

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.T MASA HAMIL  
SAMPAI DENGAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA  
DI KLINIK BERSALIN HELEN MEDAN  
SELAYANG TAHUN 2016**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**



**Oleh :  
DEBORA TP. SIMANULLANG  
NIM : P07524113007**

**POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN  
JURUSAN KEBIDANAN  
PRODI D-III KEBIDANAN  
MEDAN  
2016**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.T MASA HAMIL SAMPAI  
DENGAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI  
KLINIK BERSALIN HELEN MEDAN  
SELAYANG TAHUN 2016**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT  
MENYELESAIKAN PENDIDIKAN AHLI MADYA KEBIDANAN  
PADA PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN MEDAN  
POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN**



**Oleh :  
DEBORA TP. SIMANULLANG  
NIM : P07524113007**

**POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN  
JURUSAN KEBIDANAN  
PRODI D-III KEBIDANAN MEDAN  
MEDAN  
2016**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**NAMA MAHASISWA : DEBORA TP. SIMANULLANG**  
**NIM : P07524113007**  
**JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T MASA  
HAMIL SAMPAI DENGAN PELAYANAN  
KELUARGA BERENCANA DI KLINIK  
BERSALIN HELEN MEDAN SELAYANG  
TAHUN 2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR  
TANGGAL 24 JUNI 2016

Oleh :

PEMBIMBING UTAMA

**SUSWATI, SST, M.Kes**  
**NIP. 196505011988032001**

PEMBIMBING PENDAMPING

**EVI DESFAUZA, SST, M.Kes**  
**NIP. 195912261983022001**

MENGETAHUI,  
KETUA JURUSAN KEBIDANAN

**BETTY MANGKUJI, SST, M.Keb**  
**NIP. 196609101994032001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**NAMA MAHASISWA : DEBORA TP. SIMANULLANG**  
**NIM : P07524113007**  
**JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T MASA  
HAMIL SAMPAI DENGAN PELAYANAN  
KELUARGA BERENCANA DI KLINIK  
BERSALIN HELEN MEDAN SELAYANG  
TAHUN 2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DIDEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR  
PROGRAM STUDI KEBIDANAN MEDAN  
POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN  
PADA TANGGAL 29 JUNI 2016

**MENGESAHKAN  
TIM PENGUJI**

**KETUA PENGUJI**

**ANGGOTA PENGUJI**

**(Eva Mahayani Nst, SST, M.Kes)**  
**NIP. 198103022002122001**

**(Bebaskita Br. Ginting, S.SiT, MPH)**  
**NIP. 197307291993032001**

**ANGGOTA PENGUJI**

**ANGGOTA PENGUJI**

**(Suswati, SST, M.Kes)**  
**NIP. 196505011988032001**

**(Evi Desfauza, SST, M.Kes)**  
**NIP. 195912261983022001**

**MENGETAHUI,  
KETUA JURUSAN KEBIDANAN**

**(Betty Mangkuji, SST, M.Keb)**  
**NIP. 196609101994032001**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN  
JURUSAN D-III KEBIDANAN MEDAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR, Juni 2016**

**Debora TP. Simanullang**

**Asuhan Kebidanan Pada Ny.T Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan  
Keluarga Berencana Di Klinik Bersalin Helen Medan Selayang Tahun 2016**

**xii + 121 halaman + 10 tabel + 8 lampiran**

**RINGKASAN**

Berdasarkan SDKI, AKI di Indonesia 359/100.000 KH dan AKB 32/1000 KH. Data tersebut menunjukkan bahwa Indonesia belum dapat mencapai target MDGs seharusnya untuk AKI 102/100.000 KH dan AKB 23/1000 KH. Upaya untuk mengurangi AKI dan AKB tersebut adalah mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

Asuhan diberikan secara *continuity care* dengan sasaran pada Ny.T dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB, di rumah bersalin Helen jl. Bunga Rinte kec. Medan Selayang.

Selama kehamilan pemeriksaan ANC sebanyak 3 kali dan dilakukan sesuai standar kecuali pemberian imunisasi TT. Klien bersalin pada usia kehamilan 40-41 minggu, spontan, lama persalinan 5 jam dan dilakukan sesuai APN kecuali pemberian vit. K dan salep mata pada bayi. Dengan berat janin 2900 gram dan panjang badan 51,5 cm. Dilakukan IMD, imunisasi HB0, KN-1 sampai KN-3. Telah dilakukan kunjungan masa nifas dari 1 hari sampai 6 minggu dan diakhiri dengan asuhan keluarga berencana dengan metode KB suntik 3 bulan.

Kesimpulan dari hasil asuhan pada Ny. T dari masa hamil sampai dengan penggunaan alat kontrasepsi berlangsung dengan normal dan tidak ditemukan adanya komplikasi. Disarankan kepada petugas kesehatan supaya meningkatkan standar yang telah ditetapkan untuk ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB. Bagi klien diharapkan menjadikan seluruh asuhan yang diberikan sebagai pengalaman dan pembelajaran.

**Kata Kunci** : *Continuity care*, Masa hamil, bersalin, nifas, BBL, KB  
**Daftar Pustaka** : 25 (2007-2016)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny.T Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Klinik Bersalin Helen Medan Selayang Tahun 2016”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Diploma III 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 terimakasih kepada:

1. Dra. Ida Nurhayati, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir.
2. Betty Mangkuji, SST, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir .
3. Suryani, SST, M.Kes selaku Ketua Program Studi Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir.
4. Suswati, SST, M. Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Evi Desfauza, SST, M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
6. Eva Mahayani, SST, M.Kes selaku ketua penguji yang meluangkan waktu, memberikan masukan berupa kritikan dan saran kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Bebaskita Br. Ginting, S.SiT, M.Kes selaku anggota penguji yang meluangkan waktu, memberikan masukan berupa kritikan dan saran kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

8. Pemilik RB Helen dan seluruh pegawai klinik yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di Rumah Bersalin Helen.
9. Tety Ulinta Surbakti dan keluarga responden atas kerjasamanya yang baik.
10. Sembah sujud penulis yang tak terhingga kepada bapak tercinta Juara Manullang dan mama tercinta Roslan Situmorang, yang telah membesarkan, membimbing, dan mengasuh penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang yang selalu menjadi inspirasi dan motivasi penulis dan juga telah memberikan dukungan moril dan materil selama penulis menyelesaikan pendidikan. Buat oppung tercinta Op. Richard Br. Sitanggung dan paman penulis yang selalu memberikan dukungan moril dan perhatian yang sangat membangun motivasi penulis selama menyelesaikan pendidikan. Serta buat kakak dan abang penulis yaitu Gracia, Andrixon, Yannas, Junardi, dan Joe yang paling terkasih terimakasih atas doa, perhatian dan dukungan yang telah diberikan selama ini.
11. Teman sekamar Anggrek 3 (Dewi Umayu, Fitryya Annur Lubis, Helen Ernita Purba, Siti Halimah Hasibuan), teman satu kos penulis (Apriani Siringoringo, Helen E Purba, Sely A Siregar), adik kamar penulis (Tulip 1, Afipah, Yulia, Yolanda, Ayu, Cempaka 3, Arista, Yuliana, Elisabeth, Yossa, Tulip 15, Rika, Reni, Winda), teman kos warna-warni dan juga buat Cicila V Simamora, Darmika C Simangunsong, Silvia, Sifra, dan Ronaintan. Terima kasih atas doa, dukungan, dan kebersamaan yang telah terjalin selama ini.
12. Seluruh rekan satu angkatan 2013 penulis terkhusus kelas III – A yang senantiasa membantu dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan berkat yang tidak terhingga dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak.

Medan, Juni 2016

Debora TP. Simanullang

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>RINGKASAN ASUHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I    PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Idenifikasi Ruang Lingkup Asuhan .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan .....	5
1.4.1 Sasaran .....	5
1.4.2 Tempat .....	5
1.4.3 Waktu .....	5
1.5 Manfaat.....	5
1.5.1 Bagi Teori .....	5
1.5.2 Bagi Praktek .....	5
<b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Kehamilan .....	6
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	6
2.1.2 Asuhan Kehamilan .....	17
2.2 Persalinan .....	34
2.2.1 Konsep Dasar Persalinan .....	34
2.2.2 Asuhan Persalinan Normal.....	38
2.3 Nifas .....	50
2.3.1 Konsep Dasar Nifas .....	50
2.3.2 Asuhan Nifas.....	55
2.4 Bayi Baru Lahir .....	62
2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir .....	62
2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir .....	65
2.5 Keluarga Berencana .....	67
2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana.....	67
2.5.2 Metode Pelayanan Kontrasepsi.....	67
2.5.2 Asuhan Keluarga Berencana.....	70



<b>BAB III</b>	<b>PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN .....</b>	<b>72</b>
	3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil .....	72
	3.1.1 Data Perkembangan .....	79
	3.1.2 Data Perkembangan .....	82
	3.2 Asuhan Kebidanan Persalinan .....	85
	3.2.1 Data Perkembangan Kala II .....	87
	3.2.2 Data Perkembangan Kala III .....	90
	3.2.3 Data Perkembangan Kala IV .....	91
	3.3 Asuhan Kebidanan Nifas .....	94
	3.3.1 Data Perkembangan .....	96
	3.3.2 Data Perkembangan .....	97
	3.3.3 Data Perkembangan .....	100
	3.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir .....	102
	3.4.1 Data Perkembangan .....	105
	3.4.2 Data Perkembangan .....	106
	3.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana .....	108
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>109</b>
	4.1 Kehamilan .....	109
	4.2 Persalinan .....	111
	4.3 Nifas .....	113
	4.4 Bayi Baru Lahir .....	115
	4.5 Keluarga Berencana .....	116
<b>BAB 5</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>118</b>
	5.1 Kesimpulan .....	118
	5.2 Saran .....	119

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BMK	: Besar untuk Masa Kehamilan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
EMAS	: <i>Expanding Maternal and Neonatal Survival</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
HB	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
HIV	: <i>Human Immunology Vyrus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: <i>Human Placental Lactogen</i>
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kurang Energi Kronis

KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMK	: Kecil untuk Masa Kehamilan
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: Metode Amenorea Laktasi
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
MSH	: <i>Melanosit Stimulating Hormone</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
PB	: Panjang Badan
PTT	: Peregangan Tali Pusat Terkendali
PUKA	: Punggung Kanan
RB	: Rumah Bersalin
RR	: <i>Respiration Rate</i>
SDKI	: Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
WHO	: <i>World health organization</i>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Status Gizi Pra Kehamilan .....	18
Tabel 2.2	Kurva Lubchenco Hubungan Antara Berat Badan Lahir Dengan Usia Kehamilan .....	20
Tabel 2.3	Pertumbuhan Janin Dalam Uterus.....	21
Tabel 2.4	Imunisasi TT .....	22
Tabel 2.5	Penilaian Dan Intervensi Selama Kala I.....	40
Tabel 2.6	Yang Harus Diperhatikan Dalam Persalinan Kala I .....	41
Tabel 2.7	TFU Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi .....	50
Tabel 2.8	Jadwal Kunjungan Pada Ibu Dalam Masa Nifas .....	53
Tabel 3.1	Riwayat Imunisasi Ibu .....	74
Tabel 3.2	Pemantauan 2 Jam Post Partum .....	92

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Surat Permohonan Izin Praktek
- Lampiran 2 : Surat Balasan Klinik
- Lampiran 3 : Lembar Permintaan Menjadi Subjek
- Lampiran 4 : Informed Consent
- Lampiran 5 : Lembar Partograf
- Lampiran 6 : Presensi Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir
- Lampiran 7 : Kartu Bimbingan LTA
- Lampiran 8 : Riwayat Kehidupan Penulis

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut *World Health Organization* (WHO), Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu sebesar 216/100.000 Kelahiran Hidup (KH) atau sekitar 303.000 jiwa. Di negara berkembang AKI sebesar 12/100.000 KH atau sekitar 1700 jiwa dan di negara sedang berkembang 239/100.000 KH atau sekitar 302.000 jiwa. Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia yaitu sebesar 45/1000 KH. Di negara berkembang AKB sebesar 55/1000 KH dan di negara sedang berkembang 45/1000 KH (WHO, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 AKI di Indonesia sebesar 359/100.000 KH dan target pencapaian menurut Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Strategis (RENSTRA) 2015 – 2019 tahun 2019 sebesar 306/100.000 KH. Sedangkan AKB di Indonesia sebesar 19/1000 KH dan target pencapaian menurut Indonesia Neonatal Action Plan 2025 sebesar 9/1000 KH (Kemenkes, 2015).

Data dari profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, AKI di Sumatera Utara sebesar 95/100.000 KH. Sedangkan AKB sebesar 10/1000 KH. Rendahnya angka ini mungkin disebabkan karena kasus-kasus yang dilaporkan adalah kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum seluruhnya dilaporkan. Sementara AKB di wilayah kota Medan yaitu sebesar 1/1000 KH dan AKI sebesar 6/100.000 KH (Dinkes Provinsi Sumatera Utara, 2012).

Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada

tahun 2013 disebabkan oleh HDK. Penyebab ini bisa di minimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik (Kemenkes, 2014).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan pada tahun 2007 menunjukkan bahwa penyebab kematian terbanyak pada kelompok bayi 0-6 hari didominasi oleh gangguan/kelainan pernafasan (35,9%), prematuritas (32,4%) dan sepsis (12%). Untuk penyebab utama kematian bayi pada kelompok 7-28 hari yaitu Sepsis (20,5%), malformasi kongenital (18,1%) dan pneumonia (15,4%). Dan penyebab utama kematian bayi pada kelompok 29 hari – 11 bulan yaitu Diare (31,4%), pneumonia (23,8%), dan meningitis/ensefalitis (9,3%). Dilain pihak faktor utama ibu yang berkontribusi terhadap lahir mati dan kematian bayi 0 – 6 hari adalah hipertensi maternal (23,6%), komplikasi kehamilan dan kelahiran (17,5%). Ketuban pecah dini dan pendarahan antepartum masing – masing 12,7 % (Dinkes Provinsi Sumut, 2013).

Potensi dan tantangan dalam penurunan kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu khususnya bidan sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Indonesia, namun kompetensi masih belum memadai. Demikian juga secara kuantitas, jumlah Puskesmas PONEK dan RS PONEK meningkat namun belum diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan. Peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil terutama pada masa remaja, menjadi faktor penting dalam penurunan AKI dan AKB (Kemenkes, 2015).

Upaya pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Upaya kesehatan ibu bersalin dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan (SpOG), dokter umum, dan bidan serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan ibu

nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke -28 pasca persalinan, dan pada hari ke -29 sampai dengan hari ke -42 pasca persalinan. Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes, 2014).

Sesuai dengan visi jurusan kebidanan yaitu menjadikan prodi DIII kebidanan yang profesional dan berdaya saing di tingkat nasional pada tahun 2020 dengan salah satu misi untuk mewujudkan visi tersebut yaitu melaksanakan pengabdian masyarakat bermitra dengan *stakeholder* khususnya dalam pelayanan persiapan persalinan. Maka penulis melakukan asuhan kebidanan pada pasien ibu hamil yang bersifat *Continuity of care*.

*Continuity of care* adalah memberikan pelayanan kebidanan secara berkesinambungan kepada ibu, sejak awal kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Dapat dilakukan oleh bidan tunggal maupun bidan dalam satu team kecil untuk memberikan rasa nyaman bagi ibu karena perawatan diberikan oleh bidan yang sudah dikenal oleh ibu, sehingga ibu akan lebih terbuka menyampaikan keluhan yang ada atau bertanya tentang kesehatannya. Hal ini juga memudahkan bidan/team untuk memberikan pelayanan kepada ibu hamil dengan sangat baik sehingga tercapailah tujuan pelayanan kebidanan yang aman dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas ibu (Walyani, 2015).

Pelaksanaan asuhan kebidanan tersebut dilakukan penulis di klinik Helen. Data yang diperoleh dari klinik yaitu, jumlah ibu yang bersalin selama satu tahun terakhir atau tahun 2015 sebanyak 108 orang. Sementara yang melakukan pemeriksaan kehamilan atau *Ante Natal Care* (ANC) yang diambil berdasarkan jumlah kunjungan ibu sebesar 534 orang. Data ini sudah termasuk kunjungan 1 (K1), kunjungan 2 (K2), kunjungan 3 (K3), dan kunjungan 4 (K4) dari ibu hamil



yang ANC. Hal ini yang menyebabkan perbedaan jumlah yang bersalin sangat berbeda jauh dengan jumlah ibu yang melakukan ANC di klinik tersebut, dikarenakan ada ibu yang melakukan ANC hampir tiap bulan selama kehamilannya tetapi tidak melahirkan di klinik tersebut dan ada juga ibu yang jarang ANC dan melahirkan di klinik Helen. Klinik Helen tidak membagi data tersebut. Jadi tidak diketahui jumlah K1, K2, K3 dan K4 ibu hamil yang melakukan ANC di klinik tersebut (Klinik Helen, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis memberikan asuhan pada ibu hamil trimester 3, bersalin, nifas, neonatus dan KB, dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada Ny. T di klinik bersalin Helen.

## **1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan**

Ruang Lingkup asuhan diberikan pada ibu hamil Trimester ke -3 yang fiologis, bersalin, masa nifas, neonatus dan KB, maka pada penyusunan LTA ini mahasiswa membatasi berdasarkan *continuity of care*.

## **1.3 Tujuan Penyusunan LTA**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memberikan Asuhan kebidanan kepada Ny.T secara kunjungan ulang mulai dari masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil.
2. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu bersalin.
3. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu nifas.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada BBL.
5. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu ber-KB.
6. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB.

## **1.4 Sasaran, tempat dan waktu asuhan kebidanan**

### **1.4.1 Sasaran**

Sasaran subjek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. T mulai hamil trimester tiga sampai dengan bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

### **1.4.2 Tempat**

Asuhan Kebidanan pada Ny. T dilakukan di klinik bersalin Helen Jln. Bunga Rinte, Simp. Selayang Medan karena klinik bersalin Helen telah mempunyai MOU dengan Institusi Poltekkes Kemenkes RI Medan Jurusan Kebidanan.

### **1.4.3 Waktu**

Waktu yang diperlukan dari penyusunan laporan sampai memberikan asuhan kebidanan mulai dari tanggal 17 Februari 2016 - Mei 2016.

## **1.5 Manfaat**

### **1.5.1 Bagi Teori**

1. 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 3, bersalin, nifas, neonatus dan KB.
2. Menjadi tambahan referensi serta informasi dalam bidang pendidikan kesehatan, serta dapat dijadikan tambahan ke perpustakaan dalam pengembangan laporan tugas akhir dengan kasus yang sama.

### **1.5.2 Bagi Praktek**

1. Menambah pengetahuan ibu hamil Ny. T untuk mengetahui masalah yang dialami tentang kecemasan yang dirasakan ibu, seringkali ibu buang air kecil pada malam hari dan mengatasi nyeri pada perut di bagian bawah.
2. Sebagai bahan dokumentasi di perpustakaan poltekkes kemenkes RI medan serta menambah wawasan mahasiswi kebidanan medan tentang pemantauan kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, KB dan memahami kasus didalam Laporan Tugas Akhir.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kehamilan**

##### **2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan**

###### **A. Pengertian Kehamilan**

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender Internasional (Sarwono, 2014).

###### **B. Perubahan Fisiologi Kehamilan**

###### **1. Trimester I**

Menurut Kusmiyati, dkk (2010) fisiologi kehamilan pada ibu hamil trimester I yaitu :

###### **a. Sistem Reproduksi :**

###### **1) Vagina dan vulva**

Akibat pengaruh hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami perubahan pula. Sampai minggu ke – 8 terjadi hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (lividae) tanda ini disebut tanda *chatwick*. Warna portio pun tampak lividae.

###### **2) Serviks uteri**

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut *tanda Goodell*. Selama minggu-minggu awal

kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan oedema dan kongesti panggul. Akibatnya uterus, serviks dan isthmus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan (*tanda Chadwick*, tanda kemungkinan hamil), perlunakan isthmus menyebabkan atefleksi uterus berlebihan selama tiga bulan pertama kehamilan.

### 3) Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron. Selain bertambah besar, uterus juga mengalami perubahan berat, bentuk dan posisi. Dinding-dinding otot menjadi lebih kuat dan elastis, fundus pada serviks mudah fleksi yang disebut tanda Mc Donald. Pada minggu pertama isthmus uteri mengadakan hipertropi seperti korpus uteri yang membuat isthmus menjadi panjang dan lebih lunak yang disebut *tanda hegar*. Setelah minggu ke-8 korpus uteri dan servik melunak dan membesar secara keseluruhan. Fundus menekan kandung kemih, menyebabkan wanita sering mengalami *urinary frequency* (sering berkemih). Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar sebesar telur bebek dan pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa. Pada saat ini fundus uteri telah dapat diraba dari luar diatas symphysis.

### 4) Ovarium

Ovulasi berhenti. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri/plasenta yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

### 5) Payudara/mamae

Mamae akan membesar dan tegang akibat hormon somatotropin, estrogen dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli dan rasa berat dipayudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi.

## b. Sistem Endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin yang penting terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin dan pemulihan pascapartum (nifas). Berikut perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan (dari trimester I sampai trimester III), yaitu:

### 1) Estrogen

Produksi estrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

### 2) Progesteron

Progesteron menyebabkan lemak disimpan dalam jaringan subkutan di abdomen, punggung dan paha atas. Lemak berfungsi sebagai cadangan energi baik pada masa hamil maupun menyusui.

### 3) Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Hormon ini terdeteksi beberapa hari setelah pembuahan dan merupakan tes dasar kehamilan.

### 4) Human Placental Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Efeknya mirip dengan hormon pertumbuhan.

### 5) Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan, karena ditekan oleh estrogen dan progesteron plasenta.

### 6) Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen.

### 7) Sistem Kekebalan

Peningkatan pH sekresi vagina wanita hamil membuat wanita tersebut lebih rentan terhadap infeksi vagina. Sistem pertahanan tubuh ibu selama kehamilan akan tetap utuh, kadar imunoglobulin dalam kehamilan tidak berubah. Imunoglobulin G atau IgG merupakan komponen utama dari imunoglobulin janin di dalam uterus dan neonatal dini. IgG merupakan satu-satunya imunoglobulin

yang dapat menembus plasenta sehingga imunisasi pasif akan diperoleh oleh bayi. Kekebalan ini dapat melindungi bayi dari infeksi selanjutnya.

#### 8) Traktus Urinarius/Perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing akan tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini akan hilang dengan tuanya kehamilan, bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul.

#### 9) Sirkulasi Darah/Cardiovaskuler

Sirkulasi darah ibu dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan.

#### 10) Muskuloskeletal

Pada trimester pertama tidak banyak perubahan pada muskuloskeletal.

#### 11) Integumen/Kulit

Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai cloasma gravidarum. Didaerah leher sering terdapat hiperpigmentasi juga dan daerah aerola mammae. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam dikenal sebagai linea grisea. Linea nigra adalah garis pigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus digaris tengah tubuh. Kulit perut juga tampak seolah retak-retak, warnanya berubah agak kebiru-biruan dan disebut striae livide. Setelah partus striae livide ini berubah menjadi putih disebut striae albicans. Pada seorang multigravida sering tampak striae livide bersamaan dengan striae albicans.

#### 12) Sistem Pernafasan

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara.

## 2. Trimester II

Menurut Kusmiyati, dkk (2010) adapun perubahan-perubahan yang secara fisiologis terjadi pada ibu hamil Trimester II, yaitu:

### a. Vagina dan Vulva

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

### b. Serviks Uteri

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

### c. Uterus

Perubahan uterus pada 4 bulan sebesar kepala bayi dan tinggi fundus uteri yaitu pertengahan simfisis – pusat, 5 bulan sebesar kepala dewasa dan tinggi fundus uteri 2 – 3 jari dibawah pusat, dan pada 6 bulan sebesar kepala dewasa dan tinggi fundus uteri setinggi pusat.

### d. Payudara/mamae

Pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum.

### e. Sistem Pencernaan

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

### f. Sistem Traktus Urinarius

Kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar mulai berkurang, karena uterus sudah mulai keluar dari uterus.

### g. Kenaikan Berat Badan

Kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg perminggu selama sisa kehamilan.

### 3. Trimester III

Menurut Hutahaean (2013) fisiologi kehamilan pada ibu hamil trimester III yaitu :

#### a. Sistem reproduksi

##### 1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi di bagian tengah antara umbilikus dan sternum. Pada usia 38 minggu, uterus sejajar dengan sternum. Tuba uterin tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu, segmen bawah uterus berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar pelvis, akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam pelvis bagian atas. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan *lightening*, yang mengurangi tekanan pada bagian atas abdomen. Peningkatan berat uterus 1.000 gram dan peningkatan ukuran uterus 30 x 22,5 x 20 cm.

##### 2) Serviks Uteri

Serviks akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester ketiga. Sebagian dilatasi ostium eksternal dapat dideteksi secara klinis dari usia 24 minggu, dan pada sepertiga primigravida, ostium internal akan terbuka pada minggu ke-32. Enzim kolagenase dan prostaglandin berperan dalam pematangan serviks.

##### 3) Vagina dan Vulva

Pada kehamilan trimester III kadang terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.



#### 4) Mammae

Pada ibu hamil trimester III, terkadang keluar rembesan cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan ASI untuk menyusui bayi nantinya. Progesteron menyebabkan puting menjadi lebih menonjol dan dapat digerakkan.

#### 5) Kulit

Perubahan warna kulit menjadi gelap terjadi pada 90% ibu hamil. Sebelumnya, terdapat anggapan bahwa hal ini terjadi karena peningkatan hormon penstimulasi melanosit (melanosit stimulating hormone-MSH). Namun demikian, estrogen dan progesteron juga dilaporkan memiliki efek penstimulasi melanosit dan sekarang menjadi penyebab pigmentasi kulit. Hiperpigmentasi terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti areola, perineum, dan umbilikus juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti aksila dan paha bagian dalam. Linea alba berpigmen, yang sekarang disebut linea nigra terletak dari os. Pubis sampai ke atas umbilikus. Garis ini berada di atas garis tengah otot rektus, tempat terkadang terjadi diaktasis rekti abdominis. Pigmentasi wajah yang dialami oleh sedikitnya setengah dari semua ibu hamil, disebut *kloasma* atau *melasma* atau *topeng kehamilan*. Melasma disebabkan oleh deposisi melanin pada makrofag epidermal dan dermal. Melanosis epidermal biasanya menghilang pada masa nifas, tetapi melanosis dermal menetap hingga 10 tahun pada sepertiga ibu. Oleh karena peningkatan ukuran maternal, peregangan terjadi pada lapisan kolagen kulit, terutama pada payudara, abdomen, dan paha. Pada beberapa wanita, area yang mengalami peregangan maksimum menjadi lebih tipis dan tanpa ada tanda-tanda peregangan tersebut striae gravidarum, terlihat sebagai garis merah yang berubah menjadi

garis putih yang berkilau keperakan sekitar 6 bulan setelah melahirkan.

b. Sistem kardiovaskuler

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplasenta menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2 % pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan. Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira-kira 500ml/menit pada kehamilan cukup bulan. Aliran darah ke dalam kapiler membran mukosa dan kulit juga mengalami peningkatan, terutama pada tangan dan kaki. Hal ini membantu menghilangkan kelebihan panas akibat peningkatan metabolisme dan kerja kardiorespiratorius selama kehamilan. Vasodilatasi perifer yang terkait merupakan penyebab mengapa ibu hamil merasa kepanasan dan berkeringat setiap saat. Volume plasma, yang berkaitan dengan peningkatan volume darah, meningkat hingga 50% selama kehamilan. Peningkatan volume darah dan aliran darah selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol yang disebut *varises*. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk *varises*. Munculnya *varises* pada saat hamil dipengaruhi adanya faktor keturunan.

c. Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada trimester tiga yang mempengaruhi aliran darah ke paru-paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma. Akibat pembesaran uterus, diafragma terdorong ke atas sebanyak 4 cm, dan tulang iga juga bergeser ke atas. Bentuk dada berubah karena tiap-tiap diameter anteroposterior dan

transversal bertambah sekitar 2 cm, mengakibatkan ekspansi lingkaran dada hingga 5-7 cm, iga bagian bawah melebar. Akibat terdorong diafragma ke atas, kapasitas paru total menurun 5%, sehingga ibu hamil merasa susah bernapas. Ekspansi rongga iga menyebabkan volume tidal meningkat 30-40%. Peningkatan ini terjadi di awal kehamilan dan terus meningkat hingga cukup bulan. Biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang baru pertama kali hamil akan merasakan lega dan bernapas lebih mudah, karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi di bawah diafragma/tulang iga ibu setelah kepala bayi turun ke rongga panggul.

#### d. Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester III, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan tekanan intragastrik dan perubahan sudut persambungan gastro-esofageal yang mengakibatkan terjadinya refluks esofageal yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus di tambah relaksasi sfingter bawah esofagus merupakan predisposisi terjadinya ulu hati, konstipasi, dan hemorroid. Hemorroid cukup sering terjadi pada kehamilan. Sebagian besar hal ini terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena di bawah uterus termasuk vena hemoroidal. Hormon progesteron menimbulkan gerakan usus makin berkurang (relaksasi otot-otot polos) sehingga makanan lebih lama di dalam usus. Hal ini dapat menimbulkan konstipasi di mana hal ini merupakan salah satu keluhan dari ibu hamil. Konstipasi juga dapat terjadi karena kurangnya aktivitas /senam dan penurunan asupan cairan. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral. Panasnya perut terjadi karena terjadinya aliran balik asam gastrik ke dalam esofagus bagian bawah. Sekitar 80% ibu hamil mengalami nyeri ulu hati selama kehamilan, biasanya pada trimester ketiga. Hal ini

dianggap sebagai akibat adanya sedikit peningkatan tekanan intragastrik yang di kombinasikan dengan penurunan tonus sfingter bawah esofagus sehingga asam lambung refluks ke dalam esofagus bagian bawah.

e. Sistem Perkemihan

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada sitem perkemihan saat hamil yaitu pada ginjal dan ureter. Ginjal mengalami penambahan berat dan panjang sebesar 1 cm , ureter juga mengalami dilatasi dan memanjang. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi BAK karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Perubahan struktur ginjal ini juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah. Refluks vesikoureterik (*vesicoureteric reflux-VUR*) terjadi pada sedikitnya 3% ibu hamil saat atau mendekati cukup bulan. Banyak faktor yang mempengaruhi fungsi ginjal pada kehamilan, antara lain peningkatan volume plasma, peningkatan laju filtrasi glomerulus (*glomerular filtration rate-GFR*), peningkatan aliran plasma ginjal, dan perubahan hormon, seperti hormon adrenokortikotropik (*adrenocorticotrophic hormone-ACTH*), ADH, aldosteron, kortisol, hormon tiroid, dan HCG. Peningkatan aliran darah menyebabkan peningkatan GFR sebanyak 50%, GFR akan kembali ke keadaan tidak hamil saat kehamilan mendekati cukup bulan. Ketika memasuki trimester ketiga, urea serum menurun dari kadar tidak hamil, yaitu 4,3 mmol/L menjadi 3,5; 3,3; dan 3,1 mmol/L secara berturut-turut.

### **C. Ketidaknyamanan selama hamil**

Menurut Kusmiyati dan Wahyuningsih (2013) ketidaknyamanan selama hamil adalah sebagai berikut :

1. Kelelahan selama Trimester I.

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu penyebab tidak diketahui, mungkin berhubungan dengan penurunan laju metabolisme basal pada awal kehamilan.

2. Keputihan, Trimester I, II, dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu *hiperplasia mukosa vagina* dan peningkatan produksi lendir dan kelenjar *endocervikal* sebagai akibat dari peningkatan estrogen.

3. Ngidam, biasanya pada trimester I, tapi bisa berlangsung sepanjang masa kehamilan

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual muntah dan indra pengecap menjadi tumpul, jadi makanan yang lebih merangsang dicari-cari.

4. Sering buang air kecil/nocturia selama trimester I dan trimester III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu merupakan tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya, air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni.

5. Rasa mual dan muntah antara minggu ke lima sampai 12 bisa terjadi lebih awal 2 – 3 minggu setelah HPHT

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu penyebab yang pasti tidak diketahui, mungkin disebabkan oleh peningkatan kadar HCG, estrogen/progesteron. Relaksasi dan otot-otot halus, metabolik yaitu perubahan dalam metabolisme karbohidrat berlebihan, mekanisme kongesti, inflamasi, distensi pergeseran serta alergi yaitu sekresi korpus luteum, anti gen dari ayah, iso aglutinin, keracunan histamin.

6. Nyeri ligamentum rotundum trimester II dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu hipertropi dan peregangan ligamentum selama kehamilan dan tekanan dari uterus pada ligamentum.

7. Pusing pada trimester II dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan – perubahan hemodinamis, pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan

output cardiac vena serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat, mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia, dan sakit kepala pada trimester terakhir dapat merupakan gejala preeklampsia berat.

#### 8. Varises pada kaki/vulva trimester I dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus yang hamil, kerapuhan jaringan elastis yang diakibatkan oleh estrogen, kecenderungan bawaan keluarga, dan disebabkan faktor usia dan lama berdiri.

#### 9. *Gingivitis* dan *epulis*

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu peningkatan vaskularisasi dan proliferasi jaringan ikat akibat rangsangan estrogen.

### 2.1.2 Asuhan Kehamilan

#### A. Standar pelayanan ANC dalam melaksanakan pelayanan ANC

Ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2010) :

##### 1. 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.

Pada trimester I peningkatan berat badan berkisar 0,5-2 kg. Pengukuran tinggi badan ibu hamil untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang saling berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil antara lain >145 cm dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal. Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan indikator sederhana dari kolerasi antara tinggi dan berat badan, digunakan untuk mengukur ideal atau tidaknya berat badan, dihitung dengan rumus berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (Kg)}}{\text{TB (m)}^2}$$

Keterangan : IMT : Indeks Massa Tubuh

BB : Berat Badan (saat ini)

TB : Tinggi Badan

Tabel 2.1  
Status Gizi Pra Kehamilan

Status Gizi Kehamilan	Rata-rata Kenaikan Berat di Trimester 2 dan 3 (Kg/Minggu)	Total Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan (Kg)
IMT <18,5 (Kurus)	0,5	12,5-18
IMT 18,5-24,9 (Normal)	0,4	11,5-16
IMT 25-29,9 (Over Weight)	0,3	7-11,5
IMT >30 (Obesitas)	0,2	5-9
Gemeli		16-20,5

Sumber : Walyani S.E, 2015

2. Pemeriksaan tekanan darah.

Pemeriksaan tekanan darah dilakukan untuk mendeteksi preeklampsi yang disebabkan oleh hipertensi. Hipertensi dalam kehamilan mencakupi hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu). Nyeri kepala, kejang, dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Keadaan lain yang dapat menyebabkan kejang ialah epilepsi, malaria, trauma kepala, meningitis, ensefalitis, dan lain-lain.

- a. Tekanan diastolik merupakan indikator untuk prognosis pada penanganan hipertensi dalam kehamilan.
- b. Tekanan diastolik mengukur tahanan perifer dan tidak dipengaruhi oleh keadaan emosi pasien (seperti pada tekanan sistolik).
- c. Jika tekanan diastolik 90 mmHg pada dua pemeriksaan berjarak 4 jam atau lebih, diagnosis nya adalah hipertensi. Pada keadaan urgen

tekanan diastolik 110 mmHg dapat dipakai sebagai dasar diagnosis, dengan jarak waktu pengukuran < 4 jam.

1).Jika hipertensi terjadi pada kehamilan > 20 minggu, pada persalinan atau dalam 48 jam sesudah persalinan, diagnosis nya adalah hipertensi dalam kehamilan.

2).Jika hipertensi terjadi pada kehamilan < 20 minggu, diagnosis nya adalah hipertensi kronik.

3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas).

Pengukuran LILA dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK)

4. Pemeriksaan puncak rahim (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. Setiap bayi baru lahir (prematum, matur, postmatur) mungkin saja mempunyai berat yang tidak sesuai dengan masa gestasinya. Untuk menentukan apakah bayi itu lahir prematur SMK (Sesuai Masa Kehamilan), matur normal, KMK atau BMK (Besar untuk Masa Kehamilan) dapat dengan membandingkan berat badan bayi dalam gram dengan usia kehamilan dalam minggu yang kemudian diplot di *kurva pertumbuhan dan perkembangan intrauterin* dari Battaglia dan Lubchenco (1967). Dari kurva ini didapat:

1) Pertumbuhan janin normal / berat bayi matur normal dan bayi prematur (SMK) terletak *di antara persentil ke-10 dan persentil ke-90*

2) Bayi KMK beratnya *di bawah persentil ke-10*

3) Bayi BMK beratnya *di atas persentil ke-90*

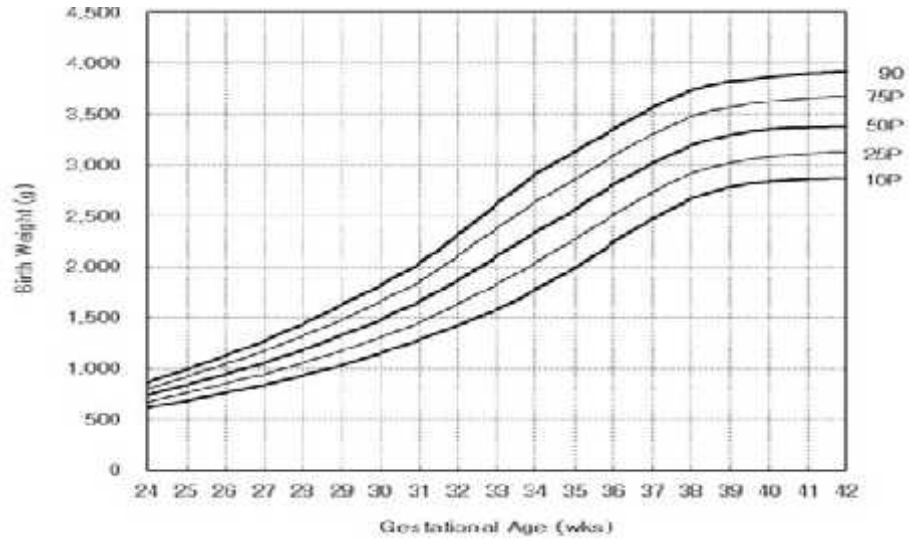
WHO membagi umur kehamilan menjadi tiga kelompok:

1) Pre-term : < 37 minggu lengkap (< 259 hari)



- 2) Term : mulai 37 minggu s.d < 42 minggu lengkap (259 s.d 293 hari)
- 3) Post-term : 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari atau lebih).

Tabel 2.2  
Kurva Lubchenco hubungan antara berat badan lahir dengan usia kehamilan



Sumber : Mochtar, 2013

Tabel 2.3  
Pertumbuhan Janin Dalam Uterus

Bulan	Panjang	Berat Uterus	Tinggi Fundus Uteri	Keterangan
1	8-10 mm	-	-	Kepala 1/3 mudigah, saluran jantung terbentuk dan sudah berdenyut, permukaan kaki dan tangan berbentuk tonjolan.
2	250 mm	-	-	Muka berbentuk muka manusia, mempunyai lengan dan tungkai dengan jari tangan dan kaki, kelamin tampak.
3	7-9 cm	-	Atas simfisis (tulang kemaluan)	Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal, janin mulai bergerak
4	10-17 cm	100 gr	½ atas simfisis-pusat	Kelamin luar sudah dapat ditentukan jenisnya, kulit ditumbuhi rambut halus atau lanugo, gerak mungkin dirasakan ibu
5	18-27 cm	300 gr	Setinggi pusat	Bunyi jantung terdengar, kalau lahir sudah berusaha bernafas
6	28-34 cm	600 gr	Diatas pusat	Kulit keriput lemak mulai ada dibawah kulit, dan tertutup vermiks kaseosa
7	35-38 cm	1.000 Gr	½ pusat-px	Kalau lahir dapat hidup didunia luar, kalau menangis mengeluarkan suara tangis lemah
8	42,5 cm	1.700 gr	2/3 atas pusat	Kulit Merah, gerak aktif
9	46 cm	2.500 gr	Setinggi prosesus xifoideus	Kulit penuh lemak, alat sudah sempurna
10	50 cm	3.000 gr	Dua jari bawah px	Kepala janin masuk PAP, kuku panjang, testis telah turun Kulit halus hampir tidak ada lanugo

Sumber : Kusmiyati, dkk, 2010

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

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal antenatal usia kehamilan 13 minggu. DJJ normal adalah 120-160 kali/menit.

6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toxoid

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Efek samping TT yaitu nyeri kemerahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikkan. Dilakukan secara intramuscular (IM) di lengan atas, dengan dosis 0,5 ml.

Tablet 2.4  
Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun*	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber : Saifuddin, 2013

**Keterangan** : artinya apabila dalam waktu 3 tahun Wanita Usia Subur (WUS) tersebut melahirkan, maka bayi dilahirkan akan terlindung dari (Tetanus Neonatorum).

7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet zat besi untuk mencegah anemia pada wanita hamil diberikan sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Tablet ini diberikan segera mungkin setelah rasa mual hilang, setiap tablet Fe mengandung FeSO<sub>4</sub> mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg. Tablet Fe diminum 1 x 1 tablet perhari, dan sebaiknya dalam meminum tablet Fe tidak bersamaan dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Rukiah, 2013)

8. Test laboratorium (rutin dan khusus).

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

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada antenatal tersebut meliputi :

a. Pemeriksaan golongan darah

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

b. Pemeriksaan hemoglobin darah (HB)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. 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 pada ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi.

Klasifikasi menurut (Manuaba, 2009)

1) Tidak anemia : Hb 11 gr%

2) Anemia ringan : Hb 9-10 gr%

3) Anemia sedang : Hb 7-8 gr%

4) Anemia berat : <7 gr%

c. Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester ke II dan III atas indikasi. Pemeriksaan yang ditujukan untuk mengetahui adanya proteinnuria pada ibu hamil. Proteinnuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

Klasifikasi menurut (Kusmiyati, 2010):

Negatif (-): larutan tidak keruh/jernih

Positif 1 (+): larutan keruh

Positif 2 (++) : larutan keruh berbutir

Positif 3 (+++) : larutan bentuk awan

Positif 4 (++++): larutan menggumpal

d. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester ke II dan sekali pada trimester ke III.

Klasifikasi menurut (Kusmiyati, 2010):

Negatif (-): larutan tetap biru

Positif / negatif (+/-): larutan berwarna biru kehijauan

Positif 1 (+): larutan berwarna hijau dan endapan kuning

Positif 2 (++) : larutan berwarna kuning

Positif 3 (++++) : larutan berwarna orange endapan kuning

Positif 4 (++++): larutan berwarna merah bata

9. Tatalaksana kasus.

Pelayanan/asuhan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi.

Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

- a. Mengupayakan kehamilan yang sehat.
- b. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- c. Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Perencanaan antipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan bila diperlukan.

Jadwal kunjungan ulang menurut (Sarwono, 2013) :

1. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :
  - a. Penapisan dan pengobatan anemia
  - b. Perencanaan persalinan
  - c. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
2. Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk :
  - a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
  - b. Penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP
  - c. Mengulang perencanaan persalinan
3. Kunjungan IV (36 minggu sampai lahir)
  - a. Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III
  - b. Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
  - c. Memantapkan rencana persalinan
  - d. Mengenali tanda-tanda persalinan
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan ANC yang meliputi perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalianan (Depkes, 2010).

## **B. Asuhan yang dilakukan pada pemeriksaan ANC selama masa kehamilan.**

### **1. Pengkajian**

Langkah pertama adalah mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvik sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru lahir mengalami komplikasi tertentu yang mengharuskan mereka mendapat konsultasi dari dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi (Varney, 2007).

#### **a. Data Subjektif**

- 1) Mengidentifikasi Informasi (Nama, usia, ras/ etnik, gravida dan para, alamat/telepon, agama, status pernikahan, pekerjaan, tanggal pengkajian)
- 2) Keluhan Utama (Alasan wanita tersebut mengunjungi ke klinik, kantor, kamar gawat darurat, pusat pelayanan persalinan, rumah sakit, atau rumahnya, seperti yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri)
- 3) Riwayat Penyakit Saat Ini (Tanggal dan waktu awitan, bentuk awitan, latar belakang yang berhubungan dengan awitan perjalanan penyakit sejak awitan, termasuk durasi dan kekambuhan, lokasi spesifik, jenis nyeri atau ketidaknyamanan dan keparahan atau intensitas, gejala lain yang berkaitan, hubungan dengan fungsi dan aktifitas tubuh, gambaran kualitas (warna, konsistensi) dan kuantitas (jumlah isi), jika ada (mis, ruam, rabas, perdarahan), faktor yang mempengaruhi masalah,

baik yang memperparah atau yang meredakan, bantuan medis sebelumnya (dan dari siapa) untuk masalah ini; diagnosis dan perawatan, keefektifan suatu terapi atau obat yang digunakan (dimulai atas inisiatif diri sendiri atau diprogramkan dokter)

- 4) Riwayat Medis/ riwayat sosial (Penyakit pada masa kanak-kanak, uji skrining laboratorium yang dilakukan untuk penyakit infeksi seperti (hepatitis, campak, tuberkulosis, HIV), Penyakit utama seperti (pneumonia, hepatitis, demam, reumatik, difteri, polio).
- 5) Riwayat Keluarga (Ibu, ayah, saudara kandung, Retardasi mental, kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit mental, kelainan congenital, kehamilan lebih dari satu, tuberkulosis, epilepsi, anemia, alergi, kelainan genetic, kelainan autoimun(lupus)
- 6) Riwayat Menstruasi (Usia saat menarche, frekuensi, rentan jika tidak teratur, lama, jumlah darah yang keluar, karakteristik darah yang keluar, periode menstruasi terakhir, dismenorrea, perdarahan uterus disfungsi seperti bercak darah atau perdarahan anermenstruasi, menoragia, metroragia, penggunaan alat-alat kebersihan, sindrom syok toksik, gejala pramenstruasi/ sindrom premenstruasi dan gejala perimenopause
- 7) Riwayat Seksual (Jenis hubungan seksual, jumlah pasangan, frekuensi, kepuasan dengan pasangan seksual dan Masalah seperti pemanasan tidak cukup, pelumasan tidak cukup, kurang pertimbangan terhadap hal-hal pribadi, nyeri, vaginismus, takut mengalami kehamilan, takut akan menyakiti janin jika sedang dalam masa hamil, masalah pada pasangan, perdarahan pascakoitus, kekerasan seksual.
- 8) Riwayat Obstetri (Gravida/para, tipe golongan darah, pada setiap kehamilan seperti tanggal kehamilan terakhir, minggu gestasi, tempat bersalin, lama persalinan, jenis persalinan, masalah obstetrik, medis, dan sosial, berat lahir bayi, jenis kelamin bayi,



kelainan kongenital atau komplikasi neonatus, status bayi saat lahir, status bayi saat ini.

- 9) Riwayat Ginekologi (Infertilitas, infeksi vagina, penyakit menular seksual, servisititis kronis, endometritis, penyakit radang panggul, kista, endometriosis, mioma, relaksasi pelvic, polip, massa pada payudara, pap smear yang abnormal, biopsi, kanker ginekologi, pembedahan ginekologi, perkosaan
- 10) Riwayat kontrasepsi (Kontrasepsi yang diinginkan, pengetahuan tentang pilihan penggunaan kontrasepsi, metode kontrasepsi yang sedang digunakan seperti tipe, kepuasan, efek samping, konsistensi penggunaan, konsistensi penggunaan (lama penggunaan), Metode kontrasepsi yang sebelumnya digunakan seperti tipe, lama penggunaan, efek samping, alasan penghentian
- 11) Riwayat Penggunaan Kontrasepsi hormone (Alasan penggunaan hormon kontrasepsi, Terapi pengganti hormone seperti lama penggunaan, tipe, efek samping

b. Data Objektif

- 1) Pengkajian fisik (Suhu, Denyut Nadi, Pernafasan, Tekanan darah, Tinggi badan, Berat badan
- 2) Pengkajian umum (Observasi, Kesesuaian penampilan dengan usia, status nutrisi secara umum, status kesehatan yang terlihat, penampilan pribadi secara umum, status emosi dan mental secara umum, temuan yang menyimpang seperti (pucat, sianosis, gawat nafas, asimetris wajah), Postur secara umum, gaya berjalan, gerakan tubuh
- 3) Kulit dan Rambut kering/berminyak, kerontokan, menggunakan rambut palsu atau tidak, infeksi kulit kepala, ketombe, kutu rambut, warna, kelembapan
- 4) Kepala (Ukuran, bentuk, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila

- 5) Mata (Kelopak mata, bulu mata, kelenjar air mata, gerakan mata involunter, warna kantong konjungtiva bawah, warna sclera, lensa dan kornea mengalami abrasi atau menjadi buram, mata juling, ukuran, bentuk, dan kesamaan ukuran pupil, gerakan paralel mata, rekasi pupil terhadap cahaya dan daya akomodasi pupil, tonjolan bola mata dan teraba tekanan intraokular, yang diperiksa dengan menekan mata dengan jari
- 6) Telinga (Pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik yaitu warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut (membran timpani ada atau tidak ada), jaringan parut.
- 7) Hidung (Napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal, pemeriksaan nasal dengan spekulum yaitu ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konkanasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, sumbatan, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa
- 8) Mulut (Bau nafas, bibir seperti kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura, mulut dan mukosa, gigi seperti kondisi perbaikan gigi, gusi seperti perdarahan lesi, edema, tumor, warna, kelembapan, selaput pada lidah, pergerakan lidah, penyimpangan lidah, uvula: deviasi uvula, ukuran, pembesaran, Orofaring; tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan tonsilar pilar, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil

- 9) Leher (Pembesaran atau nyeri tekan pada kelenjar saliva, submaksila, anterior, posterior dan serviks bagian dalam, kelenjar getah bening di atas klavikula, denyut carotid, denyut nadi abnormal, distensi vena, rentang pergerakan sendi, pembesaran atau kelenjar parotid, pembesaran, tumor, kesimetrisan, ukuran, bentuk, nyeri tekan atau nodul pada kelenjar tiroid, kesimterisan dan penyimpangan trakea)
- 10) Payudara (Nyeri, Rabas pada puting susu, Massa, biopsi)
- 11) Abdomen (Nafsu makan, anoreksia, mual atau muntah, nyeri ulu hati, eruktasi (bersendawa), hematemesis, nyeri, flatulen, warna feses, perubahan pola defekasi, ikterik, gatal-gatal pada rectum, nyeri, perdarahan, hemoroid, riwayat penyakit empedu yang diketahui, penyakit hati, apendistitis, kolitis, ulkus, pankreatitis, parasit hernia, alergi makan dan indiosinkrosis)
- 12) Sistem Genitourinarius (Perkemihan yaitu frekuensi, urgensi, disuria, hematuria, nokturia, nyeri pada suprapubik, pinggang dan punggung bawah, poliuria atau oliguria, piuria (pus dalam urine), inkontinensia, riwayat infeksi saluran kemih atau batu ginjal yang diketahui, genetalia yatu lesi, tanda-tanda trauma, rabas (karakter, warna, bau, pruritusruas), penyakit menular seksual, riwayat menstruasi, riwayat hubungan seksual, riwayat keluarga berencana, dan hasil pemeriksaan pap smear terakhir)
- 13) Sistem Otot Rangka Pembuluh Darah (Nyeri tekan sendi, kekakuan, pembengkakan, kemerahan, panas, kelemahan otot, kram, nyeri, kedutan, tremor, paralisis, parestesia, atrofi, nyeri tulang, cedera, kelainan, keterbatasan gerak pada punggung atau rentang pergerakan pada ekstermitas, edema ekstremitas, varises, nyeri pada tungkai atau otot betis ketika berjalan atau melakukan latihan fisik, rasa panas atau nyeri tekan pada tungkai bawah, edema: wajah, kaki, pratibial, varises: panas atau nyeri tekan pada betis, panas, pembengkakan, atau kemerahan, pada sendi, tanda

hormone, refleks tendon dalam, klonus, jari tabuh, sianosis, atau kelainan lain pada kuku jari, tanda atau jejak khusus jarum, tremor pada jari tangan, tinjauan ulang sistem tubuh yang lain

14) Haemoglobin darah

## **2. Diagnosa**

Bermula dari data dasar, interpretasi data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosa serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus. Kata masalah dan diagnosa sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosa, tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh. Diagnosa diduga pada kombinasi tanda praduga dan tanda kemungkinan kehamilan. Kehamilan dengan sendirinya akan terlihat seiring kemajuan usia kehamilan, ketika tanda-tanda positif kehamilan dengan mudah dapat diamati. Temuan yang diperoleh pada pengkajian riwayat, fisik, panggul, laboratorium, yang merupakan data dasar yang digunakan untuk menegakkan diagnosa kehamilan secara khusus berkaitan dengan tanda praduga, kemungkinan, dan tanda pasti kehamilan. Tanda-tanda ini bukan keseluruhan data dasar yang diperoleh bidan untuk membantu persalinan seorang wanita hanya sebagian data diperlukan untuk menegakkan diagnosa kehamilan. Adapun diagnosa kebidanan menurut nomenklatur kebidanan pada kehamilan trimester III yaitu Solutio plasenta, Anemia berat, Plasenta previa, Pre eklamsi, Eklamsi, Kehamilan ganda, Syok, Hipertensi, Letak lintang, Kematian janin (Varney, 2007).

## **3. Perencanaan**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah-langkah yaitu (Walyani, 2015):

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Pengukuran TFU

- d. Pemberian tablet Fe
- e. Pemberian imunisasi TT
- f. Pemeriksaan HB
- g. Pemeriksaan protein urine
- h. Pemeriksaan PMS
- i. Pemeriksaan urine reduksi
- j. Perawatan payudara
- k. Senam ibu hamil
- l. Pemberian obat malaria
- m. Pemberian kapsul minyak beryodium
- n. Temu wicara
- o. Memeriksa DJJ, letak janin dan gerakan janin
- p. Edukasi kesehatan ibu seperti pemberian nutrisi berupa kalori, protein, kalsium
- q. Kebersihan tubuh dan pakaian.

#### **4. Penatalaksanaan**

Pada langkah ini dilaksanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah-langkah yaitu (Walyani, 2015):

1. Melakukan pemeriksaan berat badan dan tinggi badan
2. Melakukan pemeriksaan tekanan darah
3. Melakukan pengukuran TFU
4. Memberikan tablet Fe sebanyak 90 tablet
5. Memberikan imunisasi TT
6. Memeriksa HB
7. Memeriksa protein urine
8. Melakukan pemeriksaan PMS
9. Melakukan pemeriksaan urine reduksi
10. Melakukan perawatan payudara
11. Melakukan senam hamil
12. Memberikan obat malaria
13. Memberikan kapsul minyak beryodium

14. Melakukan temu wicara seperti konseling
15. Melakukan pemeriksaan DJJ, letak janin dan gerakan janin
16. Memberikan edukasi kesehatan bagi ibu seperti kebutuhan nutrisi berupa kalori, protein dan kalsium
17. Mengajukan ibu agar menjaga kebersihan tubuhnya dan mengganti pakaiannya sesering mungkin.

## **5. Evaluasi**

Pada langkah ini dilakukan evaluasi pada asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah-langkah yaitu (Walyani, 2015):

- a. Telah diukur berat badan dan tinggi badan pasien
- b. Telah diukur tekanan darah pasien
- c. Telah dilakukan pengukuran TFU, dan TFU sesuai dengan usia kehamilan
- d. Telah diberikan tablet Fe kepada pasien
- e. Telah diberikan imunisasi TT
- f. Telah dilakukan pemeriksaan HB
- g. Pemeriksaan protein urine telah dilakukan
- h. Pemeriksaan PMS telah dilakukan
- i. Pemeriksaan urine telah dilakukan
- j. Telah dilakukan perawatan payudara
- k. Dilakukan senam hamil
- l. Pemberian obat malaria telah diberikan kepada pasien
- m. Pemberian kapsul minyak beryodium telah diberikan kepada pasien
- n. Temu wicara sudah dilakukan
- o. Pemeriksaan DJJ, letak janin dan gerakan janin sudah dilakukan
- p. Telah diberikan edukasi kesehatan ibu seperti kebutuhan nutrisi yang sudah diberikan
- q. Telah dianjurkan ibu agar menjaga Kebersihan tubuhnya dan mengganti pakaian sesering mungkin.

## **2.2 Persalinan**

### **2.2.1 Konsep Dasar Persalinan**

#### **A. Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, 2014).

#### **B. Perubahan Fisiologi Persalinan**

Menurut Rukiyah (2009) Perubahan Fisiologi pada persalinan adalah:

##### **1. Perubahan fisiologi pada kala I**

###### **a. Tekanan Darah**

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik) 10-20 mmHg, diastole naik 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

###### **b. Metabolisme**

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denut nadi, curah jantung(cardiac output), pernapasan, dan kehilangan cairan.

###### **c. Suhu Tubuh**

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan, jaga agar peningkatan suhu tidak lebih dari 0,5-1C.

###### **d. Detak Jantung**

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi.

e. Pernapasan

Oleh karena terjadinya peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

f. Ginjal

Poliuri sering terjadi selama proses persalinan, mungkin dikarenakan adanya peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

g. Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktivitas pencegahan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat, cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam waktu biasa. Mual dan muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai kehamilan kala I.

h. Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100ml selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan sehari pascapersalinan, kecuali terdapat perdarahan postpartum.

**2. Perubahan fisiologis kala II**

Pada kala II merupakan peristiwa normal yang diakhiri dengan kelahiran normal tanpa adanya intervensi. Saat pembukaan sudah lengkap, anjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiahnya dan beristirahat diantara dua kontraksi. Jika menginginkan ibu dapat mengubah posisinya, biarkan ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan proses kelahiran berlangsung.

Perubahan Fisiologis Kala II menurut Walyani (2015) :

a. Kontraksi uterus

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan segmen bawah rahim



(SBR), regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritonium, itu semua terjadi pada kontraksi.

b. Perubahan-perubahan uterus

Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar.

c. Perubahan serviks

Perubahan serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, SBR, dan serviks.

d. Perubahan pada vaginanda dasar panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah terjadi perubahan terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian janin.

e. Perubahan sistem reproduksi

Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan, kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat dan semakin sering kemajuan persalinan.

f. Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg

g. Perubahan metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap.

h. Perubahan suhu

Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari  $0,5-1^{\circ}\text{C}$  yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

i. Perubahan denyut nadi

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan.

j. Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi pada saat persalinan. Kondisi ini diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan.

k. Perubahan pada saluran cerna

Absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh lebih berkurang.

l. Perubahan Hematologi

Hematologi meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama.

**3. Perubahan fisiologis kala III**

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian uterus atau bagian atas vagina.

**4. Perubahan fisiologis kala IV**

a. Tanda Vital

Tekanan darah, nadi, dan pernapasan harus menjadi stabil pada level pra-persalinan selama satu jam pertama pascapartus. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C.

b. Gemetar

Umum wanita mengalami tremor selama kala empat persalinan, gemetar seperti itu dianggap normal jika tidak ada demam >38,0°C atau tanda-tanda infeksi lain. Respons ini dapat diakibatkan hilangnya ketegangan dan sejumlah energy selama melahirkan; respons fisiologis terhadap penurunan volume intra-abdomen dan pergeseran hematologik juga memainkan peranan.

c. Sistem Gastrointestinal

Mual dan muntah, jika ada selama persalinan, harus diatasi. Haus umumnya dialami, dan banyak ibu melaporkan lapar segera setelah melahirkan.

d. Sistem Renal

Kandung kemih yang hipotonik disertai retensi urine bermakna dan pembesaran umum terjadi. Tekanan dan kompresi pada kandung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran adalah penyebabnya. Mempertahankan kandung kemih wanita kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan atoni. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan perdarahan dan keparahan nyeri.

## **2.2.2 Asuhan Yang Diberikan pada Masa Persalinan**

### **A. Kala I**

Menurut Rohani (2013), inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
2. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase :
  - a. Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
  - b. Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

c. Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

3. Tatalaksana Kala I menurut Kemenkes (2015) :

a. Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu

b. Jika ibu tampak gelisah/kesakitan:

- 1) Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri
- 2) Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupan
- 3) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
- 4) Ajari teknis bernapas

c. Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu

d. Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar

e. Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada pada bayi baru lahir, suhu ruangan minimal  $25^{\circ}\text{C}$  dan semua pintu serta jendela harus tertutup

f. Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi

g. Sarankan ibu berkemih sesering mungkin

h. Pantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf.

Tabel 2.5  
Penilaian dan intervensi selama kala I

<b>Parameter</b>	<b>Frekuensi pada kala I laten</b>	<b>Frekuensi pada kala I aktif</b>
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Sumber: Kemenkes, 2013

i. Pasang infus intravena untuk pasien dengan:

- 1) Kehamilan lebih dari 5
- 2) Hemoglobin 9 g/dl atau hematokrit 27%
- 3) Riwayat gangguan perdarahan
- 4) Sungsang
- 5) Kehamilan ganda
- 6) Hipertensi
- 7) Persalinan lama

j. Isi dan letakkan partograf di samping tempat tidur atau di dekat pasien.

k. Lakukan pemeriksaan kardiotokografi jika memungkinkan.

l. Persiapkan rujukan jika terjadi komplikasi.

Tabel 2.6  
Yang harus diperhatikan dalam persalinan kala I

<b>Kemajuan</b>	<b>Tanda dan gejala</b>	<b>Keterangan</b>
Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontraksi tidak teratur</li> <li>2. Kecepatan pembukaan serviks 1cm/jam</li> <li>3. Serviks tidak dipenuhi bagian bawah janin</li> </ol>	
Kondisi ibu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi meningkat</li> <li>2. Tekanan darah turun</li> <li>3. Terdapat aseton urin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemungkinan dehidrasi atau kesakitan</li> <li>2. Nilai adakah perdarahan</li> <li>3. Curiga asupan nutrisi kurang dekstroza IV bila perlu</li> </ol>
Kondisi bayi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut jantung &lt;100 atau &gt;180/menit</li> <li>2. Posisi selain oksiput anterior dengan fleksi sempurna</li> </ol>	Curiga kemungkinan gawat janin

Sumber: Kemenkes, 2013.

## **B. Kala II, Kala III dan Kala IV**

Tatalaksana pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 58 langkah APN yaitu:

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

1. Memeriksa tanda berikut:
  - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
  - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya
  - c. Perineum menonjol dan menipis
  - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

### **Menyiapkan pertolongan persalinan**

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
  - a. Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/DTT siap dalam wadahnya.

- b. Semua pakaian, handuk, selimut, dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat
  - c. Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih
  - d. Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/wadah DTT
  - e. Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
  - f. Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infus.
3. Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kacamata.
  4. Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudia keringkan dengan handuk atau tisu bersih
  5. Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam
  6. Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.

**Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik**

7. Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapal atau kasa yang dibasahi air DTT
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks udah lengkap. Lakukan amniotomi bila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.

10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

**Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran**

11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik
12. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran :
  - a. Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia rasa nyaman.
  - b. Anjurkan ibu untuk cukup minum
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
  - a. Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - b. Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

**Mempersiapkan pertolongan kelahiran**

15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

**Membantu lahirnya kepala**

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala  
Anjurkan ibu meneran sambil bernapas cepat dan dangkal.
20. Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
  - a. Jika lilitan tali pusat di leher bayi masih longgar, selipkan tali pusat lewat kepala bayi.



- b. Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting di antaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.

21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

#### **Membantu lahirnya bahu**

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.

- a. Dengan lambat gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis
- b. Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

#### **Membantu lahirnya badan dan tungkai**

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi.

Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

#### **Penanganan bayi baru lahir**

25. Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi:

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

26. Bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu

- a. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan
- b. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering
- c. Pastikan bayi dalam kondisi mantap diatas dada atau perut ibu

27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal)

### **Manajemen aktif kala III**

28. Beritahu kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 ui IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilicus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin). Dari sisi luar klem penjepit kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Potong dan ikat tali pusat.
- Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi).
  - Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
  - Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%
32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat ditepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri
37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso kranial.
38. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunkan kedua tangan
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) 15 detik

#### **Menilai perdarahan**

40. Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh.
41. Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.

#### **Melakukan Asuhan persalinan kala IV**

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam).
44. Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:
  - a. Timbang dan ukur bayi
  - b. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasielin 1%).
  - c. Suntikan vitamin K1 1 mg (0,5 mL untuk sediaan 2 mg/ml) IM dipaha kiri bayi
  - d. Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5°C)
45. Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bayi.

- a. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
  - b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di- dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam:
    - a. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama
    - b. Setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
  47. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis.
  48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
  49. Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
  50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,6°c)
  51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10, enit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
  52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
  53. Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
  54. Pastikan ibu merasa nyaman
  55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0.5%
  56. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klori 0,5% selama 10 menit.
  57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang kering dan bersih.
  58. Lengkapi partograf,periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

### C. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam mengambil keputusan dalam penatalaksanaan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Partograf sebaiknya dibuat untuk setiap ibu yang bersalin, tanpa menghiraukan apakah persalinan tersebut normal atau dengan komplikasi (Depkes, 2012).

Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

1. Denyut jantung janin : Catat setiap 1 jam
2. Air Ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina:
  - a. U : selaput ketuban utuh
  - b. J : selaput pecah, air ketuban jernih
  - c. M : air ketuban bercampur mekonium
  - d. D : air ketuban bernoda darah
  - e. K : tidak ada cairan ketuban/kering
3. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)
  - a. 0 : sutura terpisah
  - b. 1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian.
  - c. 2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
  - d. 3 : sutura tumpang tindih dan tidak diperbaiki
4. Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x)
5. Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis; catat dengan tanda lingkaran (o) pada setiap pemeriksaan dalam. Posisi 0/5, sinsiput S atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis
6. Waktu: menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

7. Jam : Catat jam sesungguhnya
8. Kontraksi. Catat setiap setengah jam; lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik:
  - a. Kurang dari 20 detik
  - b. Antara 20 dan 40 detik
  - c. Lebih dari 40 detik
9. Oksitosin. Jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
10. Obat yang diberikan. Catat semua obat yang lain diberikan
11. Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan anak panah
12. Suhu badan. Catatlah setiap dua jam
13. Protein, aseton, dan volume urin. Catatlah setiap kali ibu berkemih. Jika temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

## **2.3 Nifas**

### **2.3.1 Konsep Dasar Nifas**

#### **A. Pengertian Nifas**

Menurut Marmi (2014), masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.

#### **B. Perubahan Fisiologi Nifas**

Menurut Kemenkes (2015), pada masa nifas terjadi perubahan – perubahan fisiologis berikut :

##### **1. Involusi Uterus**

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini

dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus.

Tabel 2.7 TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Invulusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber : Kemenkes, 2015

## 2. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas : bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk. Total pengeluaran seluruh periode lochea rata – rata kira – kira 240-270 ml.

Lochea terbagi 4 tahapan :

### a. Lochea Rubra/Merah (Cruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke – 3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan meconium.

### b. Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke – 4 sampai hari ke – 7 postpartum.

### c. Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke – 8 sampai hari ke – 14 postpartum.

### d. Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

### 3. Proses Laktasi

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormon, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus). Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar.

#### a. Jenis – jenis ASI

- 1). Kolostrum : cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke – 3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa.
- 2). ASI Transisi : keluar pada hari ke 3 – 8; jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.
- 3). ASI Mature : ASI yang keluar hari ke 8 – 11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan.

#### b. Beberapa hormon yang berperan dalam proses laktasi

##### 1) Hormon Prolaktin

Ketika bayi menyusu, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel – sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu.

Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang di produksi. Semakin jarang bayi menyusu, semakin sedikit ASI yang di produksi. Jika bayi berhenti menyusu, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.



## 2) Hormon Oksitosin

Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel – sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang di produksi sel – sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadang – kadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusu. Mengalirnya ASI ini disebut refleks pelepasan ASI.

## 4. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan dilakukan paling sedikit 3 kali selama ibu dalam masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah – masalah yang terjadi pada saat nifas seperti dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.8 Jadwal Kunjungan pada Ibu dalam Masa Nifas

Kunjungan I (KF) 6 Jam s/d 3 hari Pasca salin	Kunjungan II (KF II) hari ke 4 s/d 28 hari Pasca salin	Kunjungan III (KF III) hari ke 29 s/d 42 hari Pasca salin
Memastikan involusi uterus	Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi	Pemulaan hubungan seksual
Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan	Kondisi payudara	Metode KB yang digunakan
Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.	Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu	Latihan pengencangan perut
Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda – tanda infeksi.	Istirahat ibu	Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya
Bagaimana perawatan bayi sehari – hari		Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada
		Menanyakan pada ibu apa sudah haid

Sumber : Kemenkes, 2015

### C. Kebutuhan Ibu dalam Masa Nifas

#### 1. Nutrisi dan Cairan

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- b. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari
- c. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

#### 2. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU

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

Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kandungan vitamin A dalam air susu ibu (ASI)
- b. Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi

c. Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan

d. Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena :

- 1) Bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah
- 2) Kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh
- 3) 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

### 3. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Early ambulation tidak diperbolehkan pada ibu post partum dengan penyulit misalnya, anemia, penyakit jantung, paru – paru, demam, dan sebagainya.

### 4. Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam post partum. 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 post partum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke – 2 post partum. Jika hari ke – 3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal.

### 5. 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.

## 6. Istirahat dan tidur

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

## 7. Seksual

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

### **2.3.2 Asuhan Nifas**

Menurut Marmi (2014) asuhan pada ibu nifas adalah sebagai berikut :

#### **A. Pengumpulan Data**

##### **1. Pengkajian**

- a. Nama klien : digunakan untuk membedakan antar klien yang satu dengan yang lain.
- b. Umur : untuk mengetahui masa reproduksi klien beresiko tinggi atau tidak,  $< 16$  tahun atau  $> 35$  tahun.
- c. Suku atau bangsa : untuk menentukan adat istiadat atau budayanya.
- d. Agama : untuk menentukan bagaimana kita memberikan dukungan kepada ibu selama memberikan asuhan.
- e. Pekerjaan : pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan ibu kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu sehingga masa nifas pun jadi terganggu pada ibu nifas normal.
- f. Alamat : untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal.

##### **2. Anamnesa (Data Subjektif)**

- a. Tanggal / jam : untuk mengetahui kapan klien datang dan mendapatkan pelayanan.
- b. Keluhan : untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu setelah melahirkan.
- c. Riwayat kehamilan dan persalinan : untuk mengetahui apakah klien melahirkan secara spontan atau SC. Pada ibu nifas normal klien melahirkan spontan.

d. Riwayat persalinan :

- 1) Jenis persalinan : spontan atau SC. Pada ibu nifas normal klien melahirkan normal.
- 2) Komplikasi dalam persalinan : untuk mengetahui selama persalinan normal atau tidak.
- 3) Placenta dilahirkan secara spontan atau tidak, dilahirkan lengkap atau tidak, ada kelainan atau tidak, ada sisa plasenta atau tidak.
- 4) Tali pusat : normal atau tidak, normalnya 45-50 cm.
- 5) Perineum : untuk mengetahui apakah perineum ada robekan atau tidak.

Pada nifas normal perineum dapat utuh atau ada robekan.

6) Perdarahan :

Untuk mengetahui jumlah darah yang keluar pada kala I, II, III selama proses persalinan, pada nifas normal perdarahan tidak boleh lebih dari 500 cc.

7) Proses persalinan

Bayi

- a) Tanggal lahir : untuk mengetahui usia bayi
- b) BB dan PB : untuk mengetahui BB bayi normal atau tidak.  
Normalnya > 2500 gr, BBLR < 2500 gr, makrosomi > 4000 gr.
- c) Apgar score baik : 7 – 10
- d) Cacat bawaan : bayi normal atau tidak
- e) Air ketuban : air ketubannya normal atau tidak. Normalnya putih keruh. Banyaknya normal atau tidak, normalnya 500 – 1000 cc.

3. Pemeriksaan fisik (Data Objektif)

- a. Keadaan umum : untuk mengetahui keadaan ibu secara umum. Nifas normal biasanya baik.
- b. Keadaan emosional  
Untuk mengetahui apakah keadaan emosional stabil atau tidak dan apakah terjadi post partum blues (depresi) pada post partum pada klien tersebut. Pada ibu nifas normal keadaan emosional stabil.

c. Tanda vital

Suhu : 36,40°c sampai 37,40°c.

Nafas normal : 16 – 20 x/m

Nadi normal : 80 – 100 x/m

TD normal : 120/80 mmHg

d. Pemeriksaan fisik

1) Muka

Pada muka melihat apakah kelopak mata ada edema, konjungtiva berwarna merah muda/pucat, dan sklera berwarna putih atau tidak.

2) Mulut dan gigi

Untuk melihat kebersihan lidah dan gigi ada karies atau tidak.

3) Leher

Untuk mengetahui apakah ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening.

4) Dada

Untuk mendengar irama jantung dan mendengar ronchi beserta wheezing pada paru-paru.

5) Payudara

Melihat bentuk payudara simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak dan menekan puting susu untuk melihat pengeluaran.

6) Punggung

Untuk mengetahui posisi tulang belakang normal atau tidak karena tidak normal bila ditemukan lordosis.

7) Abdomen

Melihat ada bekas luka operasi atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada pembesaran hati atau tidak, dan untuk mengetahui konsistensi uterus yaitu keras atau tidak.

8) Uterus

Untuk mengetahui berapa TFU, bagaimana kontraksi uterus, konsistensi uterus, posisi uterus. Pada ibu nifas normal TFU 2 jari di

bawah pusat kontraksinya baik. Konsistensinya keras dan posisi uterus di tengah.

9) Pengeluaran Lochea

Untuk mengetahui warna, jumlah, bau konsistensi lochea pada umumnya ada kelainan atau tidak. Pada ibu nifas yang normal 1 hari post partum lochea warna merah jumlah + 50 cc, bau : dan konsistensi encer.

10) Perineum

Untuk mengetahui apakah ada perineum ada bekas jahitan atau tidak, juga tentang jahitan perineum klien. Pada nifas normal perineum bisa juga terdapat ada bekas jahitan bisa juga tidak ada, perineumnya bersih atau tidak.

11) Kandung Kemih

Untuk mengetahui apakah kandung kemih teraba atau tidak, para ibu nifas normal kandung kemih tidak teraba.

12) Ekstremitas atas dan bawah

Edema : ada atau tidak

Kekakuan otot dan sendi : ada atau tidak

Kemerahan : ada atau tidak

Varices : ada atau tidak

Refleks patella : kanan kiri +/-, normalnya +

Refleks lutut negatif pada hypovitaminase B1 dan penyakit urat syaraf.

4. Uji Diagnostik

a. Darah : pemeriksaan Hb

Hb ibu nifas normal : Hb normal 11 gram %

b. Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah penting untuk transfusi darah apabila terjadi komplikasi.

## 5. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan.

Contoh Diagnosa : P... A... hari... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik atau tidak baik.

Dasar :

Anamnesa :Jumlah kelahiran, pernah abortus atau tidak, masa setelah melahirkan

Masalah :Berkaitan dengan keadaan psikologis ibu, normalnya tidak ada masalah

Kebutuhan :Berdasarkan atas keadaan umum dan keadaan fisik ibu biasanya dibutuhkan konseling lebih lanjut

## 6. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain bedasarkan rangkaian, masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Diagnosa potensial pada nifas normal biasanya tidak ada diagnosa potensial.

## 7. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada langkah ini dilakukan tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Biasanya pada nifas normal tidak dilakukan kolaborasi dengan DSOG atau tim kesehatan lain.

## 8. Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan yang menyeluruh dan rasional pada nifas normal meliputi :

- a. Terapi dan asuhan
- b. Pendidikan kesehatan
- c. Konseling
- d. Kolaborasi (bila diperlukan)
- e. Rujukan (lebih diperlukan)



f. Tindak lanjut

9. Pelaksanaan

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
- b. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan untuk memulihkan tenaganya
- c. Menjelaskan pada ibu akibat kurang istirahat akan mengurangi produksi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
- d. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
- e. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum yaitu dibersihkan dengan air bersih dan sabun, mengganti pembalut setidaknya 2 x/hari
- f. Memberikan penjelasan tentang manfaat ASI yang mengandung bahan yang diperlukan oleh bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap untuk minum dan hemat biaya
- g. Memberikan konseling tentang perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap kali selesai menyusui
- h. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak dan bergizi seperti lauk – pauk dan sayur – sayuran agar produksi air susu tetap banyak
- i. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, pencegah perdarahan dan lancar ASI

10. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan secara efektif dan efisien

- a. 2 jam Post Partum
  - 1) Klien sudah BAK
  - 2) Lochea rubra

- 3) TFU 2 jari di bawah pusat
  - 4) Uterus keras
  - 5) Darah kurang lebih 50 cc
  - 6) Berat uterus kurang lebih 1000 gr
- b. 6 jam Post Partum
- 1) Sudah dapat melakukan mobilisasi dini
  - 2) Lochea rubra
  - 3) TFU 2 jari di bawah pusat
  - 4) Kontraksi uterus baik
- c. 6 hari Post Partum
- 1) Berat uterus kurang lebih 500 gr
  - 2) Lochea sanguinolenta
  - 3) TFU pertengahan symphysis dan pusat
- d. 6 minggu Post Partum
- 1) Berat uterus kurang lebih 50 gr
  - 2) TFU tidak dapat diraba dari luar
  - 3) Klien di KB atau klien sudah menentukan KB apa yang akan dipakai

## **2.4 Bayi Baru Lahir**

### **2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

#### **A. Pengertian Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu – 42 minggu , Apgar Score 7 – 10 dan bebas injuri atau tidak memerlukan pertolongan khusus dengan berat lahir 2500 – 4000 gram (Desfauza dkk, 2012).

#### **B. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir**

Menurut Desfauza dkk tahun 2012 fisiologi bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

##### **1. Fisik**

###### **a. Kulit**

- 1) Bayi baru lahir kulit berwarna kemerahan dan semakin hitam pada daerah scrotum.

- 2) Sebagian bayi baru lahir adanya vernic caseosa terutama pada daerah bahu, belakang badan, lipat paha dan di bawah tangan, vernik caseosa berfungsi untuk mempertahankan suhu tubuh intra uterin dan akan menghilang 2 – 3 hari setelah lahir.
- 3) Terdapat lanugo, merupakan rambut halus dan lunak yang sering menutupi daerah kepala dan muka.

b. Kepala

1) Ukuran Diameter Kepala

- a) Diameter sub occipito Bregmatika : 9,5 cm
- b) Diameter occipito frontalis : 11 cm
- c) Diameter mento bregmatika : 9,5 cm
- d) Diameter mento occipito : 13,5 cm

2) Ukuran Lingkaran Kepala

- a) Circumferontia suboccipito bregmatika  
(lingkaran kecil kepala) : 32 cm
- b) Circumferontia fronto occipitalis  
(lingkaran sedang kepala) : 34 cm
- c) Circumferontia mento occipitalis  
(lingkaran besar kepala) : 35 cm

3) Ubun – ubun besar / kecil cembung

4) Kepala dapat difleksikan ke arah dada

- 5) Pada bayi baru lahir pervaginam terutama anak pertama / bayi terlalu lama di ruang panggul akan mengalami perubahan mis : Moulage, caput succadenum, cephal hematoma.

c. Mata

Awal kelopak mata bayi menutup disebabkan oleh adanya oedem palpebra karena penekanan sewaktu melewati jalan lahir, akan menghilang beberapa hari setelah lahir. Mata bayi akan terbuka dengan sendirinya, pupil akan bereaksi bila diberi sinar dan bila menangis tidak mengeluarkan air mata. Bentuk mata simetris.

d. Hidung

Bentuk hidung simetris, terdapat saluran palatum durum/mole tak ada kelainan.

e. Mulut (Throat)

Bentuk simetris palatum tidak ada kelainan, gigi belum tumbuh. Pengeluaran air ludah belum aktif, reflek hisap positif, reflek rooting + (positif).

f. Telinga

Bentuk simetris bilateral, terdapat saluran, elastisitas, daun telinga baik.

g. Leher

Dapat difleksikan ke arah dada, pergerakan kiri kanan baik.

h. Dada (Chest)

Bentuk simetris, pergerakan diafragma sesuai dengan irama pernafasan. Lingkar dada berkisar 30 -33 cm.

i. Jantung (Heart)

Frekuensi 140-160 kali permenit , reguler, terdapat pada daerah interkostal IV pad mid Clavikula kiri.

j. Paru-paru

Frekuensi pernafasan 21-40 kali permenit, reguler, pernafasan normal pada bayi adalah pernafasan diafragma, tidak ditemui ronkhi / wheezing.

k. Perut (Abdomen)

Terasa lembut, sisi kanan teraba hati 1-2 cm dibawah interkosta, tli pusat memucat, daerah sekitar tali pusat dalam keadaan baik / tidak ada gejala infeksi / bising usus positif.

l. Urogenital

1). Wanita

Labia minor lebih besar dari labia mayor disebabkan oedem (penekanan sewaktu melewati jalan lahir) kadang-kadang vagina mengeluarkan sekret/darah akibat reaksi hormon ibu melalui uretroplasenta dan menghilang dalam beberapa hari, anus positif.

## 2). Laki-laki

Scrotum normal relatif besar ukuran akan bertambah besar pada letak sungsang, testis biasanya dapat diraba di dalam scrotum / pada kelenjar inguinal, warna kulit lebih hitam karena banyak mengandung pigmen di banding bagian tubuh lainnya dan berfungsi untuk mempertahankan suhu.

## 2. Psikososial

### 1. Penglihatan

Mengikuti objek bergerak umur 15 detik.

### 2. Pendengaran

Usia 2 detik matanya bergerak ke arah datangnya suara

### 3. Perabaan

Tenang dengan kehangatan, elusan dan pelukan.

### 2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Kemenkes (2015) asuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

#### a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah lahir. Pastikan penolong persalinan melakukan pencegahan infeksi sesuai pedoman.

#### b. Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama.

Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir berikut:

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

c. Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir, yaitu:

1. Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena
  - a) Setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan
  - b) Bayi yang terlalu cepat dimandikan
  - c) Tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti
2. Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
3. Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin
4. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

d. Perawatan tali pusat

Melakukan perawatan tali pusat dengan cara meengklek dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.

e. Inisiasi menyusui dini (IMD)

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh kurang dari  $26^{\circ}\text{C}$ . Keluarga memberi dukungan dan membantu ibu selama proses IMD.

f. Pencegahan infeksi mata

Dengan memberikan salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata setelah satu jam kelahiran bayi.

g. Pemberian suntikan vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberi suntikan vitamin K1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep

mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah BBL akibat defisiensi vitamin K.

h. Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi.

i. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali dan sesuai dengan standar (menggunakan form tatalaksana bayi muda atau form MTBM), yakni

1. Saat bayi usia 6 jam-48 jam
2. Saat bayi usia 3-7 hari
3. Saat bayi usia 8-28 hari

## **2.5 Keluarga Berencana**

### **2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana**

Menurut WHO, KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (bkkbn.go.id/2009). Jadi, KB (Family Planning, Planned Parenthood) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

### **2.5.2 Metode Pelayanan Kontrasepsi**

#### **1. Metode Amenorea Laktasi**

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

a. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

- 1). Menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian > 8 x sehari.

- 2). Belum haid
  - 3). Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- b. Efektif sampai 6 bulan
  - c. Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.
  - d. Keuntungan kontrasepsi MAL

Efektivitas tinggi, segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya.

    - a. Keuntungan untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
    - b. Keuntungan untuk ibu

Mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi resiko anemia, dan meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.
  - e. Kekurangan kontrasepsi MAL

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitas tinggi hanya sampai 6 bulan, dan tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS.

## **2. Suntikan Progestin**

- a. Pengertian

Saat ini suntikan progestin yang beredar dipasaran adalah yang mengandung Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) yang mengandung 150 mg DMPA dan diberikan 3 bulan sekali atau 12 minggu sekali pada bokong (Meilani, 2010).
- b. Efektivitas

Kontrasepsi suntikan progestin ini sangat efektif dibandingkan dengan mini pil, karena dosis gestagen yang cukup tinggi dibandingkan dengan



mini pil. Akan tetapi kembalinya kesuburan cukup lambat, yaitu rata-rata 4 bulan setelah berhenti dari penyuntikan sehingga akan kurang tepat apabila digunakan para wanita yang menginginkan untuk segera hamil pada waktu yang cukup dekat (Manuaba, 2010).

c. Hal-hal yang berkaitan dengan efek samping .

1) Adanya gangguan haid, yang berupa :

- a) siklus haid memanjang atau memendek
- b) perdarahan yang banyak ataupun sedikit
- c) perdarahan tidak teratur ataupun perdarahan bercak
- d) tidak haid sama sekali

2) Pada penggunaan jangka panjang akan terjadi defisiensi esterogen sehingga dapat menyebabkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat, dan meningkatnya risiko osteoporosis.

## **2. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)**

a. Pengertian

Susuk KB yang diperkenalkan di Indonesia merupakan Negara terbesar pemakai Norplant. Kini sedang diuji coba susuk KB satu kapsul yang disebut implanon (Meilani, 2010).

b. Efektivitas

Sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 wanita)

c. Keuntungan

- 1) Daya guna tinggi
- 2) Cepat bekerja 24 jam setelah pemasangan
- 3) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 4) Bebas dari pengaruh esterogen
- 5) Tidak mengganggu proses senggama
- 6) Tidak mempengaruhi ASI
- 7) Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan

d. Keterbatasan

- 1) Keluhan nyeri kepala

- 2) Peningkatan/penurunan berat badan
- 3) Nyeri payudara
- 4) Perasaan mual
- 5) Perubahan perasaan atau kegelisahan
- 6) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan

e. Jenis

- 1) Norplant, terdiri dari enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg levonogestrel dengan lama kerja lima tahun
- 2) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm, diameter 2,5 mm, berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun
- 3) Implanon, terdiri satu batang silastik lembut berongga dengan panjang kira-kira 4,0cm, diameter 2 mm, berisi 68 mg 3- keto-desogestrel dengan lamakerja tiga tahun.

f. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 5) Mioma uterus dan kanker payudara
- 6) Gangguan toleransi glukosa

### **2.5.3 Asuhan Keluarga Berencana**

#### **1. Pengkajian**

Menurut Meilani (2010), pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan antara lain:

- a. Keluhan klien
- b. Riwayat kesehatan klien
- c. Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- d. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

e. Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap.

## 2. Diagnosa

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnose/masalah tersebut tidak terjadi. Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis/masalah tersebut benar-benar terjadi (Manuaba, 2010).

## 3. Perencanaan

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien (Meilani, 2010).

## 4. Pelaksanaan

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut (Manuaba, 2010).

## 5. Evaluasi

Menurut Meilani (2010) pada langkah terakhir ini, yang dilakukan oleh bidan adalah:

- a. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi.
- b. Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif.

**BAB 3**  
**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN**

**3.1.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil**

Tanggal : Rabu, 17 Februari 2016 Pukul : 18.00 WIB

No Registrasi : - Bidan P. Jawab : Helen Tarigan, Am. Keb

<b>Biodata</b>	<b>Ibu</b>	<b>Suami</b>
Nama	: Ny. T	Tn. R
Umur	: 32 tahun	35 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Karo/Indonesia	Simalungun/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMP
Pekerjaan	: Jl. Bunga Turi, Perum. Milala	
No. HP	: 081362635183	

**Data Subjektif**

1. Kunjungan saat ini : Kunjungan ulang yang ke 4 kali  
Keluhan utama : Keluhan sering buang air kecil terutama pada malam hari dan nyeri perut bagian bawah.
2. Riwayat perkawinan : Kawin 2 kali  
Usia menikah : Istri umur 31 tahun, suami umur 34 tahun  
Lama pernikahan : 1 tahun
3. Riwayat menstruasi  
Menarche umur 12 tahun, siklus 28 hari, teratur, lamanya 5-7 hari, sifat darah encer, dismenorhoe tidak ada.  
HPHT : 22 Juni 2015  
TTP : 29 Maret 2016
4. Riwayat kehamilan
  - a. Riwayat ANC  
ANC sejak umur kehamilan 4 minggu.  
Frekuensi :  
Trimester I sebanyak 2 kali, keluhan yang dirasakannya adalah rasa mual dan muntah tetapi tidak terlalu fatal dan tidak mengganggu aktivitas ibu

sehingga ibu tidak perlu datang ke klinik karena dengan sendirinya rasa mual tersebut dapat hilang.

Trimester II sebanyak 2 kali, ibu tidak mengalami adanya keluhan, rasa mual yang awalnya dirasakan ibu sudah hilang.

Trimester III belum pernah

- b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 20 minggu, gerakan janin berupa tendangan pada perut ibu dan paling kuat dirasakan pada bagian kanan perut ibu, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir 10- 20 kali.

- c. Pola nutrisi

Makan : Ibu makan teratur 3x/hari, sarapan pukul 07.00 WIB, makan siang pukul 12.00 WIB, dan makan malam pukul 17.00 WIB. Dengan menu makanan seimbang diantaranya nasi 1 piring, sayur, lauk, dan buah-buahan.

Minum: Air putih > 8 gelas/hari

- d. Pola eliminasi

BAB 1 kali sehari, konsistensi lunak, warna kekuningan.

BAK > 10 kali sehari, warna jernih. Keluhan akibat sering BAK, ibu merasa terganggu saat tidur malam.

Kegiatan sehari-hari : mengerjakan seluruh pekerjaan rumah sendiri

Istirahat/tidur : siang : 1-2 jam  
malam : 7-8 jam. Ibu mengatakan mulai tidur pukul 22. 00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB, tapi karena keluhan sering BAK ibu jadi sering terbangun setiap 1 jam.

Seksualitas : frekuensi 1x seminggu, tidak ada keluhan

- e. Personal Hygiene

Ibu mengatakan sering keringat sehingga sering mengganti pakaian setiap harinya. Kebiasaan membersihkan alat kelamin setiap habis BAK/BAB, dan mengganti pakaian dalam 2-3 kali sehari.

f. Imunisasi

Tabel 3.1  
Riwayat Imunisasi Ibu

<b>Imunisasi</b>	<b>Diterima/tidak</b>
Imunisasi dasar lengkap (0-9 bulan)	Tidak
Polio 4 (3 tahun)	Tidak
Polio 5 (4 tahun)	Tidak
DPT 5 (5 tahun)	Tidak
Campak 2 (6 tahun)	Tidak
TT (kehamilan pertama)	Tidak diterima
TT 1 (kehamilan kedua)	Tidak diterima

Sumber : Hasil anamnesa terhadap Ny. T

g. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Ini merupakan kehamilan yang kedua.

Anak pertama umur 12 tahun, jenis kelamin perempuan, kehamilan cukup bulan, jenis persalinan normal, tempat persalinan di klinik, ditolong oleh bidan, bayi lahir dengan berat 3.200 gram dan panjang 50 cm, tidak menyusui, tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi dan tidak ada kelainan pada masa nifas.

h. Riwayat kontrasepsi yang pernah digunakan

Ibu mengatakan setelah menikah tidak pernah menggunakan KB.

i. Riwayat kesehatan

Ibu memiliki riwayat kembar. Ibu dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita, seperti riwayat kembar, Diabetes Mellitus, asma, gagal jantung dan penyakit kejiwaan. Ibu tidak memiliki kebiasaan-kebiasaan yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janin seperti merokok, minum-minuman keras dan mengkonsumsi obat-obatan terlarang. Selama kehamilan ibu tidak mengalami perubahan pola makan dan pantangan makanan maupun minuman.

j. Keadaan Psikososial spiritual

Kehamilan ini sudah dinantikan keluarga karena kehamilan ini merupakan anak pertama pada pernikahan ibu yang kedua, ibu juga sudah lupa mengenai pengetahuan tentang kehamilan dan proses persalinan karena

jaraknya sudah lama. Menurut Ibu, dia taat melaksanakan perintah Tuhan (sholat 5 waktu dan pengajian).

- k. Pengambilan keputusan dalam keluarga dilakukan secara diskusi antara ibu dan suami. Keuangan diatur oleh ibu, dan ibu sudah mempersiapkan tabungan untuk biaya persalinan.
- l. Ibu mengatakan ia ingin melahirkan di klinik Helen, karena ibu sudah merasa nyaman dengan pelayanan yang ada di klinik.

### **Data Objektif**

**Tanggal : 17 Februari 2016**

**Jam : 18.20 WIB**

#### 1. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum ibu : baik dan sadar (composmentis)
- b. Tanda Vital  
TD : 120/80 mmHg, Pols : 78x/i, RR : 24x/i, Temp : 36,5°C, TB : 155 cm, BB : 65 kg, BB sebelum hamil : 57 kg, LILA : 28 cm.
- c. Kepala : selama kehamilan rambut tidak rontok.
- d. Wajah : tidak ada pembengkakan (odema), tidak terdapat cloasma gravidarum
- e. Mata : conjungtiva merah muda, sklera berwarna putih keruh dan tidak terdapat odem palpebra
- f. Hidung : bersih, polip tidak meradang dan tidak ada pengeluaran
- g. Mulut dan gigi : keadaan mulut bersih, tidak terdapat stomatitis, tidak terdapat gigi berlubang, tonsil dan faring tidak meradang
- h. Leher : tidak terdapat luka bekas operasi, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe
- i. Dada : keadaan mammae asimetris kanan, terjadi hiperpigmentasi pada aerola mammae warna hitam kecoklatan, puting susu menonjol, tidak ada benjolan pada mammae dan terdapat pengeluaran kolostrum
- j. Aksila : tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening



k. Abdomen :bentuknya asimetris kiri, tidak terdapat bekas luka, terdapat linea nigra

Palpasi Leopold :

1) Leopold I :kaki ditekuk, diperoleh tinggi fundus 3 jari dibawah Px, teraba satu bagian melebar dan lunak pada fundus uteri ibu

2) Leopold II :teraba bagian yang keras dan memanjang disisi kanan perut ibu dan teraba bagian-bagian kecil di sisi kiri perut ibu

3) Leopold III :teraba bagian bulat dan keras, pada simfisis

4) Leopold IV :kaki diluruskan, diperoleh bagian terbawah janin belum masuk PAP (konvergen)

TFU : 29 cm

TBBJ : $(29-13) \times 155 = 2480$  gram (sesuai pertumbuhan janin menurut Kurva Lubchenho)

Pemeriksaan Auskultasi

Auskultasi DJJ

Punctum maksimum : Kuadran kanan bawah pusat, frekuensi 146x/menit

l. Genetalia

Vulva : tidak dilakukan karena ibu merasa malu dan ibu mengatakan tidak ada pengeluaran pada genetaliaanya

Chadwick : tidak dilakukan pemeriksaan

Luka parut : tidak dilakukan pemeriksaan

m. Anus : tidak terdapat hemoroid

n. Ekstremitas : tidak terdapat varices dan tidak terdapat odem pada ekstremitas atas dan bawah

o. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Hb : 11,5 gr%

## **Analisa**

1. Diagnosa kebidanan

G2 P1 A0 Usia Kehamilan 32-34 minggu, janin hidup, tunggal, PUKA, presentase kepala, bagian terbawah janin belum masuk PAP.

## 2. Masalah

Sering BAK dan nyeri perut bagian bawah.

## Pelaksanaan

**Tanggal : 17 Februari 2016**

**Jam : 18.40 WIB**

### 1. Beritahu Ibu hasil pemeriksaan bahwa kehamilan ibu normal

#### a. Keadaan ibu :

Keadaan ibu dan janin baik. TD : 120/80 mmHg, Pols : 78x/i, RR : 24x/i, Temp : 36,5°C. Ibu sudah mengetahui dan mengerti tentang keadaannya dan bayinya.

#### b. Keadaan janin :

Usia Kehamilan 32-34 minggu, janin hidup tunggal ditandai dengan adanya DJJ yang regular yaitu 146x/i dan teraba dan terlihat gerakan janin, PUKA, presentase kepala, kepala janin belum masuk PAP.

### 2. Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan yang dialaminya suatu keadaan normal kehamilan pada trimester III, seperti ibu akan sering BAK karena kandung kemih ibu tertekan oleh bagian terbawah dari janin dan untuk mengatasinya dengan menganjurkan ibu untuk memperbanyak minum pada siang hari dan mengurangi minum pada malam hari agar istirahat ibu tidak terganggu akibat sering BAK. Menjelaskan kepada ibu tentang nyeri perut bagian bawah merupakan normal karena pelebaran dan tekanan otot perut bagian bawah karena adanya pembesaran rahim. Untuk mengurangi nyeri perut bagian bawah menganjurkan ibu untuk memperhatikan sikap tubuh yaitu duduk, berdiri, berjalan dan tidur. Yaitu pada keadaan duduk ; tempatkan tangan di lutut dan tarik tubuh ke posisi tegak, berdiri ; jangan berdiri untuk jangka waktu yang lama dan berdiri dengan menegakkan bahu, mengangkat bokong, berjalan ; hindari menggunakan sepatu tumit tinggi, tidur ; hindari posisi terlentang tetapi lebih bagus posisi miring. Ibu mengerti dan akan melakukannya.

3. Menjelaskan nutrisi ibu hamil Trimester III, yaitu :  
ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi, walaupun bukan berarti makanan yang mahal harganya. Seperti : setiap harinya mengkonsumsi nasi 3 piring, ikan 3 potong, tempe 5 potong, sayuran 3 mangkok, buah 2 potong, gula 5 sdm, susu 1 gelas dan air putih minimal 8 gelas.
4. Memberikan ibu tablet Fe sebanyak 10 butir dengan dosis 1x1 di minum dengan air putih sesudah makan malam. Ibu tidak bersedia mengkonsumsinya karena ibu merasa mual setelah minum tablet Fe tersebut saat diberikan pada kunjungan yang keempat di puskesmas. Karena ibu tidak bersedia mengkonsumsi tablet Fe dan ibu tidak anemia, maka petugas menganjurkan untuk mengkonsumsi sayur bayam, sayur daun ubi, kuning telur ayam kampung, dan buah bit berselang seling setiap haarnya sebagai ganti tablet Fe untuk tetap mempertahankan Hb ibu dan untuk menaikkan Hb ibu.
5. Menganjurkan ibu tetap memperhatikan kebersihan diri dan alat kelamin ibu. Dengan mandi dua kali sehari dan membersihkan alat kelamin setiap selesai BAK atau BAB.
6. Mengingatkan ibu tanda-tanda persalinan kembali karena jarak persalinan yang lalu sudah lebih dari 12 tahun. Ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran/mengedan, ibu merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada anus atau kemaluan, keluar lendir bercampur darah.
7. Memberitahu ibu tanda – tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu sakit kepala hebat, pandangan tiba – tiba kabur, keluar darah dari kemaluan disertai atau tanpa nyeri, keluar air-air dari kemaluan padahal ibu tidak buang air kecil. Menganjurkan ibu untuk datang ke klinik jika mengalami tanda bahaya tersebut.
8. Membuat kesepakatan dengan ibu tentang jadwal kunjungan ulang berikutnya yaitu 3 minggu lagi atau bila ada keluhan yang ibu rasakan. Ibu sudah mengerti dan akan datang untuk kunjungan ulang.

### 3.1.2 Data Perkembangan

Tanggal : Minggu, 06 Maret 2016 Pukul : 18.50 WIB

No Registrasi : - Bidan P. Jawab: Helen Tarigan, Am. Keb

#### Data Subjektif

1. Ibu mengatakan beberapa hari terakhir ibu merasa sakit perut bagian bawah pada pagi hari dan hilang setelah siang hari.
2. Ibu mengatakan beberapa terakhir ibu merasa kesepian, suami elum pulang dari tempat kerja dan anak pertamanya selalu sibuk dalam tugas sekolah.
3. Ibu sudah mengurangi minum pada malam hari dan sekarang tidak terlalu sering ke kamar mandi pada malam hari dan nyeri perut bagian bawah sudah berkurang.
4. Ibu mengatakan tidur malam sudah lebih dari 7 jam karena BAK sudah teratur.
5. Pergerakan janin terasa.
6. Ibu mengatakan selalu mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi seperti sayur bayam, kuning telur, sayur daun ubi, dan jus buah bit dengan berselang seling setiap harinya.

#### Data Objektif

1. Keadaan umum : baik  
BB : 67,5 kg TB : 155 cm  
BB sebelum hamil : 57 kg
2. Tanda tanda vital  
TD : 110/70mmHg Pols : 80x/i  
RR : 24x/i T : 36,5°C  
Pemeriksaan fisik umum :  
Wajah : tidak odem dan tidak ada cloasma gravidarum  
Mata : conjungtiva : merah muda  
Sklera : putih keruh (tidak ikterus)  
Payudara : simetris  
Puting susu : menonjol  
Pemeriksaan penunjang : Hb : 12 gr%

3. Pemeriksaan khusus kebidanan

Pemeriksaan palpasi

- a. Leopold 1 : Kaki ditekuk, diperoleh TFU 3 jari dibawah px, teraba satu bagian melebar, lunak pada fundus uteri ibu
- b. Leopold 2 : Teraba bagian keras memanjang disisi kanan perut ibu dan teraba bagian ekstremitas disisi kiri abdomen ibu
- c. Leopold 3 : Teraba bagian bulat, dan keras pada simfisis
- d. Leopold 4 : Kaki diluruskan, diperoleh bagian terbawah janin belum masuk pap (konvergen)

TFU : 33 cm

TBBJ :  $(33-13) \times 155 = 3100$  gram (sesuai pertumbuhan janin menurut Kurva Lubchenho)

4. Pemeriksaan auskultasi

Punctum maksimum : kuadran kanan bawah pusat, frekuensi djj: 140x/i

**Analisa**

1. Diagnosa kebidanan

G2 P1 A0 usia kehamilan 36-38 minggu, janin hidup, tunggal, PU-Ka, presentase kepala, belum masuk PAP.

2. Masalah

Sakit perut bagian bawah pada pagi hari.

**Pelaksanaan**

Tanggal : 06 Maret 2016

Jam : 19.00 WIB

1. Menjelaskan kepada ibu bahwa kehamilan ibu normal, keadaan ibu dan janin baik.

TD : 110/70mmHg

Pols : 80x/i

RR : 24x/i

T : 36,5°C

Usia Kehamilan 36-38 minggu, janin hidup tunggal ditandai dengan adanya DJJ yang regular yaitu 140x/i dan teraba dan terlihat gerakan janin, PUKA,

presentase kepala, kepala janin belum masuk PAP. Ibu senang mendengar bahwa kehamilannya normal.

2. Menganjurkan ibu untuk tidak terlalu lelah saat beraktivitas dan ibu jangan terlalu banyak pikiran karena psikologis sangat berpengaruh dalam kehamilan. Serta menganjurkan ibu rileks dan tenang.
3. Menganjurkan ibu untuk bersabar menunggu kepulangan suami dan memaklumi anaknya yang sedang sibuk dengan tugas sekolahnya. Rasa kesepian yang dialami ibu juga merupakan pengaruh hormon yang semakin meningkat sehingga emosional ibu juga tidak stabil.
4. Mengingatkan kembali tentang pola nutrisi yang ekstra sebagai pengganti tablet Fe. Ibu mengerti tentang makanan yang dianjurkan bidan.
5. Mengajarkan ibu cara merawat payudara agar setelah persalinan ASI lancar. Diantaranya, puting susu dibersihkan dengan air hangat supaya saluran tidak tersumbat oleh kolostrum kering. Sabun tidak digunakan karena menghilangkan minyak pelindung yang mempertahankan puting tetap fleksibel. Ibu mengerti dan akan melaksanakannya.
6. Mengingatkan kembali tanda – tanda persalinan. Ibu mengatakan jika perut semakin mules dan keluar lendir bercampur darah maka ibu bersedia datang ke klinik.
7. Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya kehamilan trimester III. Ibu mengatakan jika sakit kepala hebat, penglihatan kabur tiba - tiba dan keluar darah dari kemaluan akan segera datang ke petugas kesehatan.
8. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan yaitu perlengkapan keperluan ibu seperti baju, pakaian dalam, pembalut, dan gurita serta perlengkapan keperluan bayi seperti bedong, tali dua, baju, topi, sarung tangan dan kaki bayi, handuk, dan gurita bayi. Ibu sudah mengerti dan akan menyiapkan perlengkapan.
9. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang atau saat ada keluhan. Ibu mengatakan akan datang dua minggu lagi untuk pemeriksaan.

### 3.1.3 Data Perkembangan

Tanggal : 29 Maret 2016

Pukul : 08.30 WIB

#### Data Subjektif

1. Ibu mengatakan sejak periksa yang terakhir sakit perut yang dialami ibu pada pagi hari sudah hilang.
2. Ibu mengatakan belum merasakan mules yang menjalar ke pinggang, dan belum ada keluar lendir bercampur darah padahal di buku KIA hari ini tanggal persalinannya.
3. Ibu mengatakan sudah tidak mengalami sakit perut pada pagi hari lagi sejak ibu melakukan pemeriksaan pada tanggal 06 Maret 2016 lalu.
4. Ibu mengatakan persiapan untuk persalinan sudah ibu sediakan
5. Ibu mengatakan ingin segera bersalin karena suami ibu sedang dalam jadwal pulang ke rumah. Karena ibu tidak mau bersalin tanpa ditemani suaminya.
6. Ibu tetap mengonsumsi jenis makanan yang dianjurkan bidan.

#### Data Objektif

1. Keadaan umum ibu baik
2. Tanda vital

BB : 69 kg,

TD : 120/80 mmHg

BB sebelum hamil : 57 kg,

Suhu : 36,8

TB : 155 cm,

Nadi : 88 x/i

RR : 24 x/i

Pemeriksaan fisik umum :

Wajah : tidak odem dan tidak ada cloasma gravidarum

Mata : conjungtiva : merah muda

Sklera : putih keruh (tidak ikterus)

Payudara : simetris

Puting susu : menonjol

Pemeriksaan penunjang : Hb : 12,3 gr%

### 3. Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px, teraba satu bagian lunak di fundus uteri ibu (bokong)

Leopold II : Teraba satu bagian panjang dan memapan di sebelah kanan perut ibu (punggung) dan bagian terkecil disebelah kiri perut ibu (ekstermitas)

Leopold III : Teraba satu bagian bulat, keras dan melenting di simfisis ibu (kepala)

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP (posisi tangan divergen)

TFU : 33 cm

TBBJ :  $(33-11) \times 155 = 3410$  gram (sesuai pertumbuhan janin menurut Kurva Lubchenho)

DJJ : 136 x/i di Punctum maksimum kiri bawah pusat.

#### **Analisa**

G2P1A0 usia kehamilan 39-40 minggu, janin hidup, janin tunggal, punggung kanan, presentasi kepala, bagian terbawah janin sudah masuk di PAP, keadaan ibu dan janin baik.

#### **Pelaksanaan**

- a. Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan umum yaitu : BB : 68 kg TD : 120/80 mmHg. Ibu sudah mengerti.
- b. Menjelaskan pada ibu tentang tanggal perkiraan persalinan tersebut hanya perkiraan. Bisa saja tanggal persalinan maju atau mundur. Selama masih dalam batas dua minggu sebelum atau sesudah tanggal perkiraan bidan, hal tersebut merupakan hal normal. Bidan mengatakan karena manusia hanya bisa menafsirkan tidak bisa memastikan. Ibu mengerti.
- c. Menganjurkan ibu untuk tidak terlalu cemas dengan tanggal persalinannya. Anjurkan ibu tetap rileks dan tenang. Ibu mengerti.
- d. Menganjurkan ibu untuk mengajak bicara janinnya dan menjelaskan kalau ibu tersebut ingin bersalin ketika suami sedang di rumah. Ketika janin sering diajak



bicara dengan sendirinya ikatan batin antara anak dan ibu semakin kuat. Dan menjelaskan bahwa janin akan mendengar perkataan ibu.

- e. Menganjurkan ibu untuk mengepel lantai dengan cara jongkok agar mempercepat penurunan tetapi ibu jangan terlalu lelah.
- f. Menganjurkan ibu untuk datang kembali ke klinik bila ada keluhan. Ibu bersedia untuk datang kembali.

Mengetahui,

Pimpinan Klinik

Pelaksana Asuhan

(Helen K. Tarigan, SST)

(Debora TP. Simanullang)

### **3.2 Asuhan Kebidanan Persalinan**

Tanggal : 31 Maret 2016

Pukul : 11.30 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah pukul 08.30 wib, tetapi karena tidak disertai mules yang menjalar ke pinggang ibu tidak langsung datang ke klinik.
2. Ibu mengatakan mules yang sangat sakit yang menjalar ke pinggang sejak pukul 10.00 WIB.
3. Ibu mengatakan sudah membawa semua perlengkapan untuk bersalin.

#### **Data Objektif**

1. Pemeriksaan Umum : baik
2. Kesadaran : komposmentis

Tanda vital :

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 84 x/i

Suhu : 36,5 C

Pernafasan : 20 x/i

3. Pemeriksaan Fisik

Mata : Conjunctiva merah muda, sklera tidak ikterus.

Dada : Mammae simetris, areola mammae hitam pekat, puting susu menonjol, benjolan tidak ada, pengeluaran colostrum ada.

4. Pemeriksaan khusus (Obsetrik)

Leopold I : Teraba satu bagian bundar, lunak dan tinggi fundus uteri 3 jari di bawah Px. Dengan pemeriksaan menggunakan Mac. Donald TFU : 33 cm.

Leopold II : Teraba satu bagian memanjang dan memapan disisi kanan perut ibu, dan di sisi kiri perut ibu teraba bagian - bagian kecil janin

Leopold III : Teraba satu bagian bulat dan keras dan tidak dapat digoyangkan

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 3/5.

Menurut rumus Johson - Tausak, TBBJ = (TFU – n) x 155

Jadi, TBBJ =  $(33 - 11) \times 155 = 3410$  gram

DJJ : punctum maximum kuadran kanan bawah pusat, frekuensi 133 x/i.

His : 3 kali dalam 10 menit lamanya 45 detik.

#### 5. Pemeriksaan dalam

- a. Vulva/ vagina : tidak ada kelainan
- b. Portio : teraba tipis dan lunak
- c. Pembukaan : 4 cm
- d. Ketuban : utuh
- e. Presentasi : kepala
- f. Posisi : UUK kiri depan
- g. Molase : 0

#### **Analisa**

G2P1A0 UK 40 - 41 minggu Inpartu kala I fase aktif akselerasi

#### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa tekanan darah ibu normal, pembukaan 4 cm, dan keadaan ibu dan janin baik.
2. Memantau kemajuan persalinan ibu sampai pembukaan lengkap, dengan hasil pemantauan yaitu :

Pukul 12.10 WIB :

Menganjurkan ibu untuk berbaring kembali di tempat tidur agar pemeriksaan dilakukan. Dengan hasil pemeriksaan yaitu : Nadi : 88 x/menit, DJJ : 138x/menit, His : 4 kali dalam 10 menit lamanya 45 detik, keadaan ibu dan janin baik.

Pukul 12.40 WIB :

Menganjurkan ibu untuk berbaring kembali di tempat tidur agar pemeriksaan dilakukan. Dengan hasil pemeriksaan yaitu : Nadi : 88 x/menit, DJJ : 138 x/menit, His : 4 kali dalam 10 menit lamanya 50 detik, keadaan ibu dan janin baik.

3. Memberi ibu minum untuk menambah tenaga ibu. Ibu sudah diberikan minum.
4. Memberikan dukungan kepada ibu agar siap menghadapi persalinan. Ibu mengatakan siap menghadapi persalinan.
5. Menyarankan ibu untuk jalan – jalan agar penurunan kepala semakin cepat tetapi jangan terlalu lelah. Ibu sudah mengerti dan bersedia jalan – jalan disekitar klinik.
6. Menganjurkan ibu untuk melakukan perubahan posisi sesuai yang diinginkan ibu. Jika ibu ingin berbaring di tempat tidur, sebaiknya miring ke kiri supaya tidak mengganggu pernapasan ibu. Ibu mengatakan sudah dalam posisi yang nyaman dengan posisi miring kiri di tempat tidur.
7. Persiapan alat dan tempat persalinan yang bersih dan aman.
  - a. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki ventilasi yang cukup dan terlindung dari udara yang berlebihan.
  - b. Penerangan yang cukup
  - c. Tempat tidur yang bersih dan diberi alas perlak
  - d. Meja dan tempat yang bersih untuk meletakkan alat persalinan
  - e. Ruangan yang nyaman dan tidak ribut.
8. Sambil menunggu pembukaan lengkap, menganjurkan suami untuk mengelus pinggang ibu dengan lembut untuk mengurangi sakit yang dirasakan ketika kontraksi datang. Suami bersedia.

### **3.2.1 Data Perkembangan Kala II**

Tanggal : 31 Maret 2016

Pukul : 13.15 WIB

#### **Data Subjektif**

Ibu mengatakan perutnya mules semakin sering, merasa seperti ingin BAB dan ada keinginan untuk meneran.

#### **Data Objektif**

Pemeriksaan fisik

1. Kesadaran : Compos mentis

2. Keadaan umum : baik
3. TTV : TD : 125/85 mmHg, suhu : 36,8°C  
Nadi : 84 x/menit, RR : 16 x/ menit
4. Pemeriksaan khusus (Obsetrik)
  - Leopold I : Teraba satu bagian bundar, lunak dan tinggi fundus uteri 3 jari di bawah Px. Dengan pemeriksaan menggunakan Mac. Donald TFU : 33 cm.
  - Leopold II : Teraba satu bagian memanjang dan memapan disisi kanan perut ibu, dan di sisi kiri perut ibu teraba bagian - bagian kecil janin
  - Leopold III : Teraba satu bagian bulat dan keras dan tidak dapat digoyangkan
  - Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 0/5.

Menurut rumus Johson - Tausak, TBBJ = (TFU – n) x 155  
 Jadi, TBBJ = (33 – 11) x 155= 3410 gram

DJJ : punctum maximum kuadran kanan bawah pusat, frekuensi 140 x/i.  
 His : 4 kali dalam 10 menit lamanya 55 detik.
5. Pemeriksaan dalam
  - a. Vulva/ vagina : membuka
  - b. Perineum : menonjol dan adanya tekanan pada anus
  - c. Portio : tidak teraba
  - d. Pembukaan : 10 cm
  - e. Ketuban : utuh
  - f. Presentasi : kepala
  - g. Posisi : UUK kiri depan
  - h. Molase : 0

### **Analisa**

G2P1A0 Inpartu kala II

### **Penatalaksanaan**

1. Pukul 13.15 ibu naik ke tempat tidur lalu dilakukan pemeriksaan dengan posisi *Dorsal recumbent*, dan hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu akan segera bersalin.

2. Menganjurkan keluarga/suami untuk mendampingi dan mendukung ibu pada saat meneran.
3. Memakai alat perlindungan diri (celemek, sepatu, topi)
4. Memasang underpad dan handuk kecil diatas perut ibu.
5. Memposisikan ibu pada posisi tidur dengan menarik kedua kaki ke arah perut dan kedua tangan menyokong paha dan pandangan ibu mengarah ke perut. Ibu mengerti dan bersedia.
6. Mengajari ibu untuk meneran dengan cara menarik napas panjang dan mengeluarkan dengan cepat saat His kuat. Ibu mengerti.
7. Memberitahu ibu jika memang kontraksinya belum sangat kuat menganjurkan ibu untuk tidak mengedan agar ibu tidak terlalu kelelahan dan kemaluan tidak bengkak. Ibu mengerti dan bersedia.
8. Setelah kepala bayi tampak 5 – 6 cm di vulva dan kepala tidak maju mundur menganjurkan ibu untuk meneran seperti yang sudah diajarkan.
9. Pukul 13.20 wib ketuban pecah spontan dan air ketuban jernih.
10. Membantu kelahiran kepala dengan cara melindungi perineum dengan tangan kanan yang dilapisi doek steril dan tiga jari tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi fleksi maksimal.
11. Setelah kepala lahir, memeriksa lilitan tali pusat. Tidak ada lilitan dan menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar.
12. Setelah kepala putar paksi luar, memegang secara biparietal dan melahirkan bahu depan dengan cara mengelefasikan ke bawah dan bahu belakang dengan cara mengelefasikan ke atas.
13. Setelah kepala dan bahu lahir, melakukan sanggah dan susur untuk membantu kelahiran punggung, bokong dan tungkai bawah bayi.
14. Pada pukul 13.23 wib bayi lahir dan melakukan penilaian selintas bayi, (bayi menangis kuat, kulit kemerahan dan tonus otot aktif)
15. Meletakkan bayi di atas perut ibu, mengeringkan bayi mulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks caseosa.

16. Mengganti handuk basah dengan handuk kering dan meletakkan bayi diatas perut ibu.
17. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi kedua di dalam uterus. Dan janin tunggal.

### **3.2.2 Data Perkembangan Kala III**

Tanggal : 31 Maret 2016

Pukul : 13.24 WIB

#### **Data Subjektif**

Ibu merasa senang karena bayinya sudah lahir dan perut terasa mules.

#### **Data Objektif**

Keadaan Umum : baik.

Kontraksi : baik

TFU : Setinggi pusat

Tali pusat tampak menjulur di vulva

Ada rembesan darah

#### **Analisa**

P2A0 anak hidup, Inpartu kala III

#### **Penatalaksanaan**

1. Menginformasikan pada ibu bahwa ibu akan diberikan suntikan oksitosin 10 IU di paha kanan bagian luar untuk mempercepat lahirnya plasenta. Ibu mengerti dan bersedia.
2. Melakukan penyuntikan oksitosin 10 IU IM 1/3 paha lateral bagian luar pada pukul 13.24 wib.
3. Melakukan pemotongan tali pusat, dengan mengklem tali pusat sekitar 3 cm dari pusat dan 2 cm dari klem yang pertama. Selanjutnya mengikat tali pusat dengan benang tali pusat steril.
4. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu, kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Tujuannya supaya bayi Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

5. Melihat tanda adanya pelepasan plasenta dari perlekatannya seperti adanya rembesan darah.
6. Saat uterus berkontraksi, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dengan tangan kiri berada di atas supra pubis dan menekan uterus secara dorsokranial untuk mencegah terjadinya inversio uteri.
7. Setelah tampak tanda pelepasan plasenta seperti : semburan darah tiba – tiba dan tali pusat semakin memanjang. Memindahkan klem hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
8. Lakukan PTT kembali saat uterus berkontraksi. Setelah plasenta 2/3 tampak di vulva tangan kiri menampung plasenta dan memilin searah jarum jam. Plasenta lahir spontan, lengkap pada pukul 13.25 wib.
9. Melakukan masase uterus selama 15 detik dengan cara telapak tangan berada di fundus dan melakukan massase dengan cara melingkar hingga kontraksi baik. Uterus teraba bulat dan keras.
10. Megajarkan suami untuk melakukan massase agar kontraksi tetap baik. Suami sudah mengerti cara melakukan massase.
11. Memeriksa adanya laserasi jalan lahir dengan membersihkan sisa darah pada vagina. Tidak ada laserasi jalan lahir.

### **3.2.3 Data Perkembangan Kala IV**

Tanggal : 31 Maret 2016

Pukul : 13.25 WIB

#### **Data Subjektif**

Ibu merasa lega setelah plasenta lahir, ibu merasa lelah dan haus.

#### **Data Objektif**

TFU	: 2 jari dibawah pusat,	uterus teraba keras dan bulat
kontraksi	: baik,	pengeluaran : ±75 cc

#### **Analisa**

P2A0 Inpartu kala IV



## Penatalaksanaan

1. Memantau keadaan ibu 2 jam pertama :  
1 jam pertama 4 kali setiap 15 menit, dan 1 jam kemudian setiap 30 menit.

Tabel 3.2  
Pemantauan 2 jam post partum

Jam ke	Waktu	TD	HR	Suhu	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung kemih	Darah yang keluar
1.	13.40 WIB	125/85 mmHg	84 x/i	36,8 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Penuh	±100 cc
	13.55 WIB	125/85 mmHg	84 x/i	36,8 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±75 cc
	14.10 WIB	120/80 mmHg	84 x/i	36,7 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±50 cc
	14.25 WIB	120/80 mmHg	84 x/i	36,7 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±30 cc
2.	14.55 WIB	120/80 mmHg	84 x/i	36,7 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±25 cc
	15.25 WIB	120/80 mmHg	84 x/i	36,7 °C	2 jari di bawah pusat	Baik	Kosong	±10 cc

Sumber : Pemantauan kala IV oleh Debora TP. Simanullang

Ibu sudah dipantau TTV dalam batas normal, tidak ada perdarahan abnormal dan keadaan ibu baik.

2. Menganjurkan suami untuk memberikan ibu minum dan makan untuk memulihkan tenaga ibu. Dan menganjurkan ibu untuk istirahat.  
Suami sudah memberikan ibu makan dan minum.

3. Mendekontaminasikan alat dan membersihkan ibu.  
Alat sudah didekontaminasikan dan ibu sudah dalam keadaan bersih.
4. Memberitahukan ibu dan keluarga tanda bahaya kala IV seperti : uterus teaba lembek, pengeluaran darah banyak, ibu merasa ngantuk, wajah tampak pucat dan penglihatan kabur. Keluarga sudah mengetahui tanda bahaya kala IV.
5. Selama 1 jam setelah melahirkan bayi tetap dibiarkan di dada ibu untuk IMD. Dan IMD berhasil. Bayi menyusu dan refleks hisap baik.
6. Mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan. Asuhan sudah di dokumentasikan.

Mengetahui,

Pimpinan Klinik

Pelaksana Asuhan

(Helen K. Tarigan, SST)

(Debora TP. Simanullang)

### **3.3 Asuhan Kebidanan Nifas**

Tanggal Pengkajian : 01 April 2016

Pukul : 09.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan perutnya sedikit mules
2. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar tetapi sedikit sehingga ibu takut ASI nya kurang karena bayinya menyusu kuat.
3. Ibu mengatakan sudah BAB

#### **Data Objektif**

Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum : baik
2. Tanda – tanda vital : TD : 120/80 mmHg, pols : 84 x/menit  
RR : 16x/ menit, suhu: 36,8°C
3. Mata : conjungtiva : tidak pucat
4. Mammae : payudara simetris kanan kiri, puting susu menonjol, payudara lembek, ASI keluar
5. Abdomen : - tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat  
- kontraksi uterus baik  
- uterus keras dan bulat
6. Genitalia : perdarahan pervaginam : lochea rubra

#### **Analisa**

Ibu P2A0 1 hari post partum.

#### **Penatalaksanaan**

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa :  
TD : 120/80 mmHg, pols : 84 x/menit  
RR : 16x/ menit, suhu: 36,8°C  
Ibu sudah mengerti keadaannya.
2. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan rasa mules yang dialami ibu merupakan hal yang normal. Hal itu disebabkan karena rahim berkontraksi untuk kembali keukuran semula dan menyebabkan rasa mules. Ibu mengerti.

3. Memberitahu ibu cara mengatasi volume ASI yang sedikit yaitu dengan cara menyusui bayinya sesering mungkin agar pengeluaran ASI semakin lancar. Karena isapan bayi pada puting susu ibu akan merangsang pengeluaran ASI semakin banyak.
4. Memberikan penkes tentang :
  - a. Nutrisi, menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi untuk proses metabolisme dan untuk ASI yaitu karbohidrat, tinggi protein (tahu, tempe, kacang-kacangan, daging, ikan), banyak makan yang tinggi serat seperti sayur dan buah, minum air putih selesai memberikan ASI pada bayi dan minum susu laktasi 1 gelas/hari. Dan menganjurkan ibu untuk minum sop untuk menambah produksi ASI.
  - b. *Personal Higiene*, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya terutama pada payudara agar ASI tetap lancar dan membersihkan alat genitalia dengan menggunakan sabun dengan air mengalir, mengganti pembalut 3 kali/hari, membersihkan genitalia setiap kali selesai BAB atau BAK.
  - c. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesuai kebutuhan bayi (*on demand*) dan tetap menjaga kehangatan bayi, mengajarkan cara menyendawakan bayi dengan menepuk punggung bayi sesudah siap menyusui. Menganjurkan ibu untuk istirahat di saat bayi sedang tidur.
5. Memberitahu ibu cara perawatan payudara agar pengeluaran ASI lancar. Yaitu menjaga payudara terutama di daerah puting susu agar tetap bersih, memakai bra yang menyokong payudara. Mengoleskan baby oil dan mengurut payudara ibu dari arah pangkal menuju puting, dengan satu tangan menyokong payudara dimulai dari menggunakan pinggir telapak tangan, buku – buku jari, tiga jari lalu kompres menggunakan air hangat dan air dingin secara bergantian. Dapat dilakukan dua kali sehari.
6. Memberitahukan kepada ibu tanda – tanda bahaya pada masa nifas seperti: pengeluaran dari kemaluan berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak pada tangan, wajah, kaki, sakit kepala hebat dan pandangan kabur, nyeri payudara, dan pembengkakan payudara. Apabila ditemukan

tanda – tanda bahaya nifas tersebut segera dibawa ke petugas kesehatan. Ibu sudah mengerti tanda – tanda bahaya nifas.

### **3.3.1 Data Perkembangan**

Tanggal : 06 April 2016

Pukul : 15.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan keadaannya baik
2. Ibu mengatakan tali pusat sudah pupus
3. Ibu mengatakan selalu menyusui bayinya tidak ada penyulit dan hanya memberikan ASI dan ibu melakukan perawatan payudara dua kali sehari.
4. Ibu mengatakan pengeluaran pervaginam tidak berbau.
5. Ibu mengatakan mengonsumsi makanan yang tinggi protein seperti tahu, tempe, telur, daging, sayur dan buah secara berganti – ganti. Dan ibu selalu meminum sop setiap hari.

#### **Data Objektif**

- a. Keadaan umum ibu baik.
- b. Tanda Vital : TD : 110/70 mmHg, HR : 80 x/i, RR : 20 x/i, Temp : 36,5 °C
- c. TFU : Pertengahan pusat dengan symfisis
- d. Lochea : Sanguilenta

#### **Analisa**

Ibu P2A0 6 hari post partum.

#### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan ibu dan bayi sehat, TD : 110/70 mmHg HR : 80x/i Suhu : 36,5RR : 20x/i
2. Memastikan involusi uteri ibu berjalan normal, TFU pertengahan pusat dengan symphisis, uterus berkontraksi baik, tidak ada perdarahan yang abnormal dan tidak berbau, ada lochea berwarna kuning kecoklatan.  
Ibu dalam keadaan normal.

3. Mengingatkan kembali tentang nutrisi yang baik dan tinggi protein. Ibu mengerti.
4. Mengingatkan ibu agar selalu memberikan ASI kepada bayinya sesering mungkin dan tidak memberikan makanan yang lain selain ASI.
5. Mengingatkan kembali agar ibu tetap menjaga kebersihan diri terutama kemaluan, apabila ibu membersihkan vagina bersihkan dari arah depan ke belakang dan segera mengganti pakaian dalam apabila lembab.  
Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda – tanda bahaya nifas seperti : demam, nyeri perut hebat, pandangan kabur, kelelahan, sesak, bengkak pada tangan, wajah, dan kaki, nyeri payudara dan pembengkakan payudara. Dan mengingatkan kembali apabila menemukan tanda – tanda tersebut segera ke petugas kesehatan.
7. Menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi tidur. Ibu mengerti dan bersedia.

### **3.3.2 Data Perkembangan**

Tanggal : 14 april 2016

Pukul : 10.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan tidak ada lagi keluar darah dari alat kemaluan hanya lendir berwarna kekuningan, ASI lancar keluar.
2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

#### **Data Objektif**

- a. Keadaan umum ibu baik.
- b. Tanda vital : TD : 120/80 mmHg HR : 80 x/i RR : 20 x/i Temp : 36,7 °C  
TFU : sudah tidak teraba  
Lochea : serosa

## **Analisa**

Ibu P2A0 2 minggu post partum

## **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan ibu dan bayi sehat TD : 120/80 mmHg HR : 80 x/i Suhu : 36,7°C RR : 20x/i
2. Mengingatkan kembali mengenai pola nutrisi dan istirahat. Ibu mengatakan tetap mengonsumsi makanan yang tinggi protein, sayuran dan buah.
3. Mengingatkan kembali untuk menjaga kebersihan diri dan merawat payudara agar ASI tetap lancar. Ibu mengatakan mandi dua kali sehari dan melakukan perawatan payudara.
4. Mengingatkan kembali tentang tanda – tanda bahaya masa nifas, ibu mengatakan tanda – tanda seperti demam, nyeri perut, nyeri payudara, pengeluaran berbau, dan bengkak pada wajah, mata dan kaki.
5. Memberikan konseling KB kepada ibu yaitu :
  - a. Suntikan 3 bulan
    - Efektivitas : Kontrasepsi suntikan progestin ini sangat efektif dibandingkan dengan mini pil, karena dosis gestagen yang cukup tinggi dibandingkan dengan mini pil. Akan tetapi kembalinya kesuburan cukup lambat, yaitu rata-rata 4 bulan setelah berhenti dari penyuntikan sehingga akan kurang tepat apabila digunakan para wanita yang menginginkan untuk segera hamil pada waktu yang cukup dekat.
    - Efek samping yaitu adanya gangguan haid, yang berupa :
      - a. siklus haid memanjang atau memendek
      - b. perdarahan yang banyak ataupun sedikit
      - c. perdarahan tidak teratur ataupun perdarahan bercak
      - d. tidak haid sama sekali

Pada penggunaan jangka panjang akan terjadi defisiensi estrogen sehingga dapat menyebabkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat, dan meningkatnya risiko osteoporosis.

b. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Efektivitas : Sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 wanita)

Keuntungan

- Daya guna tinggi
- Cepat bekerja 24 jam setelah pemasangan
- Tidak memerlukan periksa dalam
- Bebas dari pengaruh esterogen
- Tidak mengganggu proses senggama
- Tidak mempengaruhi ASI
- Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan

Keterbatasan

- Keluhan nyeri kepala
- Peningkatan/penurunan berat badan
- Nyeri payudara
- Perasaan mual
- Perubahan perasaan atau kegelisahan
- Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan

Jenis

- Jadena terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm, diameter 2,5 mm, berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun

Kontraindikasi

- Hamil atau diduga hamil
- Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- Mioma uterus dan kanker payudara
- Gangguan toleransi glukosa

Ibu mengatakan tidak ingin memakai alat kontrasepsi tetapi ibu akan terlebih dahulu mendiskusikan dengan suaminya.



### **3.3.3 Data Perkembangan**

Tanggal : 13 Mei 2016

Pukul : 11.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan pengeluaran ASI lancar dan tidak ada keluhan.
2. Ibu mengatakan sudah haid dan bertanya apakah sudah bisa melakukan hubungan seksual atau tidak.
3. Ibu mengatakan hasil diskusi dengan suami akan menggunakan KB suntik 3 bulan.

#### **Data Objektif**

1. Keadaan umum ibu baik.
  2. Tanda vital : TD : 110/70 mmHg, HR : 78 x/i, RR : 16 x/i, Temp : 36,7 °C
- TFU : sudah tidak teraba  
Lochea : alba (putih)

#### **Analisa**

Ibu P2A0 6 minggu post partum

#### **Penatalaksanaan**

- a. Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan ibu dan bayi sehat TD : 110/70 mmHg, HR : 80 x/i, Suhu : 36,7°C, RR : 16x/i
- b. Mengingatkan kembali mengenai pola nutrisi dan istirahat. Ibu mengatakan tetap mengonsumsi makanan yang tinggi protein, sayuran dan buah. Ibu tetap meminum sop. Kadang – kadang sop cekeur dan terkadang sop sapi.
- c. Mengingatkan kembali untuk menjaga kebersihan diri dan merawat payudara agar ASI tetap lancar. Ibu mengatakan mandi dua kali sehari dan melakukan perawatan payudara.

- d. Mengingatkan ibu kembali agar tetap memberikan ASI murni tanpa memberikan PASI (Pendamping ASI) sampai umur 6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai umur 2 tahun. Ibu mengerti dan bersedia.

Mengetahui,  
Pimpinan Klinik

Pelaksana Asuhan

(Helen K. Tarigan, SST)

(Debora TP. Simanullang)

### **3.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir**

Tanggal : 01 April 2016

Pukul : 09.00 WIB

#### **Data Subjektif**

Bayi Ny. T lahir pada tanggal 31 Maret 2016 pukul 13.23 WIB, dengan berat badan 2900 gram, panjang badan 51,5 cm, lahir spontan dan bugar.

Ibu mengatakan belum berani memandikan bayi dan ibu tidak mengerti cara menyusui yang benar.

#### **Data Objektif**

##### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Tanda – tanda vital :
  - Suhu : 36,8 °C
  - HR : 130 x/menit
  - RR : 44 x/menit

##### 2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : tidak terdapat caput succadenum, tidak terdapat cephal hematoma, ubun – ubun terbuka, sutur tdak timbang tindih.
- b. Muka : tidak odem, warna kulit merah
- c. Mata : simetris, sklera putih, tidak ada pendarahan subconjungtiva.
- d. Hidung : ada lubang, bersih, tidak ada sekret.
- e. Mulut : refleks mengisap baik, tidak ada palatoschizis, tidak ada labioschizis
- f. Telinga : simetris, tidak ada serumen
- g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran bendungan vena jugularis
- h. Dada : simetris, tidak ada retraksi dada
- i. Tali pusat : bersih, tidak ada pendarahan, terbungkus kassa
- j. Abdomen : simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi
- k. Punggung : tidak ada spina bifida

- l. Genitalia : labia mayora belum menutupi labia minora
  - m. Anus : tidak terdapat atresia ani, lubang (+)
  - n. Ekstremitas: aktif, tidak ada polidaktili, dan syndaktili
3. Pemeriksaan neurologis
    - a. Refleks morrow : positif (+)
    - b. Refleks rooting : positif (+)
    - c. Refleks sucking : positif (+)
    - d. Refleks tonick neck : positif (+)
  4. Pemeriksaan antropometri
    - a. Lingkar kepala : 34 cm
    - b. Lingkar dada : 32 cm
    - c. Lingkar lengan : 11 cm
    - d. Panjang badan : 51,5 cm
    - e. Berat badan : 2900 gram
  5. Eliminasi
    - a. BAK : Bayi sudah BAK 3 jam setelah lahir
    - b. BAB : Bayi sudah BAB 6 jam setelah lahir

### **Analisa**

Neonatus Cukup Bulan (NCB), Sesuai Masa Kehamilan (SMK) umur 1 hari keadaan baik.

### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital bayi kepada ibu.
  - Suhu : 36,8 °C
  - HR : 130 x/menit
  - RR : 44 x/menit
2. Memandikan bayi dengan cara menyiapkan air hangat didalam bak mandi, membentangkan handuk bersih dan menyiapkan pakaian bayi. Dengan menggunakan waslap pertama bersihkan kepala sampai leher, bersihkan mata dan telinga dengan menggunakan kapas, dengan waslap yang kedua sabuni bagian perut, tangan, punggung, dan kaki. Dengan prasat garpu mengangkat

bayi ke bak mandi dan membersihkan seluruh badan bayi dan bilas dengan air hangat satu gayung. Meletakkan bayi diatas handuk dan mengeringkan bayi.

3. Melakukan perawatan tali pusat dengan cara menjaga tali pusat tetap dalam keadaan kering, dengan mengganti kassa yang basah dengan kassa steril yang kering. Tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
4. Memberi baby oil pada dada bayi sambil melakukan pijat refleksi dengan cara kupu – kupu dari dalam ke luar dan sejajar. Tujuannya untuk bayi merasa nyaman, untuk merangsang perkembangan paru - paru dan ada bounding attachment antara ibu dan bayi sambil mengajak bayi bicara.
5. Memakaikan baju bayi. Sebelum bayi di bedong bayi diberikan imunisasi Hb0 Dan bayi langsung divedong.
6. Memberikan bayi untuk disusui dan mengajarkan teknik menyusui yang benar yaitu kepala bayi lebih tinggi, seluruh puting masuk kedalam mulut bayi, menatap mata bayi sambil diajak bicara, jika selesai menyusui, jangan menarik puting secara tiba – tiba, tapi secara perlahan dengan membuka ujung mulut bayi dengan perlahan lalu mengeluarkan puting susu, dan mengajarkan menyendawakan bayi sehabis menyusui dengan tujuan mengeluarkan udara dari lambung bayi, ASI tidak menempel di kerongkongan bayi dan agar bayi tidak muntah dengan cara mengangkat bayi dan meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu, hidung tidak tertutup dan menepuk – nepuk punggung bayi secara perlahan dan lembut.
7. Memberitahu tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir :
  - a. Sesak nafas
  - b. Bayi tidak mau menyusu
  - c. Kejang
  - d. Suhu badan yang tinggi
  - e. Tali pusat memerah dan bernanahJika menemukan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut segera membawa bayi ke petugas kesehatan.
8. Memberitahu ibu merawat kebersihan dan kehangatan tubuh bayi dengan mengganti popok bayi jika basah. Dan tidak memberikan bedak pada bayi

pada alat kemaluan, lipatan paha maupun lipatan tangan. Karena akan menyebabkan kulit bayi lembab dan luka. Ibu sudah mengerti.

9. Menginformasikan cara merawat tali pusat dengan membiarkan tali pusat dalam keadaan kering dan jangan melumuri tali pusat dengan apapun.
10. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesuai kebutuhan bayi atau lebih dari 8 kali sehari dan jangan memberikan bayi apapun selain ASI. Ibu mengerti.

### **3.4.1 Data Perkembangan**

Tanggal : 06 April 2016

Pukul : 15.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan tali pusat sudah pupus dan daya hisap bayi kuat.
2. Ibu mengatakan tidak ada tanda – tanda bahaya pada bayinya.
3. Ibu mengatakan kakak bayinya kurang dekat dengan adeknya.

#### **Data Objektif**

KU baik, Pernafasan : 30 x/i, Suhu : 36,9°C, Nadi : 140x/i, BB : 2950 gram, sklera tidak ikterik, bayi tidak kuning, daya hisap kuat.

#### **Analisa**

Neonatus umur 6 hari keadaan baik.

#### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu kepada ibu bahwa keadaan bayi sehat, ibu harus tetap menjaga kehangatan bayi.
2. Memberikan Penkes tentang:
  - a. Mengingatkan ibu kembali untuk tetap memberikan ASI sesuai kebutuhan bayi, menyendawakan bayi selesai menyusui. Dan jangan memberikan bayi apapun selain ASI.

- b. Mengajarkan ibu untuk tetap menjaga kesehatan bayi, mengganti popok bayi setiap BAK ataupun BAB, mencuci tangan setiap kali akan memegang bayi dan setelah selesai memegang bayi.
3. Mengingatkan kembali tentang tanda – tanda bahaya pada bayi seperti: demam, bayi tidak menyusu, bayi terlihat kuning, dan bayi kejang.
4. Mengajarkan ibu untuk mendekati bayi dengan kakaknya dengan cara mengajak kakaknya untuk berpartisipasi dalam merawat bayi, contohnya pada saat akan memandikan bayi kakaknya akan ikut membantu menyiapkan perlengkapan untuk mandi dan mengajak bayi untuk bicara. Dan pada saat sudah siap mandi kakaknya juga bisa membantu memberikan baby oil sambil melakukan pijatan pada dada dan perut dengan lembut dan perlahan sambil mengajak bayi bicara. Ibu mengerti dan akan melakukannya.

### **3.4.2 Data Perkembangan**

Tanggal : 14 April 2015      Pukul : 10.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan bayinya sehat dan tetap menyusu.
2. Ibu mengatakan selalu melibatkan kakak bayi untuk memandikan bayi dan sang kakak sudah mulai dekat dengan adeknya.

#### **Data Objektif**

KU baik, RR: 34 x/i, Suhu : 36,9°C, Pols : 128 x/i, BB : 3100 gram, tidak ada kelainan, sklera mata tidak ikterik dan bayi tidak kuning.

#### **Analisa**

Neonatus umur 2 minggu keadaan baik.

#### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu pada ibu bahwa keadaan bayi sehat.
2. Mengingatkan kembali tentang menjaga kebersihan dan kehangatan bayinya. Ibu mengatakan selalu mengganti popok setiap bayi BAK ataupun BAB.
3. Mengingatkan kembali tentang menyusui yang benar dan cara menyendawakan bayi. Ibu mengatakan tidak boleh menarik puting secara tiba

- tiba dan selalu menatap bayi ketika menyusui dan mengajak bicara bayi serta menyendawakan bayi sehabis menyusui. Dan jangan memberikan bayi apa pun selain ASI.
4. Mengingatkan kembali tentang tanda – tanda bahaya pada bayi. Ibu mengatakan jika bayi demam, kejang, tidak mau menyusui akan membawa bayi ke klinik.
  5. Mengajukan ibu untuk membawa bayinya imunisasi ke posyandu. Ibu bersedia.

Mengetahui,  
Pimpinan Klinik

Pelaksana Asuhan

(Helen K. Tarigan, SST)

(Debora TP. Simanullang)



### **3.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana**

Tanggal : 13 Mei 2016,      Pukul : 12.00 WIB

#### **Data Subjektif**

1. Ibu mengatakan sudah datang haid.
2. Ibu mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan.

#### **Data Objektif**

Tanda vital : TD : 120/80 mmHg HR : 84 x/i Suhu : 36,7 °C RR : 16 x/i

#### **Analisa**

Ny. T P2 A0 akseptor KB suntik 3 bulan.

#### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan: TD : 120/80 mmHg HR : 84 x/i Suhu : 36,7°C RR : 16x/i Ibu sudah mengetahui keadaanya.
2. Memberitahukan kepada ibu akan diberikan KB suntik 3 bulan secara IM di bagian bokong. Ibu bersedia diberikan suntikan.
3. Memberitahukan efek samping KB suntik 3 bulan seperti perubahan pola haid dan berat badan, sakit kepala/pusing, penurunan libido atau hasrat seksual. Ibu sudah mengetahui efek samping.
4. Menganjurkan ibu untuk datang ke klinik apabila ada keluhan dan suntikan ulang pada tanggal 6 Agustus 2016. Ibu mengerti dan bersedia datang kembali untuk suntikan ulang.

Mengetahui,

Pimpinan Klinik

Pelaksana Asuhan

(Helen K. Tarigan, SST)

(Debora TP. Simanullang)

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Kehamilan**

Selama kehamilan Ny. T tidak hanya melakukan kunjungan ANC di satu tempat saja. Pertama kali melakukan ANC pada usia kehamilan 6 minggu di bidan Juita. Selanjutnya usia kehamilan 12 minggu tetap di bidan tersebut. Pemeriksaan selanjutnya yaitu pada usia kehamilan 24 minggu di Puskesmas Pancur Batu. Setelah itu Ny. T melakukan pemeriksaan kembali pada trimester III sebanyak tiga kali di klinik bersalin Helen. Kunjungan ANC yang telah dilakukan Ny. T telah memenuhi kunjungan antenatal minimal karena jadwal kunjungan yang rutin yang dilakukan ibu selama kehamilan.

Menurut Sarwono (2013) untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan komplikasi persalinan serta perencanaan persalinan maka ibu hamil harus memeriksakan dirinya 4 kali yaitu pada trimester pertama (usia kehamilan sebelum 16 minggu), selanjutnya 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan antara minggu ke 24-28), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan antara minggu 30-32 dan antara minggu 36 sampai lahir). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek untuk kunjungan ANC.

Kunjungan ANC yang dilakukan Ny. T telah sesuai yang diharapkan namun standar asuhan antenatal yang diterapkan di bidan Rika dan Puskesmas Pancur Batu belum sesuai dengan standar antenatal 10 T. Dari hasil anamnesa yang dilakukan pada tanggal 17 Februari 2016, Ny. T tidak pernah mendapat imunisasi TT selama kehamilan. Ny. T tidak mengetahui penyebab yang jelas mengapa tidak diberikan imunisasi tersebut.

Menurut Saifuddin, dkk (2013) pemberian imunisasi pada wanita usia subur atau ibu hamil harus didahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah atau status imunisasi TT yang telah diperoleh selama hidupnya. Jika ibu belum pernah imunisasi atau status imunisasinya tidak diketahui, diberikan dosis vaksin (0,5 ml IM di lengan atas) yaitu dengan waktu pemberian TT1 pada kunjungan ANC pertama, TT2 1 bulan setelah TT1, TT3 6 bulan setelah TT2, TT4 1 tahun setelah TT3, TT5 1 tahun setelah TT4. Pemberian TT sebanyak 5 kali ini dapat

memberikan perlindungan seumur hidup pada ibu dan bayi untuk terhindar dari *tetanus neonatorum*.

Menurut Walyani (2015) waktu pemberian imunisasi TT pada ibu hamil dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu, hal ini menunjukkan bahwa imunisasi TT pada Ny. T tidak bisa lagi diberikan karena usia kehamilan sudah memasuki trimester III dan telah melewati batas waktu pemberian imunisasi TT, untuk itu upaya yang diberikan untuk menghindari terjadinya *tetanus neonatorum* adalah dengan menolong persalinan dengan menggunakan alat yang steril. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam standar asuhan ANC.

Selain tidak mendapatkan imunisasi TT Ny. T juga mempunyai keluhan selama melakukan kunjungan ANC yaitu yang pertama, sering BAK terutama pada malam hari. Keluhan ini dirasakan ibu pada kunjungan pertama dan kedua yaitu pada usia 3 bulan pertama kehamilan dan pada kunjungan ke empat yaitu pada usia kehamilan 34 minggu. Menurut Kusmiyati, Wahyuningsih dan Sujiyatni (2013) hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan yang terjadi pada trimester I dan III yang disebabkan adanya tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat eksresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air.

Air dan sodium tertahan ditungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni. Teori lain yaitu pendapat Hutahaean (2013) bahwa keluhan sering BAK pada trimester III merupakan perubahan fisiologis pada sistem perkemihan, dimana pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi BAK karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dialami ibu adalah menganjurkan ibu untuk memperbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum pada malam hari.

Keluhan ibu yang kedua yaitu nyeri pada perut bagian bawah. Keluhan yang dirasakan Ny. T pada kunjungan keempat tidak hanya sering BAK pada malam hari tetapi bersamaan dengan nyeri perut bagian bawah. Kusmiyati,

Wahyuningsih dan Sujiyatni (2013) mengatakan nyeri perut bagian bawah atau nyeri ligamentum rotundum disebabkan oleh hipertropi dan peregangan ligamentum selama kehamilan dan tekanan dari uterus selama kehamilan.

Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dialami ibu yaitu dengan memperhatikan sikap tubuh pada saat duduk, berdiri, berjalan dan tidur. Yaitu pada keadaan duduk supaya menempatkan tangan di lutut dan menarik tubuh ke posisi tegak. Selanjutnya pada posisi berdiri supaya tidak berdiri untuk jangka waktu yang lama dan berdiri dengan menegakkan bahu, dan pada saat berdiri untuk mengangkat bokong. Pada posisi berjalan untuk menghindari menggunakan sepatu bertumit tinggi. Pada posisi tidur untuk menghindari posisi telentang, tetapi lebih bagus posisi miring. Jannah (2012) mengatakan hal ini disebabkan oleh usus-usus tertekan uterus ke arah diafragma yang menyebabkan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas pada kehamilan trimester III.

#### **4.2. Persalinan**

Pada tanggal 31 Maret 2016 pukul 11.30 wib Ny. T datang didampingi suami ke klinik bersalin Helen dengan keluhan mules pada perut yang menjalar sampai ke pinggang mulai pukul 10.00 wib dan keluar lendir darah pada pukul 08.30 wib. Menurut Rohani (2013), keluhan ini merupakan tanda – tanda timbulnya persalinan (inpartu) yaitu keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar.

Dari hasil pemeriksaan dalam yang dilakukan pada pukul 11.40 wib, Ny. T masuk dalam kala I fase aktif akselerasi yaitu pembukaan 4 cm. Pukul 13.15, ibu mengatakan ingin meneran, perut semakin mules dan merasa seperti ingin BAB. Ketika dilakukan pemeriksaan dalam ternyata pembukaan sudah lengkap, ketuban utuh, tidak ada moulase. Menurut Kemenkes (2013) pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam untuk melihat kemajuan persalinan. Tetapi tidak sampai 4 jam Ny. T sudah ada keinginan untuk meneran dan keinginan seperti mau BAB maka dilakukan pemeriksaan dalam.

Kala I pada Ny. T tidak dipantau dari fase laten karena ibu datang sudah dalam fase aktif akselerasi. Sehingga lama kala I pada Ny. T diperkirakan  $\pm$  5 jam

yang didapat dari waktu keluarnya lendir bercampur darah pada pukul 08.30 wib sampai pembukaan lengkap pada pukul 13.15 wib. Menurut Mochtar, (2013), lama kala I pada multigravida berlangsung selama 7 jam yang dimulai dari keluarnya lendir serviks sampai ke pembukaan lengkap. Persalinan Ny. T berlangsung lebih cepat dari teori Mochtar (2013) tersebut.

Varney (2008) menyatakan bahwa penipisan dan pembukaan awal umumnya menipis 50 – 60 % dan membuka selebar 1 cm sebelum mencapai persalinan akibat *Braxton hix* sebelum proses persalinan dimulai. Kemudian secara simultan terjadi penipisan 50 – 100 % diikuti penipisan dan pembukaan yang tersisa. Pada seorang ibu dengan serviks setipis kertas berada pada ambang persalinan aktif. Kontraksi setiap persalinan bersifat unik dan sangat bervariasi. Karena kontraksi tidak diatur oleh proses syaraf diluar uterus.

Menurut asumsi penulis, sesuai dengan teori yang telah dikemukakan pembukaan yang begitu cepat yang dialami oleh Ny. T disebabkan karena serviks ibu yang tipis dan kontraksi yang cukup kuat. Serta pola aktivitas ibu yang menjadikan penurunan kepala cepat.

Lama kala II pada Ny.T berlangsung selama 23 menit, keadaan ibu baik, bayi lahir spontan tidak ada kelainan dan bayi segera di IMD. Persalinan ditolong secara APN.

Chapman (2013) menyatakan bahwa lamanya waktu persalinan kala II secara fisiologis pada primigravida berlangsung selama 2 jam dan pada multigravida selama 30 menit. Menurut asumsi penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala III pada Ny. T berlangsung selama 3 menit, plasenta lahir lengkap dengan jumlah kotiledon 18 buah, panjang tali pusat  $\pm 50$  cm, hal ini sesuai dengan teori Mochtar (2013) bahwa kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri dan berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

Asuhan yang diberikan pada kala III sesuai dengan teori Kemenkes (2013) yaitu melakukan MAK III dengan cara 1 menit setelah kelahiran bayi, suntikkan oksitosin 10 IU IM pada 1/3 atas paha lateral bagian luar, melakukan PTT

(penegangan tali pusat terkendali) disaat ada His sambil menilai tanda – tanda pelepasan plasenta kemudian lahirkan plasenta dan terakhir massase fundus selama 15 detik. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Perubahan fisiologis kala III yang dijumpai pada Ny. T setelah disuntikkan oksitosin, terlihat adanya tanda – tanda pelepasan plasenta. Yaitu pada saat dilakukan PTT, tali pusat memanjang dan ada semburan darah tiba – tiba. Hal ini sesuai dengan teori Mochtar (2013) yaitu tanda – tanda lepasnya uri yaitu rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim membesar dan keras, serta keluar darah secara tiba – tiba. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Setelah plasenta lahir dan dilakukan massase uterus selama 15 detik uterus teraba keras, bulat dan 2 jari di bawah pusat.

Pengawasan kala IV pada Ny. T dimulai dari pukul 13.25 WIB dan dipantau setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua. Keadaan ibu baik, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, tidak ada lacerasi jalan lahir, IMD berhasil selama 1 jam. Hal ini sesuai dengan teori Mochtar (2011), bahwa kala IV merupakan kala pengawasan mulai dari lahirnya plasenta selama 2 jam.

Pada kala IV ini perubahan fisiologis ibu masih dalam batas normal, tanda vital ibu dalam batas normal. Ibu terlihat senang dengan kelahiran bayinya dan asuhan yang diberikan pada ibu adalah melakukan *room-ing in* bayi dengan ibu, memberikan ibu nutrisi untuk memulihkan tenaga ibu, menganjurkan suami untuk tetap mendampingi ibu dan menganjurkan ibu untuk istirahat untuk pemulihan tenaga ibu.

#### **4.3 Nifas**

Kunjungan masa nifas yang dilakukan pada Ny. T dilakukan sebanyak 3 kali. Pada kunjungan pertama 01 April 2016 (1 hari post partum), keadaan ibu dan bayi baik, perdarahan dalam batas normal, involusi uterus berjalan dengan baik, bayi sudah menyusu tetapi ibu khawatir karena ASI yang keluar sedikit. Penulis menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin. Hal ini sesuai dengan teori Saleha (2009) menyatakan bahwa proses laktasi pada semua wanita

terjadi secara alami. Dimana dengan adanya isapan bayi akan merangsang hormon prolaktin sehingga pengeluaran ASI semakin lancar.

Menurut Kemenkes (2015) bahwa hal yang perlu dipantau adalah, involusi uterus, perdarahan, tanda – tanda infeksi masa nifas, kebutuhan nutrisi, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda – tanda infeksi, dan bagaimana perawatan bayi sehari – hari.

Setelah melahirkan kebutuhan nutrisi Ny. T terpenuhi, 2 jam setelah melahirkan ibu sudah bisa miring kiri miring kanan, ibu menyusui bayinya dengan posisi setengah duduk dan ibu sudah berkemih. Menurut Kemenkes (2015) ambulasi dini pada ibu post partum dianjurkan pada 24 jam sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur. Menganjurkan untuk BAK 6 jam post partum. Jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100cc maka dilakukan kateterisasi. Tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Perubahan fisiologis yang dijumpai pada Ny. T masih dalam batas normal, dari hasil pemeriksaan TFU 2 jari dibawah pusat, keluar darah warna merah, dan kontraksi uterus baik. Menurut Kemenkes (2015) pengeluaran cairan rahim 1- 3 hari post partum berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium. Menurut asumsi penulis bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kunjungan kedua tanggal 06 April 2016, keadaan Ny. T baik, proses involusi normal (pertengahan pusat dengan simfisis), ASI lancar, pola nutrisi ibu baik, tidak dijumpai adanya tanda tanda infeksi, asuhan yang diberikan pada Ny. T sesuai dengan pada masa nifas kunjungan ke dua (Kemenkes, 2015). Yaitu menanyakan persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi, kondisi payudara, ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, dan istirahat ibu. Menurut asumsi penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kunjungan ketiga yaitu tanggal 14 April 2016, keadaan ibu dan bayi sehat, tidak ada penyulit, pengeluaran lochea serosa dan ibu diberi konseling KB yaitu dengan metode KB suntik 3 bulan dan implant. Keadaan ibu sudah pulih kembali, uterus tidak teraba lagi, kebutuhan nutrisi ibu tercukupi, asuhan ini sesuai dengan teori Kemenkes (2015) yaitu konseling metode KB yang

digunakan, bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi, kondisi payudara, ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, dan istirahat ibu. Menurut asumsi penulis tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kunjungan keempat yaitu tanggal 13 Mei 2016, keadaan ibu dan bayi sehat, tidak ada penyulit, ibu sudah haid, TFU tidak teraba lagi, kebutuhan nutrisi ibu tercukupi, asuhan ini sesuai dengan teori Kemenkes (2015) klien di KB, pemulaan hubungan seksual, menanyakan apa ibu sudah haid, apakah ada keluhan pada pencernaan, aktivitas yang sudah dilakukan untuk pengencangan perut. Menurut asumsi penulis tidak ada ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

#### **4.4 Bayi Baru Lahir**

Bayi Ny. T lahir cukup bulan dengan usia kehamilan 40 minggu pada tanggal 31 Maret 2016 pada pukul 13.23 WIB, bayi lahir spontan dan bugar dengan BB : 2900 gram, PB : 51,5 cm dan tidak dijumpai kelainan pada bayi. Asuhan yang diberikan pada bayi sesuai dengan teori Sarwono (2013) yaitu dengan memberikan perawatan pada BBL dan melakukan IMD selama 1 jam yang bertujuan mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dengan bayi.

Kunjungan pertama neonatus (KN1) dilakukan pada saat bayi berumur 1 hari, pada kunjungan ini dilakukan pemeriksaan fisik (tidak ada kelainan), refleks hisap bayi kuat, bayi sudah dimandikan, dan bayi sudah diberikan imunisasi Hb0. Perawatan tali pusat juga dilakukan dan tidak ada perdarahan pada tali pusat. Menurut Kemenkes (2013) asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir yaitu pencegahan infeksi, menilai bayi baru lahir, menjaga bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini (IMD), pencegahan infeksi mata, pemberian suntikan vitamin K, dan pemberian imunisasi bayi baru lahir. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yaitu bayi tidak diberikan vit. K dan salep mata. Karena klinik Helen tidak menyediakan vit. K dan salep mata.

Pada kunjungan kedua (6 hari), tali pusat sudah pupus, tidak ada tanda – tanda infeksi, bayi menyusui dengan baik, tetapi ditemukan *Sibling rivalry* yaitu kakak bayi tidak terima dengan kehadiran adik barunya. Menurut Pinem (2009)



asuhan yang diberikan pada KN1 yaitu untuk melihat apakah bayi sehat, apakah ada tanda infeksi tali pusat, kulit kuning, dan bayi tiba – tiba tidak mau menyusu. Penulis menganjurkan kepada ibu untuk mengatasi *Sibling rivalry* yaitu tidak membandingkan anak yang satu dengan yang lain, bersikap adil, dan mengajak kakak bayi untuk berpartisipasi dalam merawat bayi seperti memandikan bayi.

Pada kunjungan ketiga (14 hari), tidak ditemukan kelainan, bayi tetap diberikan ASI, *Sibling rivalry* teratasi yaitu kakak bayi sudah dekat dengan bayi, dan ibu sudah dianjurkan untuk membawa bayi imunisasi. Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes (2013) yaitu melakukan pemeriksaan fisik, periksa tanda bahaya, periksa tanda – tanda infeksi kulit, pastikan ibu memberikan ASI eksklusif.

#### **4.5 Keluarga Berencana**

Pada tanggal 14 April 2016 diberikan konseling berbagai alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan ibu. Seperti implant dan KB suntik. Ny. T memutuskan akan mendiskusikan dengan suami terlebih dahulu.

Adapun keuntungan dari penggunaan KB implant yaitu daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun, pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, tidak mengganggu kegiatan sanggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan dan dapat dicabut sesuai dengan kebutuhan. Efek samping penggunaan implant yaitu timbulnya keluhan – keluhan seperti nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, perasaan mual, perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea (Saifuddin, 2010).

Keuntungan dari KB suntik 3 bulan ini adalah pemberiannya 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 KB suntik bebas, pemasangan dapat diberikan pasca persalinan, pasca keguguran, atau pasca menstruasi. Dan kerugian dari KB suntik 3 bulan adalah perdarahan

yang tidak menentu, terjadi amenorea (tidak datang bulan) yang berkepanjangan, masih terjadi kemungkinan hamil (Manuaba, 2012).

Pada kunjungan nifas yang terakhir yaitu pada tanggal 13 Mei ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Alasan ibu memilih KB suntik karena suami tidak setuju pada penggunaan KB implant dan ibu takut berat badan ibu semakin bertambah dari yang biasanya serta ibu mengatakan lebih setuju dengan KB suntik karena tidak mengganggu ASI. Meskipun bidan menjelaskan jenis kontrasepsi yang tidak mengganggu ASI tidak hanya KB suntik 3 bulan, tetapi ibu tetap memilih KB suntik. Penulis memberikan suntikan KB suntik 3 bulan sesuai permintaan ibu.

Setelah dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan pada tanggal 13 Mei 2016, penulis memberitahu ibu tanggal kunjungan kembali untuk penyuntikan 3 bulan kemudian yaitu tanggal 6 Agustus 2016. Mengingatkan ibu untuk tidak lupa tanggal penyuntikan kembali baik dalam keadaan haid maupun tidak haid, 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**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Care* pada Ny. T mulai dari masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai KB di dapat kesimpulan sebagai berikut :

1. Asuhan yang diberikan pada Ny.T selama 3 kali kunjungan pada Trimester III dimulai dari usia kehamilan 34 minggu, ibu rutin melakukan pemeriksaan ANC sesuai dengan jadwal kunjungan ANC yang ideal, tidak dijumpai penyulit selama kehamilan, keluhan yang dialami ibu masih dalam batas fisiologis dan dapat diatasi dengan pemberian penkes dan standar antenatal yang belum diberikan pada ibu adalah masalah imunisasi TT.
2. Asuhan yang diberikan mulai dari kala I sampai kala IV pada Ny. T, diberikan sesuai dengan asuhan pada ibu bersalin, persalinan berlangsung selama 2 jam, bayi lahir spontan, bugar, IMD berhasil dilakukan, dan tidak dijumpai penyulit mulai persalinan kala I sampai kala IV.
3. Asuhan kebidanan pada masa nifas dilakukan secara Home Visit sebanyak 4 kali kunjungan pada 1 hari post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum, tidak dijumpai penyulit, proses involusio berjalan normal, bayi diberikan ASI eksklusif, keluhan yang dialami ibu masih dalam batas fisiologis dan dapat teratasi.
4. Asuhan pada BBL dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan pada umur 1 hari, 6 hari dan 14 hari, tidak dijumpai penyulit pada BBL, bayi mendapat Asi eksklusif tetapi pada saat bayi 1 jam baru lahir tidak diberikan salep mata dan vit. K. Tetapi tidak dijumpai adanya masalah pada bayi.
5. Asuhan KB dilakukan dengan memberikan konseling KB dengan implan dan suntikan 3 bulan. Ny. T memutuskan akan menjadi akseptor KB suntik 3 bulan. Dengan informed consent suntik KB 3 bulan telah diberikan kepada ibu dan mengingatkan ibu tanggal kunjungan ulang.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Tenaga Kesehatan di Lahan Praktek

Diharapkan tenaga kesehatan di lahan praktek memakai APD secara lengkap tidak hanya memakai celemek, sepatu boot dan *handscoen* dalam menolong persalinan untuk menghindari masalah yang mungkin terjadi seperti penyakit menular, menerapkan sepenuhnya standar pelayanan antenatal 10 T terutama pemberian imunisasi TT untuk mencegah terjadinya *Tetanus Neonatorum*, menerapkan asuhan BBL dan asuhan pada kunjungan nifas yang benar dan lengkap.

### 5.2.2 Bagi Klien

Diharapkan dengan adanya konseling KB, ibu dapat menyesuaikan alat kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan ibu yaitu dengan memakai alat kontrasepsi jangka panjang karena efektivitasnya yang sangat tinggi dan tidak mengganggu pemberian ASI pada bayi.

### 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat menyediakan sumber referensi yang *up to date* di perpustakaan untuk menunjang penyusunan LTA sehingga penyusunan LTA untuk tahun ke depannya dapat berjalan lebih baik lagi.

## DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. 2015. [www.bkkbn.go.id/Documents/RENSTRA\\_BKKBN%202015-2019.pdf](http://www.bkkbn.go.id/Documents/RENSTRA_BKKBN%202015-2019.pdf). (diakses 10 Februari 2016)
- Desfauza, dkk. 2012. *Buku Ajar Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Medan: Politeknik Kesehatan Medan.
- Dinkes Provinsi Sumatera Utara. 2012. *Profil Kesehatan Sumatera Utara Tahun 2012*.[http://depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2012/02\\_Profil\\_Kes\\_Prov.SumateraUtara\\_2012.pdf](http://depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/02_Profil_Kes_Prov.SumateraUtara_2012.pdf). (diakses tanggal 03 Februari 2016)
- Hastuti, P. 2014. *Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Tali Pusat Berhubungan Dengan Waktu Lepas Tali Pusat: Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol 10(2), Desember 2014. Diambil dari : [ejournal. say.ac.id/ejournal/index.php/jkk/ article/ download/64/63](http://ejournal.say.ac.id/ejournal/index.php/jkk/article/download/64/63). (diakses 22 Juni 2016)
- Hutahaean, S. 2013. *Perawatan Antenatal I jil.*Jakarta : Salemba Medika.
- Kemenkes. 2014. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatanindonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>. ( diakses tanggal 23 Februari 2016)
- \_\_\_\_\_. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kemenkes.
- \_\_\_\_\_. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Gavi
- \_\_\_\_\_. 2015. [www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2\\_v1/wpcontent/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf](http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wpcontent/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf). (diakses tanggal 11 Februari 2016)
- Kusmiyati, Y. 2010. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitra Maya
- \_\_\_\_\_. 2013. *Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Fitra Maya .
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, & KB edisi2*. Jakarta : EGC
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Meilani, dkk. 2010. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mochtar, Rustam. 2013. *Sinopsis Obstetri Jilid I*. Jakarta: EGC.

- Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan. 2016. *Panduan Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA)*. Poltekkes Medan
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rohani., dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Rukiyah, A, dan L. Yulianti. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta : TIM
- Rukiah, A., Yulianti, L., Maemunah., Susilawati, L . 2011. *Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*. Jakarta : TIM
- Saifuddin, A. 2010 (ed). *Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- \_\_\_\_\_. 2013(ed). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Varney, H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Walyani. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- WHO. 2015. *Maternal Mortality*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf). (diakses tanggal 20 Februari 2016)