong ke kranial-> terjadi hiperventilasi dangkal (20-24x/menit) akibat komliansi dada (chest compliance) menurun. Volume tidak meningkat. Volume residu paru (functional residual capacity) menurun. Kapasitas vital menurun.

5. Traktus Urinarius

Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi meningkat sampai 60 – 150 %. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatin urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun hal ini dianggap normal.

6. Metabolisme

Kebutuhan karbohidrat meningkat sampai 2300 kal/hari (hamil) dan 2800 kal/hari (menyusui). Kebutuhan protein 1 g/kg BB/hari untuk menunjang pertumbuhan janin. Kadar kolestrol plasma meningkat sampai 300 g/ 100 ml. Kebutuhan kalsium, fosfor, magnesium, cuprum meningkat. Ferreum dibutuhkan sampai kadar 800 mg, untuk pembentukan haemoglobin tambahan. Khusus untuk metabolisme karbohidrat pada kehamilan noral, terjadi kadar glukosa plasma ibu yang lebih rendah secara bermakna karena produksi glukosa dari hati menurun dan efek hormon-hormon plasenta lainnya.

7. Kenaikan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ / cairan intrauterin. Berat janin \pm 2,5 – 3,5 kg, berat plasenta \pm 0.5 kg, cairan amnion \pm 1 kg. Berat uterus \pm 1 kg, penambahan volume sirkulasi maternal \pm 1,5 kg, pertumbuhan mammae \pm 1 kg, penumpukan cairan interstisial di pelvis dan ekstermitas \pm 1,0 - 1,5 kg.

8. Kulit

Peningkatan aktivitas melanophore stimulating hormon menyebabkan perubahan berupa hiperpigmentasi pada wajah (kloasma gravidarum), payudara, linea alba (\geq linea nigra), striae livide di perut.

c. Ketidaknyamanan pada kehamilan dan cara mengatasi

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu, yang semuanya membutuhkan adaptasi, baik fisik maupun psikologis. Dalam proses adaptasi tersebut, tidak jarang ibu merasakan ketidaknyamanan. Meski ini adalah fisiologis normal, tetap perlu diberikan pencegahan dan perawatan. Beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Ketidaknyamanan Pada Kehamilan dan Cara Mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil. Trimester I dan III.	<ol style="list-style-type: none">Penjelasan mengenai sebab terjadinya.Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing.Perbanyak minum saat siang hari.Jangan kurangi minum mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari.Batasi minum kopi, teh dan soda.Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.
2.	Striae Gravidarum. Tampak jelas pada bulan ke 6-7.	<ol style="list-style-type: none">Gunakan <i>emolien topical</i> atau anti pruritik jika ada indikasinya.Gunakan baju longgar yang dapat menopang payudara dan abdomen.
3.	Hemoroid Timbul trimester II dan III.	<ol style="list-style-type: none">Hindari konstipasiMakan makanan yang berserat dan banyak minumGunakan kompres es atau air hangatSecara perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB
4.	Keluhan/fatigue. Pada trimester I.	<ol style="list-style-type: none">Yakinkan bahwa ini normal pada awal kehamilan.Dorong ibu untuk sering beristirahat.Hindari istirahat yang berlebihan.
5.	Keputihan. Terjadi di trimester I, II, atau III.	<ol style="list-style-type: none">Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari.Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap.Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
6.	Keringat bertambah secara perlahan akan meningkat sampai akhir kehamilan.	<ol style="list-style-type: none">Pakailah pakaian yang tipis dan longgar.Tingkatkan asupan cairan.Mandi secara teratur

Tabel 2.1

Lanjutan

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasinya
7.	Sembelit. Trimester II dan III.	<ol style="list-style-type: none">a. Tingkatkan diet asupan cairan.b. Konsumsi buah prem atau jus prem.c. Minum cairan dingin atau hangat terutama saat perut kosong.d. Istirahat kosong.e. Senam hamil.f. Membiasakan buang air besar secara teratur.g. Buang air besar segera setelah ada dorongan.
8.	Kram dan kaki. Setelah usia kehamilan 24 minggu.	<ol style="list-style-type: none">a. Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi).b. Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan otot yang terkena.c. Gunakan penghangat untuk otot.
9.	Mengidam (pica). Trimester I.	<ol style="list-style-type: none">a. Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan.b. Jelaskan tentang bahaya makanan yang tidak bisa diterima, mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur.
10.	Napas sesak. Trimester II dan III.	<ol style="list-style-type: none">a. Jelaskan penyebab fisiologisnya.b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi.c. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.
11.	Nyeri <i>ligamentum</i> <i>rotundum</i> . Trimester II dan III.	<ol style="list-style-type: none">a. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri.b. Tekuk lutut ke arah abdomen.c. Mandi air hangat.d. Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontra indikasi.e. Gunakan sebuah bantal untuk menopang <i>uterus</i> dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.
12.	Berdebar-debar (palpitasi jantung). Mulai akhir trimester I.	<ol style="list-style-type: none">a. Jelaskan bahwa hal ini normal pada kehamilan.
13.	Panas perut (heart burn).	<ol style="list-style-type: none">a. Makan sedikit-sedikit tapi sering.b. Hindari makan berlemak dan berbumbu tajam.c. Hindari rokok, asap rokok, alkohol dan cokelat.d. Hindari berbaring setelah makan.e. Hindari minum air putih saat makan.f. Kunyah permen karet. Tidur dengan kaki ditinggikan.
14.	Perut kembung. Trimester II dan III.	<ol style="list-style-type: none">a. Hindari makanan yang mengandung gas.b. Mengunyah makanan secara sempurna.c. Lakukan senam secara teratur. Pertahankan kebiasaan buang air besar secara teratur.

Tabel 2.1

Lanjutan

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasinya
15.	Pusing atau sincope. Trimester II dan III.	a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak. c. Hindari berbaring dalam posisi telentang.
16.	Mual dan muntah. Trimester I.	a. Hindari bau atau faktor penyebabnya. b. Makan biskuit kering atau roti bakar sesaat sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari. c. Makan sedikit tapi sering. d. Duduk tegak setiap kali selesai makan. e. Hindari makanan yang berminyak atau berbau. f. Makan makanan kering diantara waktu makan. g. Minum minuman berkarbonat. h. Bangun dari tidur secara perlahan. i. Hindari menggosok gigi setelah makan. j. Minum teh herbal. k. Istirahat sesuai kebutuhan.
17.	Sakit punggung atas dan bawah. Trimester II dan III.	a. Gunakan posisi tubuh yang baik. b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat. c. Gunakan kasur yang keras. d. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
18.	Varises pada kaki. Trimester II dan III.	a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring. b. Jaga agar kaki tidak bersilangan. c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. d. Senam untuk melancarkan peredaran darah. e. Hindari pakaian atau korset yang ketat.

Sumber : Asrinah, dkk. 2015

d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Mandriawati (2017) nutrisi adalah ikatan kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses kehidupan. Nutrisi adalah satu dari banyak faktor yang mempengaruhi hasil akhir kehamilan.

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

Berikut ini sederet zat gizi yang sebaiknya lebih diperhatikan pada kehamilan trimester III ini, tentu tanpa mengabaikan zat gizi lainnya:

1) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kkal), dengan penambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir. Untuk itu, tambahan kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 kkal.

2) Vitamin B6 (Piridoksin)

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

Angka kecukupan vitamin B6 bagi ibu hamil adalah sekitar 2,2 miligram sehari. Makanan hewani adalah sumber yang kaya akan vitamin ini.

3) Yodium

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

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

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernafasan dan energy. Ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi Tiamin sekitar 1,2 miligram per hari, Riboflavin sekitar 1,2 miligram per hari dan Niasin 11 miligram perhari. Ketiga vitamin B ini bisa Anda konsumsi dari keju, susu, kacang-kacangan, hati, dan telur.

5) Air

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

Jika cukup mengonsumsi cairan, buang air besar akan lancar sehingga terhindar dari sembelit serta risiko terkena infeksi saluran kemih. Sebaiknya minum 8 gelas air putih sehari. Selain air putih, bisa pula dibantu dengan jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan. Tapi jangan lupa, agar bobot tubuh tidak naik berlebihan, kurangi minuman bergula seperti sirop dan softdrink.

e. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Asrinah (2015) tanda-tanda bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut adalah:

1. Perdarahan *pervaginam*

Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri.

Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta *previa* atau *abruption* plasenta.

2. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur dan berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

3. Penglihatan kabur

Pandangan yang tiba-tiba menjadi kabur atau berbayang, perlu diwaspadai karena bisa mengacu pada tanda bahaya kehamilan.

4. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik lain.

5. Keluar cairan *pervaginam*

Yang dinamakan ketuban pecah dini adalah apabila terjadi sebelum persalinan berlangsung, yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra uteri, atau oleh kedua faktor tersebut. Juga karena adanya infeksi yang bisa bersal dari vagina dan serviks, dan penilaiannya ditemukan dengan adanya cairan ketuban di vagina. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (*nitrazin test*) merah menjadi biru.

6. Gerakan janin tidak terasa

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau istirahat, dan bila ibu makan dan minum dengan baik.

2.1.2 Asuhan kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk mengoptimisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Sarwono Prawirohardjo, 2014).

Antenatal care merupakan asuhan pada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang meliputi fisik dan mental untuk mendapatkan ibu dan bayi yang sehat selama masa kehamilan, masa persalinan, dan masa nifas. Informasi tertulis tentang perawatan kehamilan dapat dicatat pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA) yang penggunaannya telah dilaksanakan. Klien yang tidak bisa membaca dapat meminta pertolongan dari anggota lain untuk membacakannya setelah mendapatkan penjelasan dari bidan. Bagi ibu yang mengalami gangguan pendengaran atau kurang pengetahuan, maka ibu dapat memahami isi buku dengan cara yang dapat di pahami (Astuti, 2016).

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Astuti tahun 2016 tujuan asuhan kehamilan adalah :

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu serta kesejahteraan ibu dan janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal, serta sosial ibu dan bayi.
- c. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- d. Mendukung dan mendorong penyesuaian psikologis dalam kehamilan, melahirkan, menyusui dan menjadi orang tua.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan dalam pemberian ASI Eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- g. Menurunkan angka kesakitan serta kematian ibu dan perinatal.
- h. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama masa kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan serta menangani atau merujuk sesuai kebutuhan.
- i. Meningkatkan kesadaran sosial serta aspek psikologis tentang melahirkan bayi dan pengaruhnya pada keluarga.
- j. Memantau semua ibu hamil mengenai tanda komplikasi obstetri secara individu dan melakukan pemeriksaan diagnostik jika diperlukan sesuai indikasi.
- k. Meyakini bahwa ibu mengalami tanda bahaya dapat kembali normal setelah mendapatkan penanganan dan tidak selalu dianggap atau diperlakukan sebagai kehamilan beresiko.
 1. Membangun hubungan saling percaya antara ibu dengan pemberi asuhan.
 2. Menyediakan informasi sehingga ibu dapat membuat keputusan berdasarkan informasi tersebut.

3. Melibatkan suami atau anggota keluarga dalam pengalaman kehamilan yang relevan dan mendorong peran keluarga untuk memberikan dukungan yang dibutuhkan ibu.

c. Standar Asuhan Kehamilan

1. Kebijakan Program Asuhan Kehamilan
2. Menurut IBI (2016) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar 10T terdiri dari :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephal Pelvic Disproportion*).

- b. Ukur Tekanan darah

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

- c. Nilai status Gizi (ukur lingkar lengan atas/LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko KEK. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLa kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d. Ukur Tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.2
Ukuran Fundus Sesuai Usia Kehamilan

No	Tinggi fundus uteri (cm)	Umur kehamilan dalam minggu
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32
7	36 cm	36
8	40 cm	40

Sumber : Walyani, 2015.

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

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

f. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu disesuaikan

dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT *Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2.3
Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi	Interval	% perlindungan	Masa perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/ seumur hidup

Sumber : Walyani, 2015.

g. Pemberian tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h. Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urin, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, IMS, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

1) Pemeriksaan golongan darah

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

2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

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

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsi pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga

5) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

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

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

i. Tatalaksana/penanganan kasus

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

j. Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi :

a. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan.

c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas serta kesiapamn menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengetahui tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

e. Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

f. Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus tahu mengenal gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janinnya.

- g. Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling
Di daerah epidemis meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
- h. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.
- i. KB pasca persalinan
Ibu hamil diberikan pengarahannya tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.
- j. Imunisasi
Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum.
- k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)
Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.

1. Lingkup Asuhan Kehamilan

Menurut Asrinah (2015) ada dua lingkup asuhan kehamilan, yakni :

1. Keterampilan dasar

Ketrampilan ini merupakan keahlian yang wajib dimiliki oleh bidan untuk bisa mengasuh dengan baik. Berikut ketrampilan tersebut :

- 1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik.
- 3) Menilai keadaan janin.
- 4) Menghitung usia kehamilan.
- 5) Mengkaji status nutrisi.

- 6) Mengkaji kenaikan berat badan.
 - 7) Memberikan penyuluhan.
 - 8) Penatalaksanaan pada anemia ringan, hipertensi gravidarum tingkat 1, abortus iminem dan pre eklampsia ringan.
 - 9) Memberi imunisasi.
2. Keterampilan Tambahan
- Selain ketrampilan dasar, akan sangat membantu bila bidan juga memiliki bekal ketrampilan tambahan, yaitu :
- 1) Menggunakan dopler.
 - 2) Memberikan pengobatan.
 - 3) Melaksanakan Long Life Skill (LLS) dalam manajemen pasca aborsi.

2. Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan

Berikut sepuluh prinsip pokok yang wajib diketahui setiap bidan dalam melakukan asuhan kehamilan menurut Asrinah tahun 2015 :

1. Proses kehamilan merupakan proses alamiah dan fisiologis.
2. Pengasuhan menggunakan cara-cara sederhana atau menghindari segala bentuk intervensi yang tidak dibutuhkan.
3. Aman bagi keselamatan hidup ibu. Asuhan yang diberikan, ditunjang oleh pengobatan berdasarkan bukti (Evidence based medicine).
4. Menjaga privasi klien.
5. Membantu klien agar merasa aman dan nyaman serta member dukungan emosional
6. Memberikan informasi serta konseling yang cukup.
7. Klien dan keluarga berperan aktif dalam pengambilan keputusan.
8. Menghormati praktik adat istiadat, kebudayaan serta keyakinan atau agama di lingkungan setempat.
9. Memelihara kesehatan fisik, psikologis, sosial serta spiritual klien dan keluarga.
10. Melakukan usaha penyuluhan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Elisabeth dan Endang, 2016).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Icesmi dan Margareth, 2013).

b. Fisiologi Persalinan

1. Teori Terjadinya Persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai saat ini masih merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai faktor yang mengakibatkan partus mulai (Elisabeth dan Endang, 2016).

Teori terjadinya persalinan menurut Yeyeh (2013) yaitu:

a) Penurunan kadar progesteron

Progesteron menumbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b) Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

c) Peregangan otot-otot

Dengan majunya kehamilan, maka makin tereganglah otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi uterus untuk mengeluarkan janin.

d) Pengaruh janin

Hipofise dan kadar suprarenal janin memegang peranan penting, oleh karena itu pada ancephalus kelahiran sering lebih lama.

e) Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin meningkat dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi miometrium.

c. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Elisabeth dan Endang (2016), tanda-tanda persalinan antara lain:

a. Adanya kontraksi rahim

Tanda awal ibu hamil akan melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi, dimana kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter. Setiap kali otot berkontraksi, rongga uterus menjadi lebih kecil dan bagian presentasi atau kantong amnion didorong ke bawah ke dalam serviks. Serviks pertama-tama menipis, mendatar dan kemudian terbuka serta otot pada fundus menjadi lebih tebal.

Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:

- a) Increment : ketika intensitas terbentuk
- b) Acme : puncak atau maksimum
- c) Decement : ketika otot relaksasi

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan kala aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik (Varney, 2008).

b. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil poliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Dengan adanya pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar dengan sedikit arah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler dalam terputus.

c. Keluarnya air-air (ketuban)

Keluarnya air-air dalam jumlah yang cukup banyak berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban biasanya akan pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap, namun kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

d. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan mendahului pembukaan servik, pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah itu aktivitas uterus akan menghasilkan pembukaan serviks. Namun pada ibu multipara dan seterusnya penipisan dan pembukaan cenderung terjadi secara bersamaan. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Elisabeth dan Endang (2016) yaitu:

a. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir dibagi atas bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan-jaringan, ligament-ligamen).

1) Ukuran-ukuran panggul

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

2) Ukuran dalam panggul

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

3) Ruang tengah panggul

1. Bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm
2. Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm
3. Jarak antara spina isciadika 11 cm

4) Pintu bawah panggul

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

b. Power

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

1. His (kontraksi uterus)

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

Perubahan-perubahan akibat his :

1. Pada uterus dan serviks: uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauteri naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).

2. Pada ibu: rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi uterus. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.
3. Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis., jika benar-benar terjadi hipoksia janin yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin di atas 160 kali per menit, tidak teratur.

2. Mengejan

Proses mengejan ibu sangat menentukan dalam proses persalinan. Ibu harus mengejan dengan baik dan benar dari segi kekuatan maupun keteraturannya. Biasanya ibu diminta menarik nafas panjang dalam beberapa kali saat kontraksi terjadi lalu buang secara perlahan. Ketika kontraksi mencapai puncaknya, doronglah janin dengan mengejan sekuat mungkin. Bila ibu mengikuti instruksi dengan baik, pecahnya pembuluh darah disekitar mata dan wajah bisa dihindari. Begitu jaga resiko berkurangnya suplai oksigen ke janin.

c. Passenger

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

Untuk menyesuaikan diri dengan stres dan tegangan mekanisme persalinan, tengkorak janin telah dilengkapi dengan struktur yang amat lentur berupa sutura dan fontanela yang belum berfungsi. Derajat pergeseran garis-garis ini sekalipun terbatas, dapat mengurangi diameter kepala. Diameter kepala janin terkecil adalah diameter sub oksipito bregmatika (rerata 9,5 cm), yang dengannya verteks muncul pada posisi oksipito anterior. Pada posisi oksipito posterior, diameter presentasi adalah oksipiti frontal dan sub oksipito frontal (masing-masing dengan

rat-rata 11,75 cm dan 11 cm). namun, pada presentasi dahi, diameter presentasi adalah oksipitomental (rata-rata 13 cm) yang biasanya menghasilkan persalinan macet.

d. Psikis ibu bersalin

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran. Anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu dan hargai keinginan ibu untuk didampingi.

e. Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendekontaminasian alat bekas pakai.

b. Perubahan Fisiologis Maternal Selama Persalinan

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu bersalin menurut Varney (2008) yaitu:

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi, peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 4-10 mmHg. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekan darah. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring dapat menghindari terjadinya peningkatan tekanan darah.

b. Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas

metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, surah jantung dan cairan yang hilang.

c. Suhu

Sedikit meningkat selama persalinan, paling tinggi selama dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu tubuh yang dianggap normal tidak lebih dari 0,5-1°C.

d. Denyut nadi (frekuensi jantung)

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

e. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Namun hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat membahayakan alkalosis.

f. Perubahan pada ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama persalinan.

g. Perubahan pada saluran cerna

Mortilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama.

h. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 ml selama persalinan dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

2.2.2 Asuhan Persalinan

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca-persalinan, hipotermia dan afiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono, 2014).

1. Asuhan kala I

Kala I persalinan adalah dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (Yeyeh, 2013).

Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten: dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan 3 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules, berlangsung selama 8 jam. Fase aktif: kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif dibagi menjadi:

- a. Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b. Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.
- c. Periode deselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam, pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap.

Langkah-langkah asuhan kala I

1. Anamnesis antara lain identifikasi klien, gravida, para, abortus, anak hidup, haid pertama haid terakhir (HPHT), tentukan taksiran persalinan, riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi, riwayat persalinan.

2. Pemeriksaan abdomen memuat mengukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi dan letak, menentukan penurunan bagian terbawah janin, memantau denyut jantung janin, menilai kontraksi uterus.
3. Periksa dalam antara lain tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir), mengukur besarnya pembukaan, menilai selaput ketuban, menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir, menentukan denominator.

2. Asuhan kala II

Menurut Depkes RI (2007) dalam Yeyeh (2014), kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Ciri khas persalinan kala II adalah his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan, tekanan pada rectum serta anus membuka. Lama kala II pada primi dan multipara berbeda yaitu pada primipara berlangsung 1,5 – 2 jam sedangkan pada multipara berlangsung 0,5 – 1 jam.

Penatalaksanaan kala dua persalinan merupakan kelanjutan tanggung jawab tenaga kesehatan pada waktu penatalaksanaan asuhan kala satu persalinan. Penatalaksanaan kala dua menurut Varney (2008) adalah sebagai berikut:

- a. Evaluasi kontinu kesejahteraan ibu
- b. Evaluasi kontinu kesejahteraan janin
- c. Evaluasi kontinu kemajuan persalinan
- d. Perawatan tubuh wanita
- e. Asuhan pendukung untuk wanita dan orang terdekatnya serta keluarga
- f. Pemindaian kontinu tanda dan gejala komplikasi pada ibu dan janin
- g. Persiapan persalinan
- h. Penatalaksanaan persalinan
- i. Pembuat keputusan penatalaksanaan untuk kala dua persalinan

Penatalaksanaan kala dua mencakup frekuensi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernapasan, frekuensi pemeriksaan DJJ, apakah mendukung usaha wanita untuk mendorong, lokasi melahirkan, kapan mempersiapkan kelahiran, apakah wanita perlu dikateterisasi segera sebelum melahirkan, apakah perlu menyokong perineum dan apabila perlu bagaimana, apakah perlu melakukan episiotomi, jika diputuskan melakukan episiotomi, jenis episiotomi apa yang akan digunakan, jenis analgesik/anestesia, apakah akan melahirkan kepala bayi ketika kontraksi atau diantara kontraksi, kapan menjepit dengan klem atau memotong tali pusat, serta apakah perlu berkonsultasi atau berkolaborasi dengan dokter.

3. Asuhan kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit- 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.

a. Mekanisme pelepasan plasenta

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal: perubahan bentuk dan tinggi fundus, dimana setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan); tali pusat memanjang, dimana tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld); semburan darah tiba-tiba, dimana darah terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan

permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang keluar.

b. Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah, menurunkan angka kejadian retensio plasenta.

Tiga langkah utama manajemen aktif kala III: Pemberian oksitosin/uterotonika sesegera mungkin, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), rangsangan taktil pada dinding uterus atau fundus uterus.

4. Asuhan kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian yang disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina tetapi tidak banyak yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses persalinan menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksinya otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya.

5. Asuhan Persalinan Normal (APN)

Tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah (Sarwono, 2014) adalah:

Melihat tanda dan gejala kala dua

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/atau vagina.
- c. Perineum menonjol.

d. Vulva-vagina dan spingter ani membuka

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir serta mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai sarung tangan DTT (desinfeksi tingkat tinggi) atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan pembukaan lengkap dan janin baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 - 180 kali/menit).

- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
- b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman.

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:

- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu tidur terlentang).
- d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f. Menganjurkan asupan cairan per oral.

- g. Menilai DJJ setiap 5 menit.
- h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, rujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
- j. Jika bayi belum lahir atau kelahiran belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, rujuk ibu segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 14) Jika kepala bayi sudah tampak di vulva dengan diameter 5 – 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, lindungan perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut serta tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyanggahnya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

25) Menilai bayi dengan cepat (dalam waktu 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu dan bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin secara IM (Intra Muscular).

27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
- 29) Meringkakan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutup bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI (Air Susu Ibu) jika ibu menghendakinya.

Oksitosin

- 31) Melakukan palpasi abdomen untuk memeriksa kemungkinan adanya bayi kedua.
 - 32) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik.
 - 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- #### Penegangan tali pusat terkendali
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
 - 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada diperut ibu, tepat di atas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
 - 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan ke belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan plasenta

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5- 10 cm dari vulva.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
 - a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - b) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut dan perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau kle atau forceps DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai perdarahan

- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan setelah menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pascapersalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem tali pusat dan meletakkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 - a. 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c. Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

- e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap setiap 30 menit jam kedua pasca persalinan.
- a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali stiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi tempat yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60) Melengkapi partograf.

2.3 Nifas

2.3.1 Konesp Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas merupakan masa setelah melahirkan bayi dan plasenta sampai 6 minggu atau 40 hari (Astutik, 2015).

Menurut Abidin (2011) dalam Astutik (2015) , masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu.

b. Perubahan Fisiologi Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormone HCG (*human chrionic gonadotropin*), *human plasenta lactogen*, estrogen dan progesterone menurun. *Human plasenta lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan.

Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu:

1. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan hemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

a. Volume darah

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa variable. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskuler. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh norml mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu, setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

b. *Cardiac output*

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum*, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan *venous return*, *bradycardi* terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

2. Sistem Haematologi

a. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Haematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu *postpartum*.

b. Leukositosis meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ selama persalian dan tetap tinggi dalam beberapa hari *postpartum*. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita kira-kira $12000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara $20000-25000/\text{mm}^3$, neutropil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada waktu ini.

c. Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi factor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.

d. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda

thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh). Mungkin positif terhadap tanda-tanda *human's* (doso fleksi kaki di mana menyebabkan otot-otot mengompresi vena tibia dan thrombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun itu tidak menyebabkan nyeri.

e. Varises pada kaki dan sekitar anus (hemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

3. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr
- b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr
- c) Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr
- d) Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- e) Enam minggu *postpartum* fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

b. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

- a) Lochea rubra (*cruenta*) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari *postpartum*
- b) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lender, hari 3-7 *postpartum*
- c) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 *postpartum*

- d) lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu
- e) lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- f) locheastasis: lochea tidak lancar keluarnya.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f. Payudara

Pelepasan oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior distimulasi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel di dalam payudara dan pengeluaran ASI. Oksitosin juga menstimulasi kontraksi miometrium pada uterus, yang biasanya dilaporkan wanita sebagai *afterpain* (nyeri kontraksi uterus setelah melahirkan).

ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum sebenarnya telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Dan kolostrum merupakan ASI pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

4. Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

5. Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 34 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

6. Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesterone turun pada hari ke 3 *postpartum*. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

7. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

8. Sistem Integumen

- a. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.
- b. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan akan menghilang pada saat estrogen menurun (Walyani, 2015).

9. Perubahan tanda-tanda vital

- a. Suhu badan

Satu hari (24jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38 C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan,kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal,suhu badan menjadi biasa.

Biasanya pada hari ke 3 suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI dan payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyak ASI. Bila suhu turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium,mastitis-traktus genitalia,atau sistem lain.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit.Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat

c. Tekanan darah

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

d. Pernapasan

Keaadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi.Bila suhu nadi tidak normal,pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas (Dewi dan sunarsih, 2011).

c. Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis.

Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase I bawah ini:

1. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering

berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

d. Kebutuhan Ibu dalam Masa Nifas

- i. Nutrisi dan cairan
 - k. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
 - l. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
 - m. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- ii. Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua di berikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.

Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu Nifas sebagai berikut.

 - f. Meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI).
 - g. Bayi lebih kebal kena penyakit infeksi.

- h. Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
- i. Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena:
 - a) Bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah;
 - b) Kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh;
 - c) Pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi 6 bulan.

iii. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat ,mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur selama 24-48 jam postpartum.

Early ambulation tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam dan sebagainya.

iv. Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke-2 postprtum. Jika hari ke-3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal.

v. Personal Hygiene

Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya dan bagi ibu yang

mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan untuk mencuci luka tersebut dengan air dingin dan menghindari menyentuh daerah tersebut.

vi. Istirahat dan Tidur

Sarankan ibu untuk istirahat cukup. Tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

vii. Seksual

Ibu diperbolehkan untuk melakukan aktivitas kapan saja ibu siap dan secara fisik aman serta tidak ada rasa nyeri.

2.3.2 Asuhan Pada Masa Nifas

A. Program Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah
4. menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya

Tabel 2.4**Program dan kebijakan teknik masa nifas**

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut.Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bauMenilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkanMemastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahatMemastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Walyani dan purwoastuti, 2015)

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Dasar Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari (Marmi, 2015).

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Yeyeh, 2013).

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

1. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir menurut buku Marmi tahun 2015 :

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan bayi 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernafasan \pm 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia
Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Reflek morrow atau gerak memeluk bila di kagetkan sudah baik
- m. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- n. Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama meconium berwarna hitam kecoklatan.

c. Kebutuhan Dasar Pada Bayi Baru Lahir

1. Kebutuhan gizi bayi (0-6 bulan)

Menurut Muslihatun (2010), usia bayi 0-6 bulan dengan berat 6,0 kg dan tinggi 60 cm, angka kecukupan gizi yang dianjurkan perharinya adalah :

- a. Energi 550 kkal
- b. Protein 10 g
- c. Vitamin A 375 RE
- d. Vitamin D 5 mg
- e. Vitamin C 40 mg Vitamin B12 0/4 mg
- f. Kalsium 200 mg
- g. Besi 0,5 mg
- h. Seng 1,3 mg

2. Nutrisi untuk bayi 0-6 bulan ASI Eksklusif

ASI merupakan sumber makanan utama paling sempurna bagi bayi usia 0-6 bulan. Untuk itu harus diterapkan pola makan yang sehat agar zat gizi yang dibutuhkan dapat dipenuhi melalui ASI. ASI Eksklusif menurut WHO adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain baik susu formula, air putih, air jeruk, maupun makanan tambahan lain. Sebelum mencapai usia 6 bulan system pencernaan bayi belum mampu berfungsi dengan sempurna, sehingga ia belum mampu mencerna makanan selain ASI (Muslihatun, 2010).

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam (Marmi,2015). Asuhan yang diberikan adalah:

1. Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas Menurut (Davies, Mc Donald 2014), nilai Apgar hampir dikenal di seluruh dunia dan digunakan secara rutin sebagai perangkat penentu kondisi bayi ketika lahir. Perangkat ini menilai bayi menurut parameter warna, upaya napas dan frekuensi denyut jantung, serta aktivitas tonus dan reflek iritabilitas.

Tabel 2.5
Nilai Apgar

Table Nilai Apgar			
Tanda	0	1	2
Warna	Putih, biru, pucat	Batang tubuh berwarna pink, sementara ekstremitas berwarna biru	Seluruh tubuh berwarna pink
Denyut jantung	Tidak ada	<100	> 100
Reflex iritabilitas	Tidak ada	Menyeringai	Menangis
Aktivitas tonus	Lunglai	Tungkai sedikit lebih fleksi	Gerakan aktif
Upaya napas	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Davis dan Mc.Donald tahun 2014

2. Pertahankan suhu tubuh bayi

- a. Hindari memandikan bayi minimal 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terdapat masalah medis serta suhunya 36,5 derajat c atau lebih.
- b. Bungkus bayi dengan kain yang kering / hangat.
- c. Kepala bayi harus tertutup.
- d. Pemeriksaan fisik bayi.

Butir – butir penting pada saat memeriksa bayi baru lahir

- a. Gunakan tempat yang hangat dan bersih.
 - b. Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani bayi.
 - c. Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah mulai dari kepala sampai jari-jari kaki.
 - d. Jika ada faktor resiko dan masalah minta bantuan lebih lanjut jika diperlukan.
 - e. Rekam hasil pengamatan.
- e. Berikan vitamin k untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vit k pada BBL. Hal-hal yang harus dilakukan adalah :
- a. Semua BBL normal dan cukup bulan berikan vit k peroral 1 mg/hari selama 3 hari.

- b. Bayi resti berikan vit k parietal dengan dosis 0,5-1 mg.
- c. Identifikasi bayi merupakan alat pengenalan bayi agar tidak tertukar.
- d. Perawatan lain
 - a. Lakukan perawatan tali pusat.
 - b. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang kerumah berikan imunisasi BCG , polio oral , dan hepatitis B.
 - c. Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua.
 - d. Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi.
 - e. Beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam.
 - f. Pertahankan bayi agar selalu dekat ibu.
 - g. Jaga bayi dalam keadaan bersih , hangat dan kering.
 - h. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
 - i. Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.
 - j. Awasi masalah dan kesulitan pada bayi.
 - k. Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi.
 - l. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

Ketika pasien mau pulang, sebaiknya bidan melakukan evaluasi sebagai berikut:

- a. Tanda – tanda vital bayi, tangisan , warnakulit, tonus otot dan tingkat aktifitas.
- b. Apakah bayi sudah BAB.
- c. Apakah bayi sudah dapat menyusu dengan benar.
- d. Apakah ibu menunjukkan bahwa ia sudah menanganineonatal dengan benar.
- e. Apakah suami dan keluarga sudah dilibatkan dalam hal perawatan neonatal.
- f. Apakah sudah cukup persediaan pakaian atau perlengkapan bayi dirumah.
- g. Apakah keluarga memiliki rencana tindak lanjut kunjungan.
- h. Apakah memiliki rencana transportasi.

Kunjungan neonatal menurut Sari tahun 2014, antara lain :

1. Kunjungan neonatal harike – 1 (KNI)

Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir. Hal yang dilakukan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif , cegah infeksi , rawat tali pusat.

2. Kunjungan neonatal hari ke-2 (KN2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke -3 sampai dengan hari ke – 7 setelah bayi baru lahir. Hal yang dilakukan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, berikan ASI eksklusif ,cegah infeksi, rawat tali pusat.

3. Kunjungan neonatal hari ke-3 (KN3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke -8 sampai dengan hari ke – 28 setelah lahir. Hal yang dilakukan adalah jaga kehangatan tubuh, beri ASI eksklusif, rawat tali pusat, periksa ada/ tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit seperti tidak mau menyusu, lemah, pusatkemerahan, kulit terlihat kuning, demam atau tubuh teraba dingin. Segera periksakan bayi ke dokter/bidan jika menemukan satu atau lebih tanda bahaya pada bayi.

Pencegahan infeksi pada bayi baru lahir

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk pencegahan infeksi menurut arfian, arum lusiana tahun 2016 sebagi berikut :

- a) Inisiasi Menyususi Dini (IMD), pemberian ASI secara dini dan eksklusif.
- b) Kontak kulit kekulit dengan ibunya (*Skin To Skin Contact*).
- c) Menjaga kebersihan pada saat memotong dan merawat tali pusat (tanpa menempelkan / membubuhkan apapun pada tali pusat).
- d) Menggunakan alat-alat yang sudah disterilkan atau yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi (misalnya direbus).
- e) Mencuci tangan sebelum dan sesudah menolong persalinan/merawat bayi.
- f) Menggunakan bahan yang telah dibersihkan dengan benar untuk membungkus bayi agar hangat.
- g) Menghindari pembungkusan tali pusat atau dengan perawatan kering terbuka.

- h) Menghindari penggunaan krim atau salep pada tali pusat, yang dapat menyebabkan tali pusat basah/lembab.
- i) Pemberian tetes mata untuk profilaksis.
- j) Pemberian vitamin K untuk mencegah perdarahan.
- k) Pemberian vaksin hepatitis B (Hb 0)

Rawat gabung

Rawat gabung disebut juga *rooming in* merupakan suatu perawatan dimana ibu dan bayi ditempatkan dalam satu ruang secara terus menerus selama 24 jam.

1. Tujuan Rawat Gabung:

- n. Mendukung pemberian ASI sedini mungkin, ASI eksklusif dan pemberian ASI *on demand*.
- o. Memberikan kesempatan pada ibu untuk mendapatkan pengalaman tentang cara merawat bayi.
- p. Mendekatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi.

2. Manfaat Rawat Gabung :

a. Aspek Fisik

Jika ibu dan bayi berdekatan, maka kontak antara ibu dan bayi akan lebih sering, ibu dapat melakukan perawatan langsung dan menyusui bayinya setiap saat sehingga bayi lebih terpenuhi kebutuhannya, misalnya ASI dan kolostrum yang keluar dapat segera diterima oleh bayi, sehingga bayi akan mendapatkan kekebalan secara optimal.

b. Aspek fisiologis

Jika ibu dan bayi selalu bersama, maka ibu dapat memberikan ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi (*on demand*), yang akan bermanfaat bagi ibu untuk membantu proses pengembalian uterus ke bentuk semula (*involusio uteri*) serta dapat berfungsi untuk kontrasepsi bagi ibu (Metode amenorrhea laktasi).

c. Aspek psikologis

Jika ibu dan bayi selalu bersama, maka proses bonding dan kasih sayang antara ibu dan bayi akan segera terjalin dan bayi akan merasa aman, nyaman serta terlindungi, sehingga bayi tampak lebih tenang dan

ibu akan merasa senang dan bangga karena dipercaya merawat sendiri bayinya.

d. Aspek edukatif

Dengan rawat gabung, secara tidak langsung ibu akan belajar bagaimana cara merawat bayi, sehingga pada saat pulang kerumah ibu sudah terbiasa merawat bayinya (arfianan, arum lusiana, 2016).

Perawatan Lanjutan dirumah

Ibu diajarkan untuk selalu memeriksa bayi setiap hari, dibersihkan dengan memandikan, ditimbang berat badan, dan suhunya diukur melalui aksila pemeriksaan ini dilakukan sebelum memberi minum pagi, sehingga semua gerakan tidak menimbulkan regurgitasi atau gumoh. Bayi normal dan sehat harus dirawat gabung dengan ibu sejak lahir, dan setiap saat akan memegang atau setelah memegang bayi ibu maupun petugas harus cuci tangan .

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada saat merawat bayi adalah:

1. Kelopak mata dibersihkan dengan air (bias menggunakan kapas yang dibasahi air hangat dan diperas terlebih dahulu).
2. Inspeksi luang hidung, bila terdapat lender atau susu didalamnya dibersihkan dengan cotton bud, secara hati-hati sebatas cuping hidung jangan sampai terlalu dalam.
3. Mengusap wajah bayi saat membersihkan muka dengan lembut.
4. Gunakan sabun ringan atau sampo bayi untuk cuci rambut.
5. Mengukur suhu di aksila atau di ketiak, bukan di anus sebagai wujud asuhan sayang bayi, agar bayi tetap nyaman mengukur suhu di anus dapat menimbulkan reflek fagal pada bayi, yang membuat bayi tidak nyaman.
6. Selalu mengamati tali pusat, melihat apakah ada perdarahan atau tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan bau busuk).
7. Pada saat mengganti popok, selalu mengamati daerah genitalia , lipat paha dan pantat bayi apakah ada tanda iritasi atau kemerahan adakah ruam popok (arfiana, arum lusiana, 2016).

2.5. Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut WHO (World Health Organisation) expert Committee 1970 keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Sri Handayani, 2014).

Secara umum (KB) dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah, serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan yang matang kehamilan merupakan satu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Suratun, 2013).

Keluarga Berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015).

b. Tujuan Program KB

a. Tujuan Umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera). Yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

b. Tujuan Khusus

Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran.

c. Sasaran Program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 bagian yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS).

2.5.2 Asuhan Keluarga Berencana

a. Konseling Kontrasepsi

1. Pengertian

Konseling adalah suatu proses pemberian bantuan yang dilakukan seseorang kepada orang lain dalam membuat suatu keputusan atau memecahkan masalah melalui pemahaman tentang fakta-fakta dan perasaan-perasaan yang terlibat di dalamnya.

2. Tujuan Konseling

a) Meningkatkan penerimaan

Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non-verbal meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB oleh klien.

b) Menjamin pilihan yang cocok

Menjamin petugas dan klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien.

c) Menjamin penggunaan yang efektif

Konseling efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi informasi yang keliru tentang cara tersebut.

d) Menjamin kelangsungan yang lebih lama

Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui cara kerjanya dan mengatasi efek sampingnya.

3. Jenis Konseling KB

a) Konseling Awal

1. Bertujuan menentukan metode apa yang diambil.
2. Bila dilakukan dengan objektif langkah ini akan membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok untuknya.
3. Yang perlu diperhatikan adalah menanyakan langkah yang disukai klien dan apa yang diketahui tentang cara kerjanya, kelebihan, dan kekurangannya.

b) Konseling Khusus

1. Memberi kesempatan klien untuk bertanya tentang cara KB dan membicarakan pengalamannya.
2. Mendapatkan informasi lebih rinci tentang KB yang diinginkannya.
3. Mendapatkan bantuan untuk memilih rinci tentang KB yang cocok dan mendapatkan penerangan lebih jauh tentang penggunaannya.

c) Konseling Tindak Lanjut

1. Konseling lebih bervariasi dari konseling awal.
2. Pemberi pelayanan harus dapat membedakan masalah yang serius yang memerlukan rujukan dan masalah ringan yang dapat diatasi ditempat.

4. Langkah Konseling

a) GATHER

G : Greet

Berikan salam, kenalkan diri dan buka komunikasi.

A : Ask

Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi?

T : Tell

Beritahukan persoalan pokok yang dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelesaiannya.

H : Help

Bantu klien memahami dan menyelesaikan masalahnya.

E : Explain

Jelaskan cara terpilih telah dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat/diobservasi).

R : Refer/Return visit

Rujuk bila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai (buat jadwal kunjungan ulang).

b) Langkah Konseling KB SATU TUJU

Langkah SATU TUJU ini tidak perlu dilakukan berurutan karena menyesuaikan dengan kebutuhan klien.

SA : Sapa dan salam

4. Sapa klien secara terbuka dan sopan
5. Beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien
6. Bangun percaya diri pasien
7. Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya

T: Tanya

1. Tanyakan informasi tentang dirinya
2. Bantu klien untuk berbicara pengalaman tentang KB dan kesehatan reproduksi.
3. Tanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan.

U: Uraikan

1. Bantu Sklien berpikir apa yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
2. Tanyakan apakah pasangan mendukung pilihannya.

J: Jelaskan

1. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya.
2. Jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi.

U: Kunjungan Ulang

1. Perlu dilakukan kunjungan ulang untuk dilakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.

1) Tahapan konseling dalam pelayanan KB

a) Kegiatan KIE

1. Sumber informasi pertama tentang jenis alat/metode KB dari petugas lapangan KB.
2. Pesan yang disampaikan:
 - a. Pengertian dan manfaat KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.
 - b. Proses terjadinya kehamilan pada wanita (yang kaitannya dengan cara kerja dan metode kontrasepsi).
 - c. Jenis alat/metode kontrasepsi, cara pemakaian, cara kerjanya serta lama pemakaian.

b) Kegiatan Bimbingan

1. Tindak lanjut dari kegiatan KIE dengan menjaring calon peserta KB.
2. Tugas penjaringan: memberikan informasi tentang jenis kontrasepsi lebih objektif, benar dan jujur sekaligus meneliti apakah calon peserta memenuhi syarat.
3. Bila iya, rujuk ke KIP/K.

c) Kegiatan Rujukan

1. Rujukan calon peserta KB, untuk mendapatkan pelayanan KB.
2. Rujukan peserta KB, untuk menindaklanjuti komplikasi.

d) Kegiatan KIP/K

Tahapan dalam KIP/K:

1. Menjajaki alasan pemilihan alat.
2. Menjajaki apakah klien sudah mengetahui/paham tentang alat kontrasepsi tersebut.
3. Menjajaki klien tahu/tidak alat kontrasepsi lain.
4. Bila belum, berikan informasi.
5. Beri klien kesempatan untuk mempertimbangkan pilihannya kembali.

6. Bantu klien mengambil keputusan.
 7. Beri klien informasi, apapun pilihannya, klien akan diperiksa kesehatannya.
 8. Hasil pembicaraan akan dicatat pada lembar konseling.
- e) Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi
1. Pemeriksaan kesehatan: anamnesis dan pemeriksaan fisik.
 2. Bila tidak ada kontraindikasi, pelayanan kontrasepsi dapat diberikan.
 3. Untuk kontrasepsi jangka panjang perlu *inform consent*.
- f) Kegiatan Tindak lanjut
1. Petugas melakukan pemantauan keadaan peserta KB diserahkan kembali kepada PLKB.

b. Jenis-jenis Alat Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang banyak digunakan di Indonesia, yaitu:

1. Spermisida

Spermisida adalah alat kontrasepsi yang mengandung bahan kimia (non oksinol-9) yang digunakan untuk membunuh sperma. Jenis spermisida terbagi menjadi:

- a. Aerosol (busa)
 - b. Tablet vagina, suppositoria atau dissolvable film
 - c. Krim
- ##### 2. Cervical Cap

Merupakan kontrasepsi wanita, terbuat dari bahan latex, yang dimasukkan kedalam liang kemaluan dan menutup leher rahim (serviks). Efek sedotan menyebabkan cap tetap nempel di leher rahim. Cervical cap berfungsi sebagai barrier (penghalang) agar sperma tidak masuk ke dalam rahim sehingga tidak terjadi kehamilan. Setelah berhubungan (ML) cap tidak boleh dibuka minimal 8 jam. Agar efektif, cap biasanya di campur pemakaiannya dengan jeli spermisida (pembunuh sperma).

3. Suntik

Suntikan kontrasepsi diberikan setiap 3 bulan sekali. suntikan kontrasepsi mengandung hormon progesteron yang menyerupai hormon progesteron yang diproduksi oleh wanita selama 2 minggu pada setiap awal siklus menstruasi. Hormon tersebut mencegah wanita untuk melepaskan sel telur sehingga memberikan efek kontrasepsi. Banyak klinik kesehatan yang menyarankan penggunaan kondom pada minggu pertama saat suntik kontrasepsi. Sekitar 3 dari 100 orang yang menggunakan kontrasepsi suntik saat mengalami kehamilan pada tahun pertama pemakaiannya.

4. Kontrasepsi Darurat IUD

Alat kontrasepsi *intrauterine device* (IUD) dinilai efektif 100% untuk kontrasepsi darurat. Hal itu tergambar dalam sebuah studi yang melibatkan sekitar 2.000 wanita China yang memakai alat ini 5 hari setelah melakukan hubungan intim tanpa pelindung. Alat yang disebut Copper T380A, atau Copper T bahkan terus efektif dalam mencegah kehamilan setahun setelah alat ini ditanamkan dalam rahim.

5. Implan

Implant atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang di dalamnya terdapat hormone progestogen, implant ini kemudian dimasukkan kedalam kulit di bagian lengan atas. Hormone tersebut kemudian akan dilepaskan secara perlahan dan implant ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun. Sama seperti pada kontrasepsi suntik, maka disarankan penggunaan kondom untuk minggu pertama sejak pemasangan implant.

6. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Lactational Amenorea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan an minuman lainnya. Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau *natural family planning*, apakah tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

7. IUD & IUS

IUD (*intra uterine device*) merupakan alat kecil berbentuk seperti huruf T yang lentur dan diletakkan di dalam rahim untuk mencegah kehamilan, efek kontrasepsi disapatkan dari lilitan tembaga yang ada di badan IUD. IUD merupakan salah satu kontrasepsi yang paling banyak digunakan di dunia. Efektifitas IUD sangat tinggi sekitar 99,2-99,9%, tetapi IUD tidak memberikan perlindungan bagi penularan penyakit menular seksual (PMS).

Saat ini, sudah ada modifikasi lain dari IUD yang disebut dengan IUS (*intra uterine system*), bila pada IUD efek kontrasepsi berasal dari lilitan tembaga dan dapat efektif selama 12 tahun maka pada IUS efek kontrasepsi didapat melalui pelepasan hormone progestogen dan efektif selama 5 tahun. Baik IUD dan IUS mempunyai benang plastik yang menempel pada bagian bawah alat, benang tersebut dapat teraba oleh jari didalam vagina tetapi tidak terlihat diluar vagina. Disarankan untuk memeriksa keberadaan benang tersebut setiap habis menstruasi supaya posisi IUD dapat diketahui.

8. Kontrasepsi Darurat Hormonal

Mornig after pill adalah hormonal tingkat tinggi yang diminum untuk mengontrol kehamilan sesaat setelah melakukan hubungan seks yang beresiko. Pada prinsipnya pil tersebut bekerja dengan cara menghalangi sperma berenang memasuki sel telur dan memperkecil terjadinya pembuahan.

9. Kontrasepsi *Patch*

Patch ini didesain untuk melepaskan 20µg ethinyl estradiol dan 150 µg norelgestromin. Mencegah kehamilan dengan cara yang sama seperti kontrasepsi oral (pil). Digunakan selama 3 minggu, dan 1 minggu bebas patch untuk siklus menstruasi.

10. Pil Kontrasepsi

Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi (berisi hormone estrogen & progestogen) ataupun hanya berisi progestogen saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim. Apabila pil kontrasepsi ini digunakan secara tepat maka angka

kejadian kehamilannya hanya 3 dari 1000 wanita. Disarankan penggunaan kontrasepsi lain (kondom) pada minggu pertama pemakaian pil kontrasepsi.

11. Kontrasepsi Sterilisasi

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma. Kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (Metoda Operasi Pria) atau vasektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buah zakar.

12. Kondom

Kondom merupakan jenis kontrasepsi penghalang mekanik. Kondom mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk ke dalam vagina. Kondom pria dapat terbuat dari bahan latex (karet), *polyurethane* (plastik), sedangkan kondom wanita terbuat dari *polyurethane*. Pasangan yang mempunyai alergi terhadap latex dapat menggunakan kondom pria antar 85-98% sedangkan efektifitas kondom wanita antara 79-95%. Harap diperhatikan bahwa kondom pria dan wanita sebaiknya jangan digunakan secara bersamaan.

c. Kontrasepsi Menurut Usia dan Keadaan Klien

1. Kontrasepsi Untuk Remaja (Saifuddin, Abdul Bari, dkk, 2016)

Pengertian

- a. Menurut WHO, remaja adalah kelompok penduduk yang berusia 10-19 tahun atau 10-24 tahun menurut UNFPA dan belum menikah.
- b. Proporsi remaja Indonesia (10-24 tahun) pada tahun 2005 mencapai lebih dari jumlah penduduk.
- c. Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk sosial.

Masalah :

- a. Sebagian remaja sudah mengalami pematangan organ reproduksi dan bisa bereproduksi (berfungsi), namun secara mental, emosi dan sosial mereka belum dewasa dan akan mengalami banyak masalah bila pendidikan dan

pengasuhan seksualitas dan reproduksi mereka terabaikan. Banyak yang sudah seksual aktif bahkan berganti-ganti pasangan seks sehingga akibatnya banyak terjadi infeksi menular seksual, kehamilan dini, kehamilan yang tidak diinginkan dan upaya aborsi yang tidak aman.

- b. Informasi yang tepat tentang masalah seksual dan reproduksi bagi remaja sangat kurang.
- c. Pengetahuan dan komitmen petugas untuk menangani masalah remaja kurang, fasilitas terbatas sehingga remaja tidak pernah mendapat perlindungan dan pemeliharaan dengan tepat.
- d. Remaja merupakan kelompok marginal dan kesalahan yang dilakukan remaja dianggap aib oleh masyarakat sehingga persoalan reproduksi remaja tidak diperhitungkan oleh pembuat kebijakan fakta yang ditemukan antara lain :
 1. 15% remaja sudah melakukan hubungan seks diluar nikah.
 2. Sebanyak 46,19% penderita HIV/AIDS pada akhir tahun 2005 adalah remaja berusia 15-29 tahun dimana 43,5% terinfeksi melalui hubungan seks yang tidak aman dan 50% terinfeksi melalui jarum suntik 60% dari pekerja seks di Indonesia adalah remaja perempuan berusia 24 tahun atau kurang dan 30% diantaranya berumur 15 tahun atau kurang.
 3. Dari 2,3 juta kasus aborsi setiap tahunnya di Indonesia, 20% nya dilakukan oleh remaja dan melalui tindakan aborsi tidak aman dan menyebabkan komplikasi yang dapat menyebabkan kematian mereka.

Solusi masalah :

- a. Sudah waktunya diberikan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi untuk melindungi remaja dari penularan penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.
- b. Pemberian pelayanan sebaiknya diberikan dalam satu paket dengan pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

- a. Perilaku seksual remaja perlu dipelajari apakah ia sudah mulai berhubungan seks sejak masih sangat muda, apakah berganti-ganti

pasangan, adakah riwayat Penyakit Menular Seksual, apakah ada riwayat kehamilan dan aborsi.

- b. Dasar pemberian kontrasepsi bagi remaja adalah untuk mencegah kehamilan dan penyakit menular seksual sebelum mereka siap membentuk sebuah keluarga dan mempunyai anak.
- c. Kontrasepsi bagi remaja bersifat temporer dan harus tidak memberikan efek samping dan kesulitan dalam pengembalian kesuburan.
- d. Pelayanan pap smir dan pemeriksaan laboratorium untuk skrining Penyakit Menular Seksual perlu dilakukan terutama bagi remaja yang sudah aktif berhubungan seksual lebih dari 1 tahun dan ada riwayat berganti-ganti pasangan.

2. Kontrasepsi Pascapersalihan (Saifudin, Abdul Bari, dkk, 2006)

Pada umumnya, pascapersalihan klien ingin menunda kehamilan berikutnya sedikitnya 2 tahun lagi atau tidak ingin hamil lagi. Pada pascapersalihan yang tidak menyusui, masa infertilitas berlangsung rata-rata sekitar 6 minggu sedangkan pada klien menyusui, masa infertilitas lebih lama, tetapi kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan.

Anjuran Pada Klien Pascapersalihan :

Klien pascapersalihan dianjurkan agar :

- a. Memberi ASI Eksklusif (hanya member ASI saja) kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan. Sesudah 6 bulan, bayi diberi makanan pendamping ASI sedangkan pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun. Menyusui secara eksklusif merupakan suatu metoda kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid dan waktunya kurang dari 6 bulan pascapersalihan. Efektifitasnya dapat mencapai 98%. Menyusui sebagai metoda kontrasepsi (Metoda Amenorea Laktasi) efektif bila menyusui lebih dari 8 kali sehari dan bayi mendapat cukup asuhan perlaktasi.
- b. Tidak menghentikan ASI untuk memulai suatu metoda kontrasepsi.
- c. Metoda kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi.

Jenis kontrasepsi dan saat mulai penggunaannya

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi pascapersalinan tergantung dari status menyusui. Metoda yang langsung dapat digunakan adalah: spermisida, kondom dan koitus interuptus.

Klien menyusui :

- a. Klien yang menyusui bayinya tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan, bahkan pada klien yang menggunakan Metoda Amenorea Laktasi (MAL) waktu tersebut dapat sampai 6 bulan.
- b. Kontrasepsi kombinasi (merupakan pilihan terakhir pada klien karena) :
 1. Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pasca persalian karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 2. Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai dengan 6 bulan pascapersalinan. Selama 3 minggu pasca persalinan meningkatkan risiko masalah pembekuan darah.
- c. Progestin :
 1. Selama 6 minggu pasca persalinan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 2. Tidak ada pengaruh terhadap ASI.
 3. Perdarahan ireguler dapat terjadi.
- d. AKDR :
 1. Dapat dipasang langsung pascapersalinan, sewaktu secsio cesaria, atau sesudah 48 jam pascapersalinan.
 2. Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan.
 3. Jika haid sudah dapat, insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.
- e. Kondom, spermisida, koitus intereptus atau abstinensia: dapat digunakan setiap saat, tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi.
- f. Diafragma: sebaliknya ditunggu sampai 6 minggu pasca persalinan. Tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi.

g. Kontrasepsi mantap :

1. Tubektomi: dalam 48 jam pascapersalinan, atau tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan. Tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi.
2. Vasektomi: kontrasepsi mantap untuk laki-laki. Dapat dilakukan setiap saat tidak segera efektif, perlu paling sedikit 20 ejakulasi atau kurang lebih 3 bulan sampai betul-betul steril.

Klien tidak menyusui :

- a. Kondom, MAL, Progestin : dapat segera digunakan.
- b. Kontrasepsi kombinasi: dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan, lebih dari 6 minggu pascapersalinan atau sesudah dapat haid (setelah yakin tidak ada kehamilan).

3. Kontrasepsi pasca keguguran (Saifudin, Abdul, Bari, dkk, 2006)

Waktu mulai: kontrasepsi pascakeguguran perlu segera dimulai karena ovulasi dapat terjadi 11 hari sesudah terapi keguguran (abortus). Klien perlu mendapat informasi agar mereka mengerti bahwa :

- a. Klien dapat hamil lagi sebelum haid berikutnya datang.
- b. Ada kontrasepsi yang aman untuk menunda atau mencegah kehamilan.
- c. Dimana dan bagaimana klien dapat memperoleh pelayanan.

Jenis kontrasepsi yang dapat digunakan :

- a. Segera mulai: pil kombinasi, kontrasepsi progestin, suntikan kombinasi, implant.
- b. Pada Trimester I sesudah keguguran: AKDR .
 1. Jika tidak ada infeksi, AKDR dapat langsung dipakai.
 2. Jika ada luka atau infeksi tunggu sampai sembuh.
 3. Jika ada perdarahan tunggu sampai perdarahan dapat diatasi dan anemia diperbaiki.
- c. Pada Trimester II sesudah keguguran :
 1. AKDR: paska kuguguran tunggu pemasangan 4-6 minggu, yakinkan tidak ada infeksi, jika ada infeksi tunggu pemasangan sampai infeksi teratasi 3 bulan.

2. Kondom, Spermisida: segera sewaktu mulai bersanggama.
3. KB alamiah: tidak dianjurkan karena waktu ovulasi pertama pascakeguguran sulit diperkirakan.
4. Tubektomi: dapat langsung dikerjakan sewaktu terapi keguguran kecuali ada infeksi atau perdarahan banyak.

Panduan metoda kontrasepsi pada beberapa kondisi klinis :

1. Kondisi infeksi (tanda-tanda infeksi, aborsi tidak aman, tidak dapat menyingkirkan infeksi: kontrasepsi AKDR, tubektomi jangan digunakan atau dilakukan sampai infeksi teratasi (3 bulan). Kontrasepsi kombinasi, kontrasepsi progestin dapat segera digunakan, kontrasepsi barir juga dapat digunakan.
2. Perlukaan jalan lahir (perforasi uterus, perlukaan vagina atau serviks): kontrasepsi AKDR, Diafragma, Spersimida, Tubektomi) jangan dipasang atau dilakukan sampai perlukaan sembuh. Kontrasepsi kombinasi, kontrasepsi progestin dapat segera digunakan, kondom dapat digunakan.
3. Perdarahan banyak ($Hb < 8g\%$): kontrasepsi implan, suntik AKDR, tubektomi ditunda sampai anemia diatasi. Kontrasepsi kombinasi dapat segera digunakan, AKDR dan spesimida dapat digunakan.

4. Kontrasepsi darurat

Yang dimaksud dengan kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan segera setelah hubungan seksual; sering juga disebut “Kontrasepsi Pascasanggama” atau *morning after pill*” atau *morning after treatment*”. Sebutan kontrasepsi darurat menekankan bahwa cara KB ini lebih baik daripada tidak ada sama sekali namun tetap kurang efektif dibandingkan dengan cara KB yang sudah ada. Kontrasepsi ini tidak boleh dipakai terus-menerus secara rutin. (Saifuddin, Abdul Bari, dkk, 2016) :

Jenis Kontrasepsi darurat :

- a. AKDR (Copper T, Multiload, Nova T): pemberian dalam waktu 5 hari pascasanggama dengan dosis 1 x pemasangan.

- b. Pil (antara lain: Microgynon, Ovral, Neogynon, nordiol, Eugynon): pemberian dalam waktu 3 hari pasca sanggama dengan dosis 2 x 2 tablet dan dosis kedua 12 jam kemudian.

Keterbatasan/kerugian :

- a. Pil kombinasi hanya efektif jika digunakan dalam 72 jam sesudah bersanggama tanpa perlindungan.
- b. Pil kombinasi dapat menyebabkan mual, muntah, atau nyeri payudara.
- c. AKDR hanya efektif jika dipasang dalam 7 hari sesudah sanggama.
- d. Pemasangan AKDR memerlukan tenaga terlatih dan sebaiknya tidak digunakan pada klien yang terpapar dengan resiko infeksi menular seksual.

Indikasi : untuk mencegah kehamilan yang tidak dikehendaki

- a. Bila terjadi kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi seperti :
 - 1. Kondom bocor, lepas atau salah memakainya.
 - 2. Diafragma pecah, robek atau diangkat terlalu cepat.
 - 3. Kegagalan sanggama terputus (misalnya ejakulasi di vagina atau pada genitalia eksterna).
 - 4. Salah hitung masa subur.
 - 5. AKDR ekspulsi.
 - 6. Terlambat lebih dari 2 minggu untuk suntik KB.
- b. Perkosaan.
- c. Tidak menggunakan kontrasepsi.

Kontraindikasi: hamil atau tersangka hamil.

Efek samping :

- a. Mual, muntah : perlu konseling. Jika klien muntah dalam 2 jam sesudah penggunaan pil pertama atau kedua, dosis ulangan perlu diberikan.
- b. Perdarahan/ bercak : sekitar 8 % klien dengan kontrasepsi oral kombinasi mengalami bercak-bercak. Sekitar 50% mendapat haid pada waktunya bahkan lebih awal.

5. Kontrasepsi Untuk Perempuan Berusia Lebih dari 35 Tahun

Perempuan yang berusia lebih 35 tahun akan mengalami peningkatan morbiditas dan mortalitas jika mereka memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif. Oleh karena itu mereka memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif.

Metoda kontrasepsi untuk perempuan berusia lebih 35 tahun

- a. Pil kombinasi/ suntikan kombinasi :
 1. Sebaiknya tidak digunakan oleh perempuan > 35 tahun yang perokok.
 2. Perokok berat (≥ 20 batang/ hari) jangan menggunakan.
 3. Pil kombinasi dosis rendah dapat berfungsi sebagai terapi sulih hormon pada masa perimenopause.
- b. Kontrasepsi Progestin (implant, suntikan progestin, pil progestin);
 1. Dapat digunakan pada masa perimenopause (usia 40-50 tahun)
 2. Dapat digunakan oleh perempuan berusia > 35 tahun dan perokok
 3. Implan dapat digunakan oleh perempuan berusia > 35 tahun yang menginginkan kontrasepsi jangka panjang tetapi belum siap untuk kontrasepsi mantap.
- c. AKDR: dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun yang tidak terpapar pada infeksi saluran reproduksi (ISR).
- d. Kondom: satu-satunya metoda kontrasepsi yang dapat mencegah IMS (HBV, HIV/ AIDS).
- e. Kontrasepsi mantap: sangat tepat untuk pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.

BAB III
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. A di Klinik Bersalin Rosmery Barus

3.1.1 Data Perkembangan I

Tanggal : 01 Maret 2017

Pukul : 10.30 WIB

IDENTITAS/BIODATA

Nama : Ny. A

Nama : Tn. T

Umur : 30 tahun

Umur : 39 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa

Suku/Bangsa : Jawa

Pendidikan : SMK

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Karyawan

Alamat : Jl. Balai Desa Gg. perjuangan

No. Telp/Hp : 081362429171

A. DATA SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini : kunjungan ulang
Keluhan utama : keputihan
2. Riwayat perkawinan : kawin 1 kali, kawin pertama umur 20 tahun
3. Riwayat menstruasi :
Menarche umur 14 tahun, siklus 28 hari, banyaknya 3-4x ganti doek sehari, tidak ada dismenorhoe, teratur, lamanya 4-5 hari. HPHT: 20-07-2016, TTP: 27-04-2017
4. Riwayat Kehamilan :
 - a. Riwayat ANC
ANC sejak umur kehamilan 12 minggu di klinik Bersalin Rosmery Barus

Frekuensi : Trimester I : 1 kali
Trimester II : 2 kali
Trimester III : 1 kali

b. Pergerakan janin pertama umur kehamilan 20 minggu, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir \pm 18 kali

c. Pola nutrisi	Makan	Minum
Frekuensi	: 3 kali/hari	8 x/hari
Makan	: nasi, lauk-pauk, sayur-sayuran	air putih
Jumlah	: 1 piring	8 gelas/hari
Keluhan	: tidak ada	tidak ada
Pola Eliminasi	: BAB	BAK
Frekuensi	: 1x/hari	5x/hari
Warna	: kuning kecoklatan	kekuningan
Bau	: khas	khas
Konsistensi	: lunak	cair
Pola aktivitas	:	
Kegiatan sehari-hari	: menyapu rumah, mencuci pakaian, mencuci piring	
Istirahat/tidur	: 8 jam/hari	
Seksualitas	: Frekuensi	: 1x/minggu
	: Keluhan	: tidak ada

d. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi 2 kali/hari

Kebersihan membersihkan alat kelamin setiap kali BAB/BAK

Kebiasaan mengganti pakaian dalam 2x/hari

Jenis pakaian dalam yang digunakan katun

e. Imunisasi

TT 1 : -

TT 2 : -

5. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
G3P2A0

Hamil ke	Persalinan						Nifas		
	Tanggal Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	komplikasi		BB Lahir	Laktasi	Kelainan
					Ibu	Bayi			
1	19-07-2008	Aterm	Spontan	Bidan	-	-	2700 gr	Ya	-
2	22-02-2012	Aterm	Spontan	Bidan	-	-	3400 gr	Ya	-
3	H	A	M	I	L		I	N	I

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No.	Jenis kontrasepsi					Berhenti/Ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alasan
1	Pil	2007	Bidan	Klinik	Tidak ada	2009	Bidan	Klinik	Sering lupa meminumnya
2	Suntik KB 1 bulan	2009	Bidan	Klinik	Tidak ada	2015	Bidan	Klinik	Tidak dapat haid dan membuat berat badan naik

7. Riwayat Kesehatan

- a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita : tidak ada
- b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga : tidak ada
- c. Penyakit keturunan kembar : tidak ada
- d. Kebiasaan-kebiasaan :
 - Merokok : tidak ada
 - Minum jamu-jamuan : tidak ada
 - Minum-minuman keras : tidak ada
 - Peubahan pola makan : tidak ada

8. Keadaan Psikososial Spiritual

- a. Kelahiran ini : diinginkan
- b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan sekarang : baik
- c. Penerimaan terhadap kehamilan saat ini : diterima
- d. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan : senang dan mendukung
- e. Ketaatan ibu dalam beribadah : ibu rajin beribadah

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : baik Kesadaran : composmentis

b. Tanda vital

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Nadi : 70 kali/menit

Pernafasan : 20 kali/menit

Suhu : 36,5°C

c. TB : 155 cm

BB sebelum hamil : 55 kg

BB sesudah hamil : 60 kg

IMT : 24,4

Cara menghitung IMT: = Berat Badan (kg)/ Tinggi Badan (m) x Tinggi

Badan (m)

= 55 kg/ 1,55 m x 1,55 m

= 24,4

LILA : 26 cm

d. Kepala dan Leher

Edema wajah : tidak ada

Cloasma gravidarum : tidak ada

Mata : tidak ada

Mulut : bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfa dan kelenjar tiroid

Payudara : tidak ada benjolan

Bentuk : simetris

Aerola mammae : hiperpigmentasi

Puting susu : menonjol

Kolostrum : tidak ada

e. Abdomen

Bentuk : asimetris

C. ANALISA

1. Diagnosa kebidanan

Ny. A G3P2A0 UK 32-33 minggu, janin tunggal, hidup, PU-KI, presentasi kepala, belum masuk PAP

2. Masalah

1) Anemia sedang

2) Keputihan

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 01 Maret 2017

Pukul : 10.45 WIB

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan

Ibu

Keadaan umum : baik

Tekanan darah : 100/70 mmHg

HB : 8,5 gr/%

Janin

Posisi : PU-KI, presentasi kepala, bagian terbawah janin belum masuk PAP

DJJ : 133 kali/menit

TBJ : 2,480 gram

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa senang dengan keadaan janinnya.

2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi, seperti hati ayam, sayur bayam dan brokoli, dan buah-buahan, serta mengurangi minum teh dan kopi karena dapat mengganggu penyerapan zat besi dalam tubuh dan mengganggu pertumbuhan janin.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

3. Memberikan ibu tablet Fe dan mengajari cara mengkonsumsinya yaitu 2x/hari setiap pagi dan malam sebelum tidur dan meminumnya tidak boleh dengan menggunakan teh atau kopi, tetapi sebaiknya dengan minum juice jeruk.

4. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genetaliaanya dengan mengganti pakaian dalam apabila sudah lembap dan membersihkannya setelah BAB dan BAK.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

5. Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan seperti :
 - a) Keluar darah dari vagina dalam jumlah banyak
 - b) Penglihatan kabur, jika pandangan ibu kabur walaupun tidak terkena matahari dan ketika sudah tidur namun belum hilang juga
 - c) Keluar cairan pervaginam seperti air ketuban
 - d) Gerakan janin berkurang/tidak terasa
 - e) Bengkak pada wajah, tangan dan kaki

Apabila ibu mengalaminya, segera datang ke tenaga kesehatan.

Ibu sudah mengetahui tanda bahaya kehamilan.

6. Mengajarkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau apabila ada keluhan segera kunjungi tenaga kesehatan.

Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang.

Pelaksana Asuhan

Lia Angryani Ginting

3.1.2 Data Perkembangan II

Tanggal: 22 Maret 2017

Pukul : 19.30 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan sering BAK

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : baik Kesadaran : composmentis

2. Tanda-tanda Vital

BB sekarang : 63 kg BB sebelumnya: 60 kg

TD : 110/70 mmHg RR : 24 kali/menit

Nadi : 65 kali/menit Temp : 36,5°C

3. Palpasi

Leopold I : TFU 1 jari di bawah px , teraba bagian bundar, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Di sebelah kiri perut ibu teraba bagian keras, panjang, dan memapan (punggung), di sebelah kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat, dan masih bisa digoyangkan (mobile)

Leopold IV : Bagian terbawah janin belum masuk PAP (konvergen)

TFU (Mc Donald) : 30 cm

Usia Kehamilan : (TFU x 8/7)

: (30 x 8/7) = 34 minggu

TBJ : 2,790 gram

Auskultasi DJJ : 135 kali/menit

4. Pemeriksaan Laboratorium

HB : 10,5 gr%

C. ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan

Ny. A G3P2A0 UK 34-35 minggu, janin tunggal, hidup, PU-KI, presentasi kepala, belum masuk PAP, ibu dan janin dalam kondisi baik.

2. Masalah
 - 1) Anemia ringan
 - 2) Sering BAK
3. Kebutuhan

Penkes tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil Trimester III

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 22 Maret 2017

Pukul : 19. 40 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu

Kesadaran umum	: baik	Temp	: 36,5°c
Tekanan darah	: 110/70mmHg	Pols	: 72 kali/menit
Hb	: 10,4 gr%	RR	: 20 kali/menit

Janin

Posisi : PU-KI, presentasi kepala, bagian terbawah janin belum masuk PAP

DJJ : 135 kali/menit

Ibu sudah mengetahui pemeriksaan dan merasa senang dengan keadaan janinnya.

2. Menjelaskan bahwa peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian terbawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan kapasitas kandung kemih berkurang. Dan menjelaskan cara mengatasi ketidaknyamanan ini adalah dengan mengurangi asupan cairan pada malam hari dan memperbanyak minum saat pagi, siang, dan sore hari. Mengurangi asupan cairan pada malam hari karena untuk mencegah sering buang air kecil karena dapat mengganggu tidur pada malam hari. Dan menjelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis (jumlah urine meningkat).

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

3. Mengajarkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi, seperti hati ayam, sayur bayam dan brokoli, dan buah-buahan, serta mengurangi minum teh dan kopi karena dapat mengganggu penyerapan zat besi dalam tubuh dan mengganggu pertumbuhan janin.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

4. Memberikan ibu tablet Fe dan mengajari cara mengkonsumsinya yaitu 2x/hari setiap pagi dan malam sebelum tidur dan meminumnya tidak boleh dengan menggunakan teh atau kopi, tetapi sebaiknya meminumnya dengan juice jeruk.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

5. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genetalia dengan mengganti pakaian dalam apabila sudah lembap dan membersihkannya setelah BAB dan BAK.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

6. Mengingatkan kembali kepada ibu tanda bahaya kehamilan seperti :
 - a) Keluar darah dari vagina dalam jumlah banyak
 - b) Penglihatan kabur, jika pandangan ibu kabur walaupun tidak sedang terkena panas matahari dan ketika sudah tidur tidak hilang juga
 - c) Keluar cairan pervaginam seperti air ketuban
 - d) Gerakan janin berkurang/tidak terasa
 - e) Bengkak pada wajah, tangan dan kaki

Apabila ibu mengalaminya, segera datang ke tenaga kesehatan.

Ibu sudah mengetahui tanda bahaya kehamilan.

7. Mengajarkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau apabila ada keluhan segera kunjungi tenaga kesehatan.

Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang

Pelaksana Asuhan

Lia Angryani Ginting

3.1.3 Data Perkembangan III

Tanggal: 13 April 2017

Pukul : 10.15 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan mengalami keputihan
2. Ibu mengatakan sering buang air kecil (BAK)

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : baik Kesadaran : composmentis
2. Tanda-tanda Vital
 - BB sekarang : 65 kg BB sebelumnya:60 kg
 - TD : 110/70 mmHg RR :24 kali/menit
 - Nadi : 74 kali/menit Temp :36,8°C
3. Palpasi
 - Leopold I : TFU setinggi PX (Prosesus Xiphoideus), teraba bagian bundar, lunak, dan tidak melenting
 - Leopold II : Di sebelah kiri perut ibu teraba bagian keras, panjang, dan memapan (punggung), di sebelah kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)
 - Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat (kepala)
 - Leopold IV : Bagian terbawah janin belum masuk PAP (konvergen)
 - TFU (Mc Donald) : 31 cm
 - Usia Kehamilan : (TFU x 8/7)
: (31 x 8/7)
: 35 minggu
 - TBJ : (TFU-12 x155)
: (31-12 x155)
: (2,945 gram)
 - DJJ : 137 kali/menit
4. Pemeriksaan Laboratorium
 - HB : 10,5 gr

C. ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan

Ny. A G3P2A0 UK 35-36 minggu, janin tunggal, hidup, PU-KI, presentasi kepala, belum masuk PAP, ibu dan janin dalam kondisi baik.

2. Masalah

- 1) Anemia ringan
- 2) Sering mengalami keputihan
- 3) Sering Buang Air Kecil (BAK)

3. Kebutuhan

Penkes tentang personal hygiene dan ketidaknyamanan kehamilan Trimester III

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 13 April 2017

Pukul : 10. 25 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Ibu

Kesadaran umum	: baik	Temp	: 36,8°c
Tekanan darah	: 110/70mmHg	Pols	: 74 kali/menit
Hb	: 10,4 gr%	RR	: 24 kali/menit

Janin

Posisi : PU-KI, presentasi kepala, bagian terbawah janin belum masuk PAP

DJJ : 137 kali/menit

Ibu sudah mengetahui pemeriksaan dan merasa senang dengan keadaan janinnya.

2. Memberitahu ibu bahwa keadaan janinnya baik, usia kehamilan sudah 36-37 minggu, kepala dibawah, punggung di sebelah kiri, dan bagian terbawah belum masuk PAP, DJJ 135 x/menit dan terdengar jelas.

Ibu terlihat senang dengan keadaan janinnya, ekspresi wajah ibu tampak tersenyum.

3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi, seperti hati ayam, sayur bayam dan brokoli, dan

buah-buahan, serta mengurangi minum teh dan kopi karena dapat mengganggu penyerapan zat besi dalam tubuh dan mengganggu pertumbuhan janin.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

4. Memberikan ibu tablet Fe dan mengajari cara mengkonsumsinya yaitu 2x/hari setiap pagi dan malam sebelum tidur dan meminumnya tidak boleh dengan menggunakan teh atau kopi, tetapi sebaiknya meminumnya dengan juice jeruk.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genetaliaanya dengan mengganti pakaian dalam apabila sudah lembap dan membersihkannya setelah BAB dan BAK.

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

6. Menjelaskan bahwa peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian terbawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan kapasitas kandung kemih berkurang. Dan menjelaskan cara mengatasi ketidaknyamanan ini adalah dengan mengurangi asupan cairan pada malam hari dan memperbanyak minum saat pagi, siang, dan sore hari. Mengurangi asupan cairan pada malam hari karena untuk mencegah sering buang air kecil karena dapat mengganggu tidur pada malam hari. Dan menjelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis (jumlah urine meningkat).

Ibu sudah mengerti penjelasan yang diberikan.

7. Memberitahu ibu agar mempersiapkan kebutuhan persalinan seperti kendaraan, uang, pendonor darah, pendamping pada saat persalinan, pakaian, penolong, tempat bersalin dan pengambil keputusan. Ibu sudah mempersiapkan segala kebutuhan untuk bersalinnya.

8. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah, serta adanya rasa sakit dari perut sampai ke pinggang anjurkan ibu segera datang ke klinik.

Ibu sudah mengetahui tanda persalinan.

9. Menganjurkan ibu untuk datang apabila terdapat tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya persalinan yaitu keluar berupa air ketuban sebelum waktunya.

Ibu mengerti dan akan datang kembali apabila tanda-tanda persalinan sudah dialaminya.

Pelaksana Asuhan

Lia Angryani Ginting

3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin di Klinik Bersalin Rosmery Barus

Pada tanggal : 23 April 2017

Pukul : 16.00 wib

Data Subjektif

Alasan masuk kamar bersalin :

Ibu mengatakan ingin bersalin, ibu merasakan mules pada perutnya menjalar ke pinggang sejak pukul 10.00 wib.

1. Keluhan utama : Rasa mules semakin sering dan kuat dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan ada keluar lendir bercampur darah sejak pukul 10.00 wib

2. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yg lalu :

G3P2A0

Hamil ke	Persalinan						Nifas		
	Tanggal Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	komplikasi		BB Lahir	Laktasi	Kelainan
					Ibu	Bayi			
1	19-07-2008	Aterm	Spontan	Bidan	-	-	2700 gr	Ya	-
2	22-02-2012	Aterm	Spontan	Bidan	-	-	3400 gr	Ya	-
3	H	A	M	I	L		I	N	I

3. HPHT : 20-07-2016

TTP : 27-04-2017

Usia Kehamilan = 23-04-2017

20-07-2016 –

$3 \times 4 = 36$ minggu

$9 \times 2 = 18 - 3 = 15$ hari

Maka, usia kehamilan 36 minggu 15 hari

4. Pola makan/minum/eliminasi/istirahat

Makan terakhir : Tanggal : 23 April 2017

Pukul : 14.00 wib

Jenis makanan : Nasi $\frac{1}{2}$ piring, $\frac{1}{2}$ mangkuk sayur, 1 potong ikan, 1 buah pisang

Minum terakhir : Tanggal : 23 April 2017

Pukul : 15.00 wib

Jenis Minuman : Minum air putih 1 gelas

Pola Eliminasi :

BAK terakhir : Tanggal : 23 April 2017 Pukul : 15.00 wib

Warna : Jernih

BAB terakhir : Tanggal : 23 April 2017 Pukul : 09.00 wib

Pola Istirahat :

Tidur siang terakhir : Ibu tidur pada saat tidak ada kontraksi dan lebih sering tidak tidur karena sakit yang dialami ibu.

Data Objektif

1. Keadaan umum : Ibu tampak kesakitan namun kesadaran ibu masih dalam keadaan baik

2. Tanda Vital

TD : 120/80mmHg RR : 20x/i
HR : 72x/i Temp : 36,8°C

3. Pemeriksaan Fisik

a. Mata

- 1) Konjungtiva : Merah muda
- 2) Sklera : Tidak ikterus
- 3) Oedem palpebra : Tidak ada pembengkakan

b. Dada

- 1) Mammae : Simetris
- 2) Aerola mammae : Hitam pekat (hiperpigmentasi)
- 3) Puting susu : Menonjol
- 4) Benjolan : Tidak ada
- 5) Pengeluaran colostrum: Ada

c. Pemeriksaan Khusus Abdomen

Inspeksi :

- 1) Membesar dengan arah memanjang : Ada
- 2) Linea alba : Ada
- 3) Striae livide : Ada
- 4) Varices : Tidak ada
- 5) Refleks patella : Kiri (+) dan Kanan (+)

Pemeriksaan Dalam (pukul 16.00 wib)

- a. Pembukaan Serviks : 3 cm
- b. Ketuban : Utuh
- c. Molase : Tidak ada
- d. Posisi : UUK Ki-Dep
- e. Penurunan : 3/5
- f. Konsistensi Serviks : Elastis dan Lunak

Analisa

Ny. A umur 30 tahun G3P2A0 usia kehamilan 36-38 minggu janin tunggal, hidup, PU-KI (punggung kiri), presentasi kepala sudah masuk PAP (Divergen)
Inpartu kala 1 fase laten.

Penatalaksanaan

Tanggal : 23 April 2017 Pukul : 16.00 wib

1. Menginformasikan proses kemajuan persalinan dan memberitahukan kondisi ibu dan janin serta memantau perkembangan TTV, HIS, DJJ setiap ½ jam.

TD : 120/80 mmHg	Pembukaan : 3 cm
RR : 20 x/i	His : 2x/10'/30"
HR : 75 x/i	Temp : 36,8°C
DJJ : 138 x/i	

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya dan janinnya.

2. Memberikan dukungan kepada ibu, bahwa ibu mampu menghadapi persalinan dan meminta suami/keluarga untuk selalu mendampingi ibu dan memberikan makan/minum kepada ibu.

Suami mendampingi ibu dan memberi makan dan minum. Ibu mau makan dan minum yang diberikan suaminya.

3. Menganjurkan ibu untuk banyak berjalan-jalan dan jongkok agar kepala bayi semakin turun.

Ibu banyak berjalan dan berjongkok. Jika merasa lelah ibu beristirahat sebentar dan berjalan-jalan kembali.

4. Melakukan observasi dan memantau kemajuan persalinan dengan partograf

Pukul	VT	His	DJJ	Nadi	Ket
16.00 wib	3 cm	2x/10'/30''	138 x/i	75x/i	Selaput ketuban utuh, menyusupan tidak ada, penurunan 4/5, suhu 36,8°C, posisi UUK Ki-Dep
16.30 wib	-	2x/10'/30''	138x/i	75x/i	-
17.00 wib	-	2x/10'/30''	138x/i	75x/i	-
17.30 wib	-	2x/10'/30''	138x/i	78x/i	-
18.00 wib	-	2x/10'/30''	138x/i	78x/i	-
18.30 wib	-	3x/10/30''	140x/i	80x/i	-
19.00 wib	-	3x/10/30''	140x/i	80x/i	-
20.00 wib	5 cm	3x/10/30''	140x/i	80x/i	Selaput ketuban utuh, menyusupan tidak ada, penurunan 3/5, suhu 36,8°C, posisi UUK Ki-Dep

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.2.1 Data Perkembangan Kala I 4 Jam Kemudian

Tanggal: 23 April 2017

Pukul : 20.00 wib

Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya semakin mules sampai menjalar ke pinggang dan ibu mengatakan adanya rasa ingin Buang Air Besar (BAB).

Data Objektif

1. Keadaan Umum : ibu tampak kesakitan dan kesadaran ibu masih baik

2. Tanda-tanda vital :

TD	: 120/80 mmHg	HR	: 80x/i
RR	: 24x/i	T	: 36,8°C

3. Pemeriksaan Kebidanan

a. Abdomen

- 1) His : 3x/10'/35"
- 2) DJJ : 140x/i

b. Pemeriksaan dalam (pukul 20.00 wib)

- 1) Pembukaan : 5 cm
- 2) Penurunan kepala : 3/5
- 3) Molase : tidak ada
- 4) Ketuban : utuh
- 5) Konsistensi serviks : elastis dan lunak
- 6) Posisi : UUK Ki-Dep

Analisa

Ny. A umur 30 tahun G3P2A0, usia kehamilan 36-38 minggu, janin tunggal, hidup, PU-KI (punggung kiri), presentasi kepala, sudah masuk PAP (Divergen).

Inpartu kala 1 fase aktif dilatasi maksimal.

Penatalaksanaan

Tanggal: 23 April 2017

Pukul : 20.00 wib

1. Menginformasikan proses kemajuan persalinan dan memberitahukan kondisi ibu dan janin serta memantau perkembangan TTV, His, DJJ setiap ½ jam (pada lembar partograf)

TD : 120/80 mmHg	His	: 3x/10'/30"
RR : 24x/i	Pembukaan	: 5 cm
HR : 80x/i	T	: 36,8°C
DJJ : 140x/i		

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan janinnya.

2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum/makan untuk menambah tenaga ibu agar ibu tetap kuat dan tidak lemas saat persalinan nanti.

Ibu sudah diberikan minum oleh keluarganya.

3. Memberi dukungan kepada ibu, bahwa ibu mampu menghadapi persalinan dan menjelaskan kepada ibu tentang posisi jongkok, setengah duduk, berdiri, miring kanan/kiri, berbaring/litotomi dan merangkak.

Ibu sudah mengerti tentang posisi yang nyaman saat bersalin nanti.

4. Mengingatkan ibu untuk tetap banyak berjalan dan berjongkok agar kepala bayi semakin turun.

5. Memberi ibu dukungan dengan mengelus punggung atau pundak serta memberikan pijatan ringan di atas perut ibu.

Ibu terlihat nyaman dengan tindakan yang dilakukan.

6. Mempersiapkan tempat, alat-alat dan perlengkapan ibu dan bayi untuk proses persalinan. Alat-alat untuk menolong persalinan yaitu bak instrumen steril berisi 2 buah arteri klem, 1 buah gunting tali pusat, 1 buah stand doek, 2 pasang handscoon steril, 1 buah benang tali pusat, kassa steril sudah dipersiapkan.

Peralatan ibu yang dipersiapkan yaitu bedong, baju, popok, gurita, sarung tangan dan kaki, dan topi bayi.

Tempat, alat-alat perlengkapan ibu dan bayi, alat-alat untuk menolong persalinan sudah dipersiapkan.

7. Melakukan observasi dan memantau kemajuan persalinan dengan partograf terlampir.

Pukul	VT	TD	HIS	Nadi	Urin	Minum	DJJ	Suhu	Ket
20.00 wib	5 cm	120/80 mmHg	3x/10'/30"	80x/i	±150 cc	-	140x/i	36,8°C	Selaput ketuban masih utuh, penyusupan tidak ada, penurunan kepala 3/5, posisi UUK Ki-Dep
20.30 wib	-	-	3x/10'/30"	80x/i	-	-	135x/i	-	-
21.00 wib	-	-	4x/10'/30"	80x/i	-	± 250 cc	137x/i	-	-
21.30 wib	-	-	4x/10'/30"	80x/i	-	-	137x/i	-	-
22.00 wib	8 cm	120/80 mmHg	4x/10'/30"	82x/i	-	-	140x/i	-	Selaput ketuban masih utuh, penyusupan tidak ada, penurunan kepala 3/5, posisi UUK Ki-Dep
22.30 wib	-	-	4x/10'/30"	80x/i	-	-	140x/i	-	-
23.00 wib	-	-	5x/10'/30"	80x/i	-	-	142x/i	-	-
00.00 wib	-	-	5x/10'/30"	80x/i	-	±150 cc	142x/i	37°C	-
00.30 wib	10 cm	110/70 mmHg	5x/10'/30"	82x/i	-	-	145x/i	-	Selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih, penyusupan tidak ada, penurunan kepala 0/5, posisi UUK Ki-Dep

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.2.2 Data Perkembangan Kala I 4 Jam Kemudian

Tanggal: 23 April 2017

Pukul : 22.00 wib

Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya semakin mules sampai menjalar ke pinggang dan ibu mengatakan adanya rasa ingin Buang Air Besar (BAB).

Data Objektif

1. Keadaan Umum : ibu tampak kesakitan dan kesadaran ibu masih baik

2. Tanda-tanda vital :

TD	: 120/80 mmHg	HR	: 80x/i
RR	: 24x/i	T	: 36,8°C

3. Pemeriksaan Kebidanan

a. Abdomen

3) His : 4x/10'/35"

4) DJJ : 140x/i

b. Pemeriksaan dalam (pukul 22.00 wib)

7) Pembukaan : 8 cm

8) Penurunan kepala : 4/5

9) Molase : tidak ada

10) Ketuban : utuh

11) Konsistensi serviks : elastis dan lunak

12) Posisi : UUK Ki-Dep

Analisa

Ny. A umur 30 tahun G3P2A0, usia kehamilan 36-38 minggu, janin tunggal, hidup, PU-KI (punggung kiri), presentasi kepala, sudah masuk PAP (Divergen).

Inpartu kala 1 fase aktif dilatasi maksimal.

Penatalaksanaan

Tanggal: 23 April 2017

Pukul : 22.00 wib

1. Menginformasikan proses kemajuan persalinan dan memberitahukan kondisi ibu dan janin serta memantau perkembangan TTV, His, DJJ setiap ½ jam (pada lembar partograf)

TD : 120/80 mmHg	His	: 3x/10'/30"
RR : 24x/i	Pembukaan	: 8 cm
HR : 80x/i	T	: 36,8°C
DJJ : 140x/i		

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan janinnya.

2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum/makan untuk menambah tenaga ibu agar ibu tetap kuat dan tidak lemas saat persalinan nanti.

Ibu sudah diberikan minum oleh keluarganya.

3. Memberi dukungan kepada ibu, bahwa ibu mampu menghadapi persalinan dan menjelaskan kepada ibu tentang posisi jongkok, setengah duduk, berdiri, miring kanan/kiri, berbaring/litotomi dan merangkak.

Ibu sudah mengerti tentang posisi yang nyaman saat bersalin nanti.

4. Mengingatkan ibu untuk tetap banyak berjalan dan berjongkok agar kepala bayi semakin turun.

5. Memberi ibu dukungan dengan mengelus punggung atau pundak serta memberikan pijatan ringan di atas perut ibu.

Ibu terlihat nyaman dengan tindakan yang dilakukan.

6. Mempersiapkan tempat, alat-alat dan perlengkapan ibu dan bayi untuk proses persalinan. Alat-alat untuk menolong persalinan yaitu bak instrumen steril berisi 2 buah arteri klem, 1 buah gunting tali pusat, 1 buah stand doek, 2 pasang handscoon steril, 1 buah benang tali pusat, kassa steril sudah dipersiapkan.

Peralatan ibu yang dipersiapkan yaitu bedong, baju, popok, gurita, sarung tangan dan kaki, dan topi bayi.

Tempat, alat-alat perlengkapan ibu dan bayi, alat-alat untuk menolong persalinan sudah dipersiapkan.

Penatalaksanaan

Tanggal : 23 April 2017

Pukul : 22.00 wib

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan baik.

Tanda-tanda vital :

TD : 120/80 mmHg

HR : 82x/i

RR : 24x/i

T : 36,8°C

Ibu sudah mengetahui bahwa keadaan ibu dan janinnya baik.

2. Menanyakan kepada ibu siapa yang akan mendampingi saat bersalin dan menyarankan kepada keluarga untuk mendukung dan memberi ibu minum dan makan sebelum proses persalinan.

Ibu mengatakan ingin didampingi suami dan suami bersedia mendampingi istri dan memberi dukungan dan memberi ibu makan dan minum.

3. Mempersiapkan pakaian bayi seperti: handuk, seperti: bedong, baju, popok gurita, sarung tangan dan kaki, dan topi bayi. Mendekatkan alat pertolongan persalinan yang disediakan sebelumnya 2 buah arteri klem, 1 buah gunting tali pusat, 1 buah stand doek, 2 pasang handscoon steril, 1 buah benang tali pusat, kassa steril, penghisap lendir, air DTT siap dalam wadahnya, oksitosin 10 UI, spuit, dan Alat Pelindung Diri (APD).

Semua pakaian bayi, alat pertolongan persalinan dan Alat Pelindung Diri (APD) sudah dipersiapkan.

4. Menanyakan kepada ibu apakah ibu sudah mengetahui bagaimana cara meneran yang baik dan mengajarkan kepada ibu caranya adalah dengan menarik napas panjang dan mengeluarkan seperti membatukkan.

Ibu sudah mengerti cara meneran yang baik.

5. Menanyakan kepada ibu apakah mengetahui posisi untuk proses persalinan. Ibu mengatakan posisi terlentang, dan kedua kaki ditekuk. Membimbing ibu posisi untuk proses persalinan yaitu posisi setengah duduk dengan kedua kaki terlentang dan kedua kaki menarik kedua paha.

Ibu sudah mengetahui posisi yang akan dilakukan saat bersalin.

6. Melakukan observasi dan pemantauan kemajuan persalinan.

Pukul	VT	TD	His	Nadi	DJJ	Minum	Suhu	Ket
00.30 wib	10 cm	110/70 mmHg	5x/10 ³ /45 ³	82x/i	140x/i	±150 cc	37°C	Selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih, tidak ada penyusupan, penurunan kepala 0/5, posisi UUK-Ki-Dep
00.45 wib	-	-	-	-	-	-	-	Perineum menonjol, vulva membuka, adanya teknan pada anus, pengeluaran pervaginam darah.

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.2.3 Data Perkembangan Kala II

Tanggal: 23 April 2016

Pukul : 00.45 wib

Data Subjektif

Ibu mengatakan adanya keinginan Buang Air Besar (BAB) dan ada rasa ingin mencedan

Data Objektif

1. Keadaan umum : ibu tampak kesakitan dan kesadaran ibu dalam keadaan baik
2. Pemeriksaan Kebidanan
 - a. Genetalia
 - 1) Perineum menonjol
 - 2) Vulva membuka
 - 3) Adanya tekanan pada anus
 - 4) Pengeluaran pervaginam darah

Analisa

Ny. A G3P2A0 umur 30 tahun usia kehamilan 36-38 minggu, janin tunggal, hidup, PU-KI (punggung-kiri), presentasi kepala, sedah masuk PAP (divergen) Inpartu kala II

Penatalaksanaan

Tanggal: 23 April 2017

Pukul : 00.45 wib

1. Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan lengkap dan akan memimpin ibu mencedan pada waktunya.
Ibu mengerti dan mau dipimpin mencedan.
2. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vagina
 - c. Perineum menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka

3. Memastikan semua alat-alat sudah lengkap
Semua alat-alat yang diperlukan sudah lengkap.
4. Memakai Alat Perlindungan Diri (APD) dan mendekatkan partus set.
APD sudah dipakai dan partus set sudah lengkap
5. Memberitahu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
Ibu mau mengubah posisi dengan anjuran
6. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
(pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
7. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat saat meneran :
 - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
 - c. Membantu ibu mengambil keputusan posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang)
 - d. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
 - e. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - f. Menganjurkan ibu minum untuk menambah tenaga ibu saat meneran
8. Meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
Handuk sudah diletakkan.
9. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
10. Membuka partus set
11. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
12. Saat kepala tampak 5-6 cm di depan vulva, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering dan tangan yang lain menahan kepala bayi dengan tekanan yang lembut agar tidak terjadi defleksi secara tiba-tiba dan membiarkan kepala secara perlahan-lahan.
13. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih

14. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. Kepala lahir tanpa ada lilitan tali pusat.
15. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
16. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memposisikan tangan secara biparietal. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
17. Setelah kedua bahu lahir, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
18. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
19. Mengeringkan bayi dengan cepat, bayi lahir bugar pada tanggal 24 April 2017 pukul 01.00 wib dengan keadaan sehat, menangis kuat, jenis kelamin laki-laki.
20. Mengeringkan bayi menggunakan handuk yang ada untuk mencegah bayi hipotermi.
Bayi sudah dikeringkan.
21. Mengganti handuk yang basah dengan handuk baru yang kering untuk menjaga kehangatan bayi.
Handuk sudah diganti dengan handuk yang kering.

22. Bayi lahir bugar bayi menangis spontan, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan pukul: 01.00 wib, jenis kelamin laki, BB: 2900 gram PB: 48 cm, dan bayi segera menangis. Letakkan bayi diatas perut ibu kemudian keringkan bayi, memeriksa uterus untuk memastikan bayi tunggal, klem tali pusat, potong tali pusat kemudian ikat tali pusat dan tali pusat di balut dengan kain kasa steril. Meletakkan bayi segera di dada ibu untuk memberikan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), bersihkan badan bayi, jalan nafas dengan penghisap lendir.

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.2.4 Data Perkembangan Kala III

Tanggal: 24 April 2017

Pukul : 01.15 wib

Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lelah karena meneran. Ibu mengatakan perutnya masih mulesdan merasakan adanya keluar darah dari kemaluannya.

Data Objektif

1. Uterus teraba bulat dan keras
2. Kandung kemih kosong
3. Tampak tali pusat menjulur di vulva pada saat dilakukan PTT
4. Adanya semburan darah tiba-tiba

Analisa

Ny. A usia 30 tahun, P3A0 Inpartu kala III

Penatalaksanaan

Tanggal : 24 April 2017

Pukul : 01.15 wib

1. Melakukan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU), apakah ada janin kedua atau tidak. TFU ibu stinggi pusat.
2. Memberitahu kepada ibu bahwa akan diberikan suntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik dan untuk mempercepat pengeluaran uri-uri.
Ibu mengerti dan bersedia disuntik.
3. Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
Ibu sudah disuntik oksitosin.
4. Menjepit tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3-5 cm dari pusat bayi.
Melakukan pengurutan pada tali pusat ke arah ibu dan memasang klem kedua 3 cm dari klem pertama.
Penjepitan tali pusat telah dilakukan.

5. Menjepit tali pusat dengan satu tangan , melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dan mengikat pusat dengan benang tali pusat yang steril.
6. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada dan menyelimuti bayi dengan kain kering atau bersih dan memasang topi pada kepala bayi
Bayi sudah diselimuti dan memakai topi.
7. Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan vulva
8. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas simpisis pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
9. Memastikan adanya tanda-tanda pelepasanj plasenta seperti adanya semburan darah, perut ibu globular dan tali pusat semakin panjang
10. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat pada saat terjadinya kontraksi dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas.
11. Saat plasenta tampak 2/3 bagian, tangan kiri menampung plasenta dan tangan kanan memutar plasenta searah jarum jam agar selaput ketuban terpilin.
12. Plasenta lahir lengkap pukul : 01.15 wib, setelah plasenta lahir segera melakukan massase uterus, uterus teraba keras dan kontraksi baik selama 15 menit detik (15 kali), dan mengajarkan ibu dan suami untuk melakukan masase sendiri.
13. Periksa kelengkapan plasenta. Kemudian bersihkan plasenta dan masukkan ke dalam wadah tempat plasenta.
14. Memeriksa laserasi jalan lahir dan jumlah perdarahan ± 100 cc.

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.2.5 Data Perkembangan Kala IV

Tanggal: 24 April 2017

Pukul : 02.15 wib

Data Subjektif

Ibu merasa lelah, tampak lelah bernafas dan masih merasa mules.

Data Objektif

1. Keadaan umum : baik
2. Tanda-tanda Vital : TD : 130/80 HR : 84 x/i
RR : 24x/i T : 36,9⁰c
3. Pemeriksaan kebidanan
 - a. Abdomen
 - 1) TFU : 2 jari di bawah pusat
 - 2) Kontraksi : uterus globular (baik)
 - 3) Kantong Kemih : kosong
 - b. Genetalia
 - 1) Laserasi : tidak ada
 - 2) Perdarahan : \pm 100 cc

Analisa

Ny. A usia 30 tahun, P₃A₀ Kala IV Pengawasan

Penatalaksanaan

Tanggal: 24 April 2017

Pukul : 02.30 wib

1. Menjelaskan keadaan umum ibu, memberitahukan kepada ibu bahwa plasenta lahir lengkap dan keadaan ibu dan bayi baik.

TTV	: TD	: 130/80 mmHg	HR	: 84 x/i
	RR	: 24x/i	T	: 36,9 ⁰ c
	TFU	: 2 jari dibawah Pusat	Kontraksi	: Baik
	Perdarahan	: \pm 100cc		

Bayi sehat BUGAR dan bayi sedang bersama dengan ibunya.

2. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI dengan melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dan bayi tetap diselimuti dan memakai topi untuk menjaga kehangatan bayi.
3. Memastikan kelengkapan alat untuk menjahit laserasi.
4. Posisikan ibu secara litotomi dan menempatkan lampu/senter agar bagian yang robek dapat terlihat dengan jelas.
5. Menyiapkan nald dan benang untuk penjahitan. Bidan menggunakan benang catgut untuk penjahitan laserasi.
6. Melakukan penjahitan secara jelujur yang dimulai 1 cm dari pembukaan luka.
7. Setelah penjahitan selesai dilakukan, memastikan bahwa tidak ada bagian yang belum dijahit dan tidak ada kassa yang tertinggal didalam vagina. Setelah itu melakukan colok dubur untuk mengetahui bahwa penjahitan tidak mengenai rektum.
8. Melakukan masase uterus untuk mengobservasi uterus tetap baik dan mengobservasi jumlah perdarahan : perdarahan biasa, menganjurkan suami masase perut ibu untuk memastikan kontraksi baik.
9. Membersihkan ibu dengan Air Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), Mengganti pakaian ibu yang terkena darah dan membersihkan pengalasan dengan larutan klorin menampung darah dengan menggunakan nierbeken
10. Menganjurkan suami untuk memberi ibu makan dan minum.
11. Melakukan pemantauan persalinan yaitu selama 2 jam pertama pascapersalinan yang dilakukan setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit saat jam kedua kala IV. Dan dicatat pada lembar balik partograf

12. Melakukan Pemantauan setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua.

Jam ke	Waktu	TD	N	S	TFU	Kon-traksi	Kandung Kemih	Perdarahan
I	02.30 wib	120/80 mmHg	83	36,8°c	2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	<u>±</u> 100 cc
	02.45 wib	120/80 mmHg	80		2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	<u>±</u> 100 cc
	03.00 wib	120/70 mmHg	83		2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	<u>±</u> 80 cc
	03.15 wib	120/80 mmHg	82		2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	<u>±</u> 80 cc
II	03.45 wib	120/80 mmHg	81	36,8°c	2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	<u>±</u> 60 cc
	04.00 wib	120/80 mmHg	80		2 jari bawah pusat	Baik	Kosong	<u>±</u> 50 cc

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am. Keb

Lia Angryani Ginting

- 2) Memberi penjelasan kepada ibu bahwa rasa mules yang dialami ibu saat ini adalah normal, karena adanya kontraksi, proses pulihnya rahim seperti sebelum hamil.
 - Ibu sudah mengetahui keadaannya
- 3) Mengajarkan ibu atau salah satu keluarga untuk mencegah perdarahan *atonia uteri* dengan cara *memasase* perut ibu menggunakan telapak tangan dengan meletakkan di perut ibu dan sedikit ditekan dan diputar agar tidak terjadi perdarahan.
 - Ibu dan keluarga sudah mengetahui cara *memasase* perut untuk mencegah terjadi perdarahan.
- 4) Mengajarkan ibu untuk *mobilisasi* seperti miring kiri, miring kanan, duduk, kemudian berjalan ke kamar mandi secara perlahan-lahan.
 - Ibu mau miring kiri/kanan dan berusaha untuk berjalan ke kamar mandi
- 5) Mengajarkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi ibu selama masa nifas ini, makanan yang dikonsumsi ibu haruslah makanan yang memiliki gizi tinggi seperti makan nasi, lauk, sayur-sayuran hijau, dan buah-buahan dan kebutuhan minum 14 gelas/hari.
 - Ibu akan mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang.
- 6) Mengajarkan ibu untuk pemberian ASI eksklusif yaitu pemberian sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain sampai umur bayi beumur 6 bulan.
 - Ibu sudah mengetahui tentang ASI eksklusif.
- 7) Melakukan pencegahan hipotermi dengan memakaikan bayi bedong dan memastikan pakaian kering.
 - Bayi dalam keadaan dibedong dan pakaian dalam keadaan kering.
- 8) Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genetaliannya dengan cara membasuh alat kelamin setelah BAK/BAB dari depan ke belakang, setelah itu dikeringkan menggunakan tisu/kain yang kering dan bersih, mengganti celana dalam apabila lembab atau basah atau ketika ibu sudah tidak merasa nyaman dan mengganti pembalut bila terasa penuh.
 - Ibu menegerti dan akan menjaga kebersihan alat *genetaliannya*.

9) Mengajarkan ibu untuk membawa bayi ke posyandu agar diberi imunisasi BCG dan polio 1 pada tanggal 23 Mei 2017.

- Ibu mengerti dan akan membawa bayi ke posyandu.

Mengetahui
Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.3.1 Data Perkembangan Kunjungan Nifas II

Tanggal: 30 April 2017

Pukul : 10.00 wib

Data Subjektif

Ibu mengatakan masih ada keluar sedikit darah berwarna kuning kecoklatan dan lender, ASI lancar, bayi makin lama makin banyak minum ASI.

Pola makan/minum : Ibu mengatakan makan dengan sayur, ikan, daging dan nasi.

Pola minum : 12 gelas air putih dan 1 gelas susu/hari.

Pola *Eliminasi* : Ibu BAB 1 kali/hari konsistensi lembek, BAK 5 kali/hari konsistensi kuning jernih.

Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

TTV : TD : 100/70 mmHg RR : 24 x/i

HR : 76 x/I T : 36,7⁰C

2) Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak Pucat, *conjungtiva* merah muda, sclera tidak ikterik, tidak ada oedem palpebra.

Payudara : Puting susu bersih dan tidak lecet, tidak ada nyeri tekan, ASI lancar keluar.

TFU : 3 jari di bawah pusat.

Lochea : warna kecoklatan (*sanguinolenta*), jumlah 2x ganti pembalut.

Analisa Data

Ibu 6 hari *postpartum*

Penataaksanaan

1) Mengobservasi keadaan umum ibu dengan melakukan *vital sign* dan memantau keadaan ibu.

TTV : TD : 100/70 mmHg RR : 24 x/i

HR : 76 x/I T : 36,7⁰C

- Ibu sudah mengetahui keadaannya
- 2) Memastikan *involusi uteri* berjalan dengan normal
 - Ibu dalam keadaan normal
- 3) Menilai tanda bahaya masa nifas yaitu adanya tanda-tanda demam seperti suhu diatas 38°C, pembengkakan payudara, bengkak pada muka dan *ekstremitas* ibu, pusing yang tidak hilang bila istirahat dan perdarahan abnormal.
 - Ibu dalam keadaan baik, tidak ada tanda-tanda bahaya
- 4) Memastikan ibu menyusui bayinya dan ada atau tidak tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu.
 - ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada penyulit yang ibu alami.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
 - Ibu sudah mengerti dalam menjaga dan merawat bayinya.
- 6) Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu selama masa nifas ini, seperti makan nasi, lauk, sayur-sayuran hijau dan buah-buahan agar kondisi ibu cepat pulih dan minum 10-12 gelas/hari.
 - Ibu akan mengkomsumsi makanan yang bergizi seimbang.
- 7) Memberikan ibu penkes tentang imunisasi BCG dan Polio 1 dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu agar diberi imunisasi BCG dan polio 1 tanggal 24 mei 2017.
 - Ibu menegerti dan akan membawa bayi ke posyandu
- 8) Memberikan konseling tentang KB yang aman untuk ibu menyusui yaitu Implan dan suntik KB 3 bulan.
 - Ibu sudah mengerti tentang KB yang aman untuk menyusui tetapi ingin menanyakan dahulu kepada suami

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

- b) Mengajukan ibu tetap memberikan ASI eksklusif pada bayi tanpa memberikan makanan tambahan apapun sekalipun air putih sampai umur 6 bulan.
- ibu mengerti penkes yang diberikan
- 3) Mengingatkan kembali ibu untuk datang ke posyandu untuk imunisasi BCG dan Polio 1 pada tanggal 24 mei 2017.
- Ibu mengerti akan penkes yang diberikan
- 4) Jadwalkan *Home Visit* tanggal 24 mei 2017.
- Ibu bersedia ada *Home Visit* tanggal 24 mei 2017

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Br. Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.3.3 Data Perkembangan Kunjungan Nifas IV

Tanggal: 25 Juni 2017

Pukul : 10.00 wib

Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada lagi keluar darah dari kemaluan, ASI lancer keluar, tidak ada nyeri, bayinya masih menyusui.

Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg RR : 24 x/i
HR : 76 x/I T : 36,5°C

2) Pemeriksaan Fisik

Wajah : tidak pucat, tidak ada oedem, tidak ada cloasma gravidarum

Mata : *konjungtiva* tidak pucat, *sclera* tidak ikterik

Payudara : puting susu dan sekitaran payudara bersih, tidak ada luka lecet, tidak ada nyeri saat ditekan, ASI keluar lancer

Abdomen : TFU tidak teraba

Genetalia : Pengeluaran *lochea* : cairan putih sedikit (*albican*), jumlah sudah tidak memakai pembalut.

Analisa Data

Ibu 6 minggu *post partum*

Penatalaksanaan

1) Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan bayi sehat

- Saat ini keadaan ibu sudah kembali seperti semula. Ibu mengerti tentang keadaannya.

2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang

- a) Nutrisi, menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi untuk tumbuh kembang bayi dan untuk memenuhi gizi ibu dan minum sebanyak 13-14 gelas/hari agar asupan cairan ibu dan bayi terpenuhi.

- b) Menganjurkan ibu tetap memberikan ASI eksklusif pada bayi tanpa memberikan makanan tambahan apapun sekalipun air putih sampai umur 6 bulan.
- ibu mengerti penkes yang diberikan
- 3) Memberikan konseling KB kepada ibu kembali tentang alat kontrasepsi yang cocok bagi ibu yaitu dengan metode jangka panjang dan tidak mengganggu produksi ASI seperti implant dan KB suntik 3 bulan.
- Ibu sudah mendiskusikan kepada suaminya dan memilih KB suntik 3 bulan

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Rosmery Barus Am.Keb

Pelaksana Asuhan

Lia Angryani Ginting

3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Kunjungan Neonatus I

Tanggal: 24 April 2017

Pukul : 07.00 wib

Data Subjektif

a. Biodata bayi

Nama : Bayi Ny.A
Tanggal lahir/Jam : 24 April 2017/01.00 wib
Berat badan lahir : 2900 gram
Jenis kelamin : Laki-laki

b. Riwayat persalinan sekarang

1. Jenis persalinan : Partus spontan letak belakang kepala
2. Ditolong oleh : Lia Angryani Ginting
3. Ketuban : Warna jernih dan tidak berbau
4. Komplikasi ibu dan janin : Tidak ada

Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik

1. Tanda vital

Temp : 36,8°C
HR : 130x/i
RR : 48x/i

2. Kepala : Tidak terdapat caput succedenum
3. Mata : Simetris, tidak ada perdarahan dan kotoran, sklera putih dan conjungtiva merah muda dan refleks mendedip positif
4. Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung
5. Telinga : Simetris, sedikit kotor karna belum dimandikan
6. Leher : Tidak ada pembengkakan
7. Dada : Simetris, tidak ada bunyi mur-mur dan wheezing
8. Perut : Normal, bentuknya cembung bising usus ada, tidak ada pembesaran

- | | |
|-----------------------|--|
| 9. Tali pusat | : terikat kuat, tidak ada perdarahan |
| 10. Kulit | : Kemerahan, turgor baik |
| 11. Punggung | : Tidak ada spinabifida |
| 12. Ekstremitas atas | : Tidak ada polidaktili dan sindaktili, refleks grasping positif |
| 13. Ekstremitas bawah | : Simetris, tidak ada kelainan, refleks plantar positif |
| 14. Genitalia | : Bersih, penis ada, lubang (+), tidak ada kelainan |
| 15. Anus | : Belubang, tidak ada kelainan |
| Eliminasi | : Bayi sudah BAK dan BAB |
| b. Antropometri | |
| BB bayi | : 2900 gram |
| PB | : 48 cm |
| LK | : 34 cm |
| LD | : 33 cm |

Analisa

Neonatus umur 6 jam.

Penatalaksanaan

1) Mengobservasi keadaan umum dan tanda vital bayi

- | | |
|--------------|-------------|
| Keadaan umum | : baik |
| Pernafasan | : 50 x/i |
| Nadi | : 120 x/i |
| Suhu | : 36,5°C |
| Panjang bayi | : 50 cm |
| Berat Badan | : 3400 gram |

- Bayi dalam keadaan normal

2) Memandikan bayi setiap hari sampai tali pusat putus dan merawat tali pusat setiap kali basah.

- Bayi telah dimandikan dan tali pusat sudah dibungkus dengan kassa kering.

- 3) Menjaga kehangatan bayi agar tidak hipotermi membedong bayi dan menyelimuti bayi.
 - Bayi sudah divedong dan merasa nyaman
- 4) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif dan menyendawakan bayi setiap kali bayi selesai menyusui.
 - Ibu sudah mengetahui tentang pemberian ASI eksklusif
- 5) Memberikan ibu penkes tentang imunisasi BCG dan Polio 1 dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu tanggal 24 mei 2017.
 - Ibu mengerti tentang penkes yang diberikan
- 6) Membantu ibu memenuhi kebutuhan *personal hygiene* dengan mengganti popok bayi setiap BAK dan BAB
- 7) Jadwalkan *Home Visit* pada tanggal 24 mei 2017

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Rosmery Barus Am.Keb

Pelaksana Asuhan

Lia Angryani Ginting

3.4.1 Data Perkembangan Kunjungan Neonatus II

Tanggal: 30 April 2017

Pukul : 17.00 wib

Data Subjektif

Bayi masih menyusu dengan baik dan tidak rewel.

Data Objektif

1. Tanda vital

Temp	: 36,8°C	PB : 48 cm
HR	: 120x/ menit	BB : 3200 gram
RR	: 42x/ menit	

2. Bayi menghisap kuat saat menyusu.

3. Pergerakan nafas normal

4. Tali pusat sudah putus.

5. Reflek moro (+), reflek hisap (+), reflek menggenggam (+), reflek rooting (+).

Analisa

Neonatus usia 6 hari.

Penatalaksanaan

1) Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital bayi.

Keadaan umum	: baik
Pernapasan	: 47 x/i
Nadi	: 128 x/i
Suhu	: 36,5°C

- Bayi dalam keadaan normal

2) Tali pusat telah putus saat 5 hari *post partum*, jadi menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan pusat bayinya.

- Ibu sudah mengetahui perawatan tali pusat bayi

3) Menjaga suhu tubuh bayi agar tidak hipotermi, dengan memakai baju dan dibungkus kain bedong serta didekatkan dengan ibunya.

4) Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI, setiap kali bayi membutuhkan minimal 2 jam sekali dan tanpa tambahan makanan atau berikan ASI sesering mungkin.

- Bayi telah disusui oleh ibunya]dan ibu mengerti penkes yang diberikan

5) Memberikan ibu penkes tentang imunisasi BCG dan Polio 1 dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu tanggal 23 mei 2017.

- Ibu mengerti penkes yang diberikan

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Rosmery Barus Am.Keb

Pelaksana Asuhan

Lia Angryani Ginting

3.4.2 Data Perkembangan Kunjungan Neonatus III

Tanggal: 28 Mei 2017

Pukul : 16.00 wib

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan bayinya sehat tidak ada keluhan apa-apa
2. Ibu mengatakan bayinya mau menyusu

Data Objektif

1. Tanda vital

Temp	: 36,7°C	PB : 48 cm
HR	: 124 x/i	BB : 3800 gr
RR	: 42 x/i	

2. Reflek menghisap kuat saat menyusu.

Eliminasi, BAK sering dan BAB 5-6 kali/hari

Analisa

Neonatus usia 28 hari

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan bayi sehat.

TTV : Pernapasan : 40 x/i
Nadi : 120 x/i
Suhu : 36,6°C
Berat badan : 4100 gram

- Ibu sudah mengetahui keadaan bayinya
- 2) Menjaga suhu tubuh bayi agar tidak hipotermi, dengan memakai baju dan dibungkus kain bedong serta didekatkan dengan ibunya.
 - Bayi sudah dijaga kehangatannya dengan membedong
 - 3) Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin bila diperlukan
 - Ibu mengerti dan mau memberikan bayinya ASI eksklusif

- 4) Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu untuk melihat bagaimana tumbuh kembang bayinya dan menganjurkan ibu untuk memberikan imunisasi BCG dan Polio 1 pada tanggal 24 mei 2017.
- Ibu mengerti dan akan datang untuk imunisasi BCG dan Polio 1 dan melihat tumbuh kembang bayinya pada tanggal 24 mei 2017

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

3.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

Tanggal: 26 Juni 2017

Pukul : 17.00 wib

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan ingin menjarangkan kehamilannya.
2. Ibu mengatakan masih memberikan ASI kepada anaknya
3. Ibu mengatakan ingin ber-KB yang sesuai dengannya yaitu KB suntik 3 bulan.
4. Ibu mengatakan tanggal 25 Juni merupakan hari terakhir masa nifas.
5. Ibu mengatakan selama masa nifas belum pernah melakukan hubungan seksual dengan suami.

Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda vital
TD : 120/70 mmHg
HR : 70 x/i
RR : 24x/i
Temp : 36,5°C
4. Plano test : Negatif

Analisa

Ny.A akseptor KB suntik 3 bulan

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

TTV : TD : 120/80 mmHg RR : 24 x/i
HR : 80 x/I T : 36,7°C

- Ibu sudah mengetahui keadaannya

2) Menjelaskan konsep KB suntik 3 bulan

KB suntik 3 bulan adalah jenis KB yaitu efektif dan mengandung hormone progesterone sehingga tidak mengganggu produksi ASI, adapun efek samping yaitu tidak dapat haid (*amenore*), perdarahan hebat atau tidak teratur, dan meningkatkan /menurunkan berat badan serta harus datang sesuai jadwal walaupun tidak dapat haid, dan diberikan injeksi secara IM sekali dalam 3 bulan.

- Ibu sudah mengerti tentang kb suntik 3 bulan dan bersedia disuntik

3) Menyiapkan peralatan seperti spuit, nald, 1 pial *triclofem*, kapas alcohol, 1 pasang sarung tangan, dan memasukkan *Triclofem* ke spuit dan mengganti naldnya.

- Ibu telah di suntik KB 3 bulan

4) Mendokumentasikan asuhan dan menganjurkan ibu untuk kembali suntik ulang pada tanggal 16 agustus 2017.

- Ibu sudah mengerti dan bersedia datang kembali untuk mendapatkan suntik ulang

Mengetahui

Pembimbing Klinik

Pelaksana Asuhan

Rosmery Barus Am.Keb

Lia Angryani Ginting

BAB 4

PEMBAHASAN

Asuhan yang berkelanjutan telah diberikan kepada Ny. A yang dimulai dari kehamilan trimester III, bersalin, nifas dan bayi baru lahir sampai dengan keluarga berencana (KB) yang salah satu tujuannya adalah meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di Indonesia dengan menggunakan pendekatan yang berbeda, yaitu secara *continuity of care*. Asuhan ini juga secara tidak langsung akan sangat mempengaruhi penekanan AKI di Indonesia yang diharapkan dapat turun sesuai dengan apa yang diharapkan. Pada bab ini penulis menyajikan pembahasan dengan membandingkan antara teori dengan manajemen asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB yang diterapkan pada Ny. A di Klinik Bersalin Rosmery Barus Kecamatan Patumbak. Adapun masalah maupun kendala yang dijumpai dari ibu sehingga memiliki kesenjangan antara teori, berikut akan dibahas satu persatu.

4.1 Kehamilan

Pada penulisan laporan ini penulis bertemu dengan Ny. A pada usia kehamilan 28-30 minggu. Ny. A usia 30 tahun dengan GIII PII A0 melakukan kunjungan *antenatal care* (ANC) sebanyak 6 kali selama hamil yaitu trimester satu 2 kali kunjungan, trimester dua 1 kali kunjungan dan trimester tiga 3 kali kunjungan.

Menurut Saifuddin (2013) kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya empat kali selama kehamilan, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 13-27 minggu) dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu samapi dengan persalinan). Pada saat kunjungan dilakukan pengkajian data subjektif dan data objektif. Tujuan dari asuhan antenatal adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup janin, deteksi dini penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin,

dan intervensi dalam penatalaksanaan suatu komplikasi ataupun kegawatdaruratan (Walyani, 2015).

Menurut asumsi penulis kunjungan ANC Ny. A sudah memenuhi standar kunjungan, hal ini disebabkan karena ibu tidak ingin terjadi masalah dengan kehamilannya serta menghindari terjadinya masalah pada persalinan, juga disebabkan oleh jarak kehamilan yang lalu dengan kehamilan ini 5 tahun sehingga pengalaman kehamilan dan persalinan yang lalu sudah banyak lupa. Dari kunjungan ANC yang dilakukan Ny. A melakukan kunjungan selama hamil sebanyak 7 kali. Ny. A lebih banyak melakukan pemeriksaan pada trimester III sebanyak 3 kali, hal ini dikarenakan ukuran kehamilan ibu semakin besar dan tua sehingga kekhawatiran ibu terhadap kehamilannya semakin tinggi.

Hasil anamnesis HPHT tanggal 20 Juli 2016 dan TTP tanggal 27 April 2017. Pada hari Rabu tanggal 1 Maret 2017 Ny. A melakukan kunjungan ANC ke-4 di klinik Bersalin Rosmery Barus kecamatan patumbak. Usia kehamilan 30-33 minggu dilakukan pemeriksaan laboratorium dan didapatkan Hb ibu 8,5 gr%. Menurut Tarwoto (2013) kadar Hb normal adalah >11 gr/dl, sedangkan yang tidak mencapai nilai tersebut dinamakan anemia. Berdasarkan kadarnya Hb klasifikasikan menjadi tiga bagian anemia ringan (Hb 8 gr/dl-9,9 gr/dl), anemia sedang (Hb 8 gr/dl-9,9 g/dl dan anemia berat (Hb < 6 gr/dl). Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada Ny. A di Klinik Bersalin Rosmery Barus sesuai dengan teori Tarwoto tahun 2013, maka Ny. A tergolong anemia sedang.

Pada penatalaksanaan yang dilakukan penulis pada kunjungan ANC tersebut sesuai dengan teori Pratami, Evi. 2016 adalah memberikan penkes kepada ibu tentang peningkatan kebutuhan nutrisi yang kaya yang akan kandungan zat besi yaitu makanan yang berasal dari hewani (seperti: ikan, daging, hati, ayam, telur). Serta bahan makanan nabati dan sayuran berwarna hijau tua (seperti: daun katuk, daun singkong, dan bayam) kacang-kacangan, tempe. Mengonsumsi buah-buahan yang mengandung vitamin C (jambu, tomat, jeruk, nanas, terong belanda, buah naga dan buah beat). Serta mengurangi minum teh dan kopi karena dapat mengganggu penyerapan zat besi dalam tubuh dan mengganggu pertumbuhan janin. Dan memberikan tablet zat besi (Fe) sebanyak 90 tablet

selama kehamilan. Dan dianjurkan dikonsumsi malam hari 1 tablet setiap harinya dan jangan diminum dengan teh atau kopi karena dapat mengganggu proses penyerapan.

Pada kunjungan ANC yang kedua pada hari Rabu tanggal 22 Maret 2016, usia kehamilan ibu sudah 33-34 minggu. Dari hasil konseling yang diberikan kepada Ny. A maka keluhannya dapat diatasi sehingga Hb ibu mengalami peningkatan, hal ini dibuktikan dengan pemeriksaan kadar Hb pada kunjungan ANC kedua dimana Hb meningkat 2 gr/% dari 8,5 gr/% menjadi 10,5 gr/%. Dalam hal ini, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pada kunjungan kedua ini ibu juga mengeluh sering buang air kecil terutama di malam hari. Menurut Asrinah (2015) sering buang air kecil pada kehamilan Trimester III merupakan ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu hamil. Hal tersebut terjadi karena bagian terbawah janin mulai turun ke pintu atas panggul sehingga bagian terbawah janin menekan kandung kemih. Selain itu, juga terjadi hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar. Untuk mengatasi hal tersebut, dalam penatalaksanaan ibu dianjurkan untuk perbanyak minum di siang hari, jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis, berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis. Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih adalah menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga ibu tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur (Varney, 2007). Keluhan yang dialami Ny. A sudah diatasi dengan memberikan nasihat atau anjuran sesuai dengan keluhan yang dirasakan dan Ny.A melakukan apa yang dianjurkan.

Kunjungan ANC yang ketiga pada hari Kamis tanggal 13 April 2017 usia kehamilan Ny. A sudah 36-37 minggu. Ny. A kembali mengeluh sering BAK. Bila dibandingkan dengan teori, keluhan ini merupakan perubahan fisiologis yang dialami oleh ibu hamil trimester III. Menurut Asrinah, dkk. 2015 sering buang air kecil pada kehamilan Trimester III merupakan ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu hamil. Hal tersebut terjadi karena bagian terbawah

janin mulai turun ke pintu atas panggul sehingga bagian terbawah janin menekan kandung kemih. Ny. A juga mengeluh tentang keputihan yang dialaminya. Menurut Asrinah, dkk. 2015 keputihan yang dialami Ny. A adalah fisiologis dan cara mengatasi keluhan tersebut adalah meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerap, serta meningkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur. Keluhan yang dialami Ny. A sudah diatasi dengan memberikan nasihat atau anjuran sesuai dengan keluhan yang dirasakan dan Ny. A melakukan apa yang dianjurkan. Selama melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan, semua asuhan yang diberikan pada Ny. A dapat terlaksana dengan baik. Ny. A dan keluarga bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan.

Menurut Nurjasmi (2016) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar 10 T yaitu Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Berat badan ibu selama kehamilan Trimester III naik 10 kg dari 55 kg menjadi 65 kg. Menurut Icesmi dan Margareth (2013) kenaikan berat badan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 6-16 kg dan tinggi badan ibu dalam batas normal. Ukur Tekanan darah. Tekanan darah ibu selama kehamilan dalam batas normal. Ukur lingkaran lengan atas/LiLA. LiLA ibu selama kehamilan dalam batas normal. Ukur Tinggi fundus uteri. TFU Ny. A selama kehamilan bertambah sesuai dengan usia kehamilan ibu. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ). Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan DJJ ibu selama kehamilan dalam batas normal. Pada trimester III dilakukan pemeriksaan Leopold untuk menentukan bagian terbawah janin dan setelah dilakukan pemeriksaan, bagian terbawah janin adalah kepala. Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) lengkap. Selama hamil ibu diberikan suntikkan Tetanus Toxoid (TT) sebanyak 1 kali di trimester III. Pemberian Tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan. Selama kehamilan ibu diberikan tablet Fe setiap pemeriksaan kehamilan untuk menaikkan kadar Hb ibu sehingga dapat mencegah ibu mengalami anemia atau kekurangan sel darah merah. Tes terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS). Ny. A tidak terindikasi memiliki riwayat penyakit menular seksual berdasarkan anamnesa terhadap riwayat penyakit

keluarga ibu dan pemeriksaan yang dilakukan selama ini. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Selama kunjungan kehamilan Ny. A selalu mendapatkan pendidikan kesehatan berupa Konseling Informasi dan Edukasi (KIE) seputar kehamilan dan persalinan dalam rangka persiapan rujukan. Pelayanan antenatal care yang diberikan pada Ny. A sudah sesuai dengan standar minimal pelayanan 10 T. Maka untuk itu tidak dijumpai kesenjangan antara teori dan praktek asuhan yang dilakukan penulis.

4.2 Persalinan

Ny. A dengan usia kehamilan 39-40 minggu diantar keluarga datang ke klinik bersalin Rosmery Barus, ibu mengeluh mules-mules sejak siang hari dan telah keluar lendir bercampur darah. Kemudian bidan melakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil Ny. A sedang dalam proses persalinan. Ini merupakan tanda-tanda awal persalinan yaitu his yang datang lebih kuat dan teratur, diikuti dengan keluarnya lendir bercampur darah yang menandakan bahwa jalan lahir mulai membuka (Elisabeth dan Endang, 2016).

a. Kala I

Setelah dilakukan pemeriksaan oleh bidan yaitu ketuban utuh, portio tipis lunak, pembukaan serviks 4 cm, bagian terbawah janin sudah berada di bidang *hodge* II dan his kuat. Penulis tidak memantau kontraksi his, djj, dan nadi ibu setiap 30 menit yang seharusnya dilakukan. Kemudian pembukaan 10 cm (lengkap) dan bagian terbawah janin sudah berada di bidang *hodge* IV. Kala I Ny.A berlangsung ± 7 jam dan mendokumentasikan ke dalam partograf. Hal ini sesuai menurut Saifuddin tahun 2010 bahwa pada *multigravida* kala I berlangsung selama $\pm 7-8$ jam sedangkan pembukaanya 2 cm/jam.

Asuhan sayang ibu yang dilakukan kala I yaitu menginformasikan pada ibu bahwa ibu akan menghadapi persalinan, menganjurkan suami atau keluarga untuk menemani ibu, menjaga privasi ibu, mengajurkan ibu untuk makan dan minum serta membantu ibu memilih posisi yang nyaman, sehingga ibu dapat nyaman dengan dirinya (Sari dan Kurnia, 2014).

b. Kala II

Selama Kala II Ny. A dipimpin meneran ketika ada his dan menganjurkan untuk minum di sela-sela his untuk menambah tenaga ibu, kemudian Ny. A mengatakan bahwa ia ingin BAB dan sudah ada tanda-tanda persalinan yaitu adanya dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.

Kala II Ny. A berlangsung selama $\frac{1}{2}$ jam, bayi lahir dan menangis kuat, segera bayi dihangatkan dan melakukan IMD, memastikan janinnya tunggal, tidak terdapat robekan pada jalan lahir dengan jumlah darah ± 150 cc. Pada Kala II Ny. A berlangsung selama 30 menit. Dan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal 60 langkah. Pada *multigravida* berlangsung selama $\frac{1}{2}$ -1 jam, segera setelah bayi lahir, bayi segera dikeringkan agar bayi tidak hipotermi dan diletakkan di antara payudara ibu agar diberi IMD (Yeyeh, 2014).

c. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri di atas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran Plasenta. Sebelumnya bidan sudah memeriksa bahwa janin tunggal, kemudian menyuntikkan oksitosin di paha kiri bagian luar. Setelah ada tanda-tanda pelepasan plasenta, bidan melakukan PTT (Peregangan Tali pusat Terkendali). Kala III pada Ny. A berlangsung selama ± 15 menit dengan perdarahan ± 100 cc. Segera bidan melakukan massase pada uterus ibu. Setelah itu memeriksa kelengkapan plasenta. MAK III (Manajemen Aktif Kala III) berlangsung 15-30 menit. Dilakukan MAK III untuk meminimalkan kejadian komplikasi yaitu menyuntikkan oksitosin, melakukan PTT, melahirkan plasenta, massase uterus untuk memastikan kontraksi uterus ibu baik, agar tidak terjadi *atonia uteri* (Yeyeh, 2014).

4.3 Nifas

Masa nifas Ny. A dilakukan sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari), hal ini sesuai dengan pendapat Saifuddin (2014) yang mengatakan masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu. Kunjungan nifas pada Ny.A dilakukan sebanyak 4 kali yaitu kunjungan nifas I dilakukan 6 jam *postpartum*, kunjungan nifas II dilakukan 6 hari *post partum*, kunjungan nifas III dilakukan 2 minggu *post partum* dan kunjungan nifas IV dilakukan 6 minggu *post partum*. Menurut Walyani (2015) bahwa standar kunjungan masa nifas dilakukan 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan dan 6 minggu setelah persalinan. Tujuan kunjungan masa nifas adalah menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Nanny dan Tri, 2014).

4.3.1 Kunjungan Nifas I

Pada pukul 07.00 wib dilakukan asuhan pada 6 jam pertama, Ny. A sudah memberikan ASI pada bayinya. Dilakukan pemeriksaan tanda vital, memeriksa kontraksi uterus, TFU, dan perdarahan. Hasil pemeriksaan tanda vital berada pada batas normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan dalam batas normal.

Asuhan pada 6 jam pertama yang perlu dipantau adalah kehilangan darah, tanda-tanda vital, tanda-tanda bahaya, rasa nyeri yang hebat dan pola istirahat ibu. Asuhan yang diberikan pada 6 jam pertama masa nifas bertujuan mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal 1 jam setelah IMD berhasil dilakukan, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dan mencegah hipotermi (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

4.3.2 Kunjungan Nifas II

Pada 6 hari pertama setelah persalinan tanggal 29 April 2017 dilakukan kunjungan nifas pada Ny. A Ibu mengatakan perdarahan sedikit berwarna merah kecokelatan dan berlendir, keadaannya semakin membaik dan tidak ada kesulitan dalam merawat bayi. Setelah dilakukan pemeriksaan, tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-simfisis, lochea sanguilenta dan tidak berbau busuk, perdarahan sedikit. Asuhan yang diberikan pada masa nifas 6 hari pertama bertujuan memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus (pertengahan pusat-simfisis), tidak ada perdarahan abnormal, tidak berbau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, lochea berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara (Saifuddin, 2009).

4.3.2 Kunjungan Nifas III

Kunjungan nifas pada 2 minggu pertama pada tanggal 07 Mei 2017 uterus sudah tidak teraba diatas simfisis, cairan vagina yang keluar berwarna kuning kecokelatan dan tidak berbau busuk. Asuhan yang diberikan tetap menganjurkan Ny. A untuk menjaga kebersihan diri terutama genetalia, perawatan payudara, dan menyusui bayinya sesering mungkin, memastikan Ny. A mendapatkan nutrisi dan istirahat yang cukup, serta memperhatikan tanda-tanda bahaya masa nifas. Dan Menjelaskan pada ibu tentang jenis-jenis alat kontrasepsi jangka panjang yaitu implant dan IUD. Disini Ny. A masih memikirkan alat kontrasepsi apa yang akan digunakan.

4.3.3 Kunjungan Nifas IV

Kunjungan nifas keempat pada Ny. A dilakukan 6 minggu *postpartum*, kondisi Ny. A dalam batas normal karena pada pemeriksaan tidak ditemukan masalah yang mengarah pada patologi, hal ini sesuai dengan Saifuddin (2013) bahwa ibu nifas yang tidak memiliki masalah yaitu ibu nifas yang *involusi uteri* berjalan normal, keadaan ibu dalam merawat bayi baik dan ibu merasa senang dengan keadaannya.

Asuhan yang diberikan kepada Ny. A adalah memastikan bahwa ibu tetap menyusui bayinya dengan baik, menanyakan kembali tentang alat kontrasepsi yang dapat digunakan akhirnya Ny. A memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi yaitu KB 3 bulan untuk mencegah dan menjarakkan kehamilan.

4.4 Bayi Baru Lahir

Asuhan pada bayi baru lahir Ny. A dilakukan dalam kunjungan neonatus (KN) sebanyak 3 kali yaitu KN-1 pada (6-8 jam), KN-2 (3-7 hari) dan KN-3 (8-28 hari). Tujuan dilakukannya asuhan pada bayi baru lahir yaitu memberikan asuhan secara komprehensif kepada BBL yang akan terjadi serangkaian perubahan tanda-tanda vital dan perubahan fisik pada bayi sehingga dapat terpantau apabila mengarah ke patologi (Kemenkes RI, 2013). IMD segera bayi lahir, tali pusat sudah dipotong dan diikat. Bayi diletakkan diatas dada dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu, biarkan kontak langsung selama 1 jam. Setelah 1 jam melakukan IMD, bayi di injeksi vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri dan Hb0 secara IM di paha kanan.

4.4.1 Kunjungan Neonatus I

Kunjungan neonatus pertama dilakukan pada 6 jam pertama setelah bayi lahir. Setelah dilakukan pemeriksaan terhadap bayi Ny. A tidak ditemukan adanya masalah, berat badan 2900 gram, panjang badan 49 cm, refleks aktif, bayi sudah BAK dan BAB, hal ini sesuai dengan pendapat Maryanti (2011) bahwa bayi baru lahir tidak ada masalah apabila berat badan sesuai standar, menangis kuat, kulit kemerahan, refleks baik dan eliminasi baik.

Asuhan yang diberikan pada bayi Ny. A adalah memantau keadaan bayi, melakukan pemeriksaan antropometri, memandikan bayi, melakukan perawatan tali pusat dengan menggunakan kassa kering dan menjaganya agar tetap kering serta bersih, menjaga bayi agar tidak hipotermi, memastikan bayi tetap mendapatkan ASI dan menilai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, hal ini sudah sesuai teori Kemenkes (2013).

4.4.2 Kunjungan Neonatus II

Kunjungan neonatus kedua dilakukan pada 6 hari setelah bayi lahir. Keadaan bayi dalam batas normal, tali pusat putus pada hari ke-5 setelah bayi

lahir, bayi menyusu kuat yang ditandai dengan daya hisap kuat dan tidur nyenyak setelah menyusu.

Asuhan yang diberikan pada bayi Ny. A yaitu memantau keadaan fisik bayi, menilai adanya tanda bahaya, memastikan pemberian ASI eksklusif, meningkatkan kebersihan dan perawatan kulit, mata dan pusat dengan baik, hal ini sudah sesuai dengan teori Kemenkes (2013).

4.4.3 Kunjungan Neonatus III

Kunjungan neonatal ketiga dilakukan pada 14 hari setelah bayi lahir. Bayi Ny. A tidak mengalami gangguan atau patologi, ibu memberikan ASI secara eksklusif tanpa tambahan makanan apapun. Menurut Sari, dkk (2013) yang mendapatkan ASI eksklusif memiliki berat badan lebih besar dibandingkan bayi yang tidak diberikan ASI eksklusif. Adapun selisih berat badan tersebut sebesar 0,3 kg.

4.5 Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana pada Ny. A dilakukan 6 minggu setelah ibu bersalin atau lewat dari masa nifas. Ny. A menginginkan kontrasepsi yang tidak mengganggu produksi ASI ibu. Asuhan yang diberikan meliputi pengkajian riwayat kontrasepsi sebelumnya, memperkenalkan dan menjelaskan metode kontrasepsi yang pada saat ini sedang dibutuhkan ibu. Setelah dilakukan inform choice dan inform consent Ny. A usia 30 tahun 40 hari post partum memilih menggunakan alat kontrasepsi suntik KB 3 bulan progestin.

Keuntungan menggunakan KB suntik 3 bulan adalah pemberiaannya sederhana setiap 8-12 minggu, tingkat efektivitasnya tinggi, cocok untuk ibu menyusui, dan mencegah kanker endometrium, tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi, pengawasan medis yang ringan, hubungan seks dengan suntikan KB bebas, pemasangan dapat diberikan pasca persalinan, pasca keguguran atau pasca menstruasi (Manuaba, 2012).

Asuhan yang diberikan pada tanggal 2 Juni 2017 dan melakukan suntikan KB 3 bulan yang disuntikkan di bokong secara IM 1/3 dari SIAS dan coccygis. Setelah dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan, memberitahu ibu tanggal

kunjungan pada tanggal 8 Agustus 2017 untuk melakukan penyuntikan ulang. Menganjurkan ibu untuk tidak lupa datang kembali melakukan penyuntikan ulang pada tanggal yang sudah ditentukan, serta apabila ibu mempunyai keluhan yang tidak nyaman atau tidak dimengerti, anjurkan ibu untuk datang ke klinik untuk mendapatkan pelayanan atau informasi lebih lengkap.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan secara *continuity care* yaitu “Asuhan Kebidanan Pada Ny. A masa hamil Trimester III sampai Keluarga Berencana di Klinik Bersalin Rosmery Barus Kecamatan Patumbak Tahun 2017”, maka dapat disimpulkan dan saran sebagai berikut :

- 5.1.1 Asuhan antenatal care yang diberikan pada Ny. A pada umur kehamilan 28-40 minggu sudah sesuai dengan kebijakan Asuhan Standar 10T. Selama kehamilan keluhan yang dialami Ny. A masih dalam kategori fisiologis dan tidak terjadi patologi selama masa kehamilan Ny. A.
- 5.1.2 Asuhan intranatal care pada Ny. A dari kala I sampai dengan kala IV berlangsung normal yaitu ± 8 jam dengan jumlah perdarahan batas normal. Pertolongan yang dilakukan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN). Bayi lahir dengan normal tanpa ada penyulit maupun komplikasi.
- 5.1.3 Asuhan masa nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu postnatal berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan komplikasi atau masalah.
- 5.1.4 Asuhan bayi baru lahir Ny. A yang dilanjutkan 2 jam, 6 jam, 6 hari dan 2 minggu postnatal dengan hasil tidak ditemukan masalah ataupun komplikasi.
- 5.1.5 Asuhan keluarga berencana pada Ny. A adalah Ny. A memilih untuk menggunakan alat kontrasepsi yaitu KB suntik 3 bulan. Ny. A sudah menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Praktek di Klinik Bersalin Rosmery Barus

Diharapkan dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu 60 langkah dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu.

5.2.2 Bagi Pendidikan di Poltekkes Kemenkes Medan

Memberikan pelatihan-pelatihan seputar pelayanan kebidanan sehingga diharapkan mahasiswa dapat memperbanyak pengalaman, wawasan dan ilmu mengenai berbagai kasus dalam kebidanan.

5.2.3 Bagi Penulis

Diharapkan dapat tetap meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara baik dan benar serta sesuai standar kepada pasien. Dalam menghadapi pasien harus lebih teliti dalam menganamnesa riwayat-riwayat yang lalu agar mendapat hasil optimal.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan lebih baik dalam melaksanakan dan penulisan Laporan Tugas Akhir. Laporan tugas Akhir ini dapat menjadi bahan referensi yang dimanfaatkan untuk peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Sri. 2016. *Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan*. Bandung. Erlangga
- Astutik, 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta: CV.Trans Info Media
- Asrinah, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yoyakarta: Graha Ilmu
- Davies, dan Mc.donald (ed).2014. *Pemeriksaan Kesehatan Bayi*. Jakarta: EGC
- Dewi, Maria Ulfa Kurnia. 2013. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: TIM
- Dewi, VNL., dan S. Tri. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Dinkes Provsu. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara 2014*.
<http://dinkes.sumutprov.go.id/editor/gambar/file/Profil%20%20Kesehatan202013.pfd>.(Diakses pada tanggal 10 Januari 2017)
- Hutahaean, Serri.2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta : Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2017. *Askep II Persalinan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. <http://www.depkes.go.id/.../profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf>.(Diakses tanggal 12 Januari 2017)
- K, Sukarni dan ZH, Margareth. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mandriawati, G.A, dkk. 2017. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC
- Marni, dan R. Kuku. 2015. *Asuhan Neonatus Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: PUSTAKA BELAJAR
- Mulati, E, W. Yuyun dan Royati. O.F (ed).2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusdiklatnakes Kementerian Kesehatan RI
- Nurjasmi, Emi., dkk (ed). 2016. *Buku Acuan midwifery Update*. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia

- Pinem, Saroha. 2014. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Prawirohardjo, Sarwono, 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Purwoastuti, Endang. 2015. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS
- Romauli, Suryanti. 2014. *Askeb I Konsep Dasar Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rukiah, Ai Yeyeh. 2013. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan*. Edisi Revisi Kedua. Jakarta: CV. Trans Info Medika
- _____. 2009. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Edisi Revisi Kedua. Jakarta: CV. Trans Indo Medika
- SDKI, 2012. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. <http://fkm.unej.ac.id/Indeks.Php/.../8-laporan?...laporan-pendahuluan...2012> (Diakses 12 Februari 2017)
- Setiyaningrum E dan Aziz ZB, 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Sulistyoningsih, Hariyani. 2012. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: GRAHA ILMU
- Suratun, dkk. 2013. *Pelayanan Keluarga Berencana & Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Tando, N.M. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Jakarta: EGC
- Walyani, E.S. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Walyani, E., dan P. Th. Endang. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- _____. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- World Health Statistic. 2016. <http://worldhealthstatistic.pdf> (diakses pada tanggal 28 Februari 2017)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. DATA PRIBADI

Nama : Lia Angryani Ginting
Tempat/Tanggal Lahir : Batam, 02 Maret 1996
Jenis Kelamin : Perempuan
Golongan Darah : O
Alamat : Jl. Balai Desa Gg. Perjuangan No. 51
Desa Marindal II, Kecamatan Patumbak
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Kristen Protestan
Status : Belum Menikah
Anak Ke : 1 dari 3 Bersaudara
Nama Saudara Kandung : Gabriel Adriansen Ginting
Feby Lisa Citra Ebina Ginting
No. Hp : 0823 6361 1410

II. Data Orang Tua

Ayah : Firman Ginting
Ibu : Betseba Sembiring
Pekerjaan Ayah : Petani
Pekerjaan Ibu : Wiraswasta
Alamat : Jl. Balai Desa Gg. Perjuangan No. 51
Desa Marindal II, Kecamatan Patumbak

III. Riwayat Pendidikan

2002-2008 : SD S EPPATA II BATAM
2008-2011 : SMP N 11 BATAM
2011-2014 : SMA S METHODIST T. MORAWA
2014-2017 : POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN
PRODI D-III KEBIDANAN MED