

**ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA
PADA NY. T DI KLINIK BIDAN T. H
KOTA PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

NURHALIMAH
NIM. PO.73.24.2.15.067

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
PEMATANGSIANTAR
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA
PADA NY. T DI KLINIK BIDAN T. H
KOTA PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya
Kebidanan Pada Program Studi D-III Kebidanan Pematangsiantar
Poltekkes Kemenkes RI Medan



Disusun Oleh :

NURHALIMAH
NIM. PO.73.24.2.15.067

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
PEMATANGSIANTAR
TAHUN 2018**

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BAKU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA
PADA NY. T DI KLINIK BIDAN T. H KOTA
PEMATANGSIANTAR**

NAMA : NURHALIMAH

NIM : P0.73.24.2.15.067

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan
Pematangsiantar, 17 Juli 2018

Penguji I



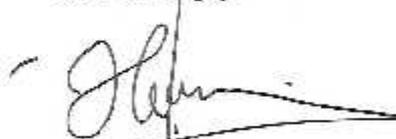
Sukaisi, S.Si.T, M.Biomed
NIP.197603062001122004

Penguji II



Safrina, SST, MPH
NIP.196208221997032001

Ketua Penguji



Sri Hernawati Sirait, S.Kep. Ns, M.Kcs
NIP.197701012001122001

Plt. Ketua Program Studi D-III Kebidanan Pematangsiantar
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan



Tengku Sri Wahyun, S.Si.T, M.Keb
NIP. 197404242001122002

Asuhan Kebidanan Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana Pada Ny. T Di Klinik Bidan T. H Pematangsiantar

¹ NURHALIMAH
NIM.P07324215067

² Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan Pematangsiantar

ABSTRAK

Anemia merupakan salah satu penyebab meningkatnya morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Sekitar 70% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia akibat kekurangan zat besi. Perdarahan post partum sebagai penyebab utama yaitu menyumbang sebesar 40% yang terjadi diantaranya karena adanya robekan jalan lahir atau perineum. Tujuan penulisan ini untuk menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

Metode yang digunakan dalam penulisan adalah manajemen Varney dengan teknik pengumpulan data, interpretasi data dan penatalaksanaan. Asuhan yang diberikan mulai dari November 2017 sampai Maret 2018.

Hasil yang didapat saat pelaksanaan ANC pada Ny. T ditemukan masalah anemia ringan yaitu 10,6 gr%. Penatalaksanaan dengan pemberian tablet Fe dan pemenuhan nutrisi. Pada kunjungan keempat terjadi kenaikan menjadi 11 gr%. Proses persalinan berjalan dengan lancar. Pada pelaksanaan asuhan kala III Ny. T mengalami ruptur derajat II, penatalaksanaan dengan melakukan penjahitan perineum dengan teknik simpul. Sudah dilakukan perawatan luka jahitan dan hari keempat sudah mengering. Pada asuhan BBL pada Ny. T tidak ditemukan komplikasi dan Ny. T menjadi akseptor KB suntik 3 bulan.

Penerapan konsep asuhan kebidanan berkelanjutan yang dilakukan pada Ny. T diharapkan dapat menjadi masukan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang komprehensif.

Kata Kunci : Anemia, Ruptur Perineum Dan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan.

*Midwifery Care for Pregnant, Maternity, Postpartum, Newborn and Family
Planning in Mrs. T at the T. H Pematangsiantar Midwife Clinic*

¹NURHALIMAH
NIM.P0732415067

²Medan Health Ministry Polytechnic Pematangsiantar Midwifery Study Program

ABSTRACT

Anemia is one of the causes of increased maternal and neonatal morbidity and mortality. Around 70% of pregnant women in Indonesia experience anemia due to iron deficiency. Post partum hemorrhage is the main cause, which accounts for 40% of which occurs due to a rupture of the birth canal or perineum. The purpose of this writing is to implement sustainable midwifery care for pregnant women, childbirth, postpartum, newborns and family planning. The method used in writing is Varney's management with data collection techniques, data interpretation and management. Care provided starts from November 2017 to March 2018.

The results obtained during the ANC implementation at Mrs. T found a mild anemia problem is 10, 6 gr%. Management with administration of Fe tablets and nutritional fulfillment. On the fourth visit there was an increase to 11 gr%. The labor process went smoothly. In the implementation of care during III Ny. T experience a second degree rupture, management by perineal suturing with knot techniques. Seam wound care has been done and the fourth day has dried up. At BBL care for Mrs. T no complications were found and Mrs. T becomes a 3-month injection KB acceptor.

The application of the concept of sustainable midwifery care carried out on Mrs. T is expected to be an input in providing comprehensive midwifery services

Keywords : Anemia, Perineal Rupture and Continuity Midwifery Care.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga dapat diselesaikannya laporan tugas akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana Pada Ny T di Klinik Bidan T. H Kota Pematangsiantar”** sebagai salah satu syarat penyusunan laporan tugas akhir pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan.

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

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan, yang telah memberikan kesempatan menyusun laporan tugas akhir ini.
2. Ibu Betty Mangkuji S.Si.T, M.Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan menyusun laporan tugas akhir ini.
3. Ibu Tengku Sri Wahyuni S.Si.T, M.Keb, selaku Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes RI Medan.
4. Ibu Sukaisi, S.Si.T. M.Biomed, selaku pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat diselesaikan.
5. Bapak Hendri P. L. Tobing, S.Kep, NS, M.Kes, selaku pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat diselesaikan.
6. Ibu Bidan T. H, yang telah memberikan tempat untuk melakukan Asuhan Kebidanan masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana pada ibu T.
7. Ibu T, yang telah bersedia menjadi klien saya dalam asuhan kebidanan dan penyusunan laporan tugas akhir.
8. Orang tua tercinta, abang dan kakak serta orang terdekat saya yang senantiasa dengan penuh kasih sayang yang tulus memberikan dukungan moral maupun

material serta doa kepada penulis selama mengikuti pendidikan dan menyelesaikan laporan tugas akhir ini selesai pada waktunya.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal baik yang telah diberikan dan semoga laporan tugas akhir ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Pematangsiantar, Juli 2018

Nurhalimah
NIM.P073.24.2.15.067

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR PERSETUJUAN	
ABSTRACK	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan.....	5
1.3. Tujuan Penyusunan LTA.....	5
1.4. Sasaran, Tempat, dan Waktu Asuhan Kebidanan.....	6
1.5. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Kehamilan.....	8
2.2. Persalinan	27
2.3. Nifas	39
2.4. Bayi Baru Lahir	53
2.5. Keluarga Berencana.....	
BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T DI KLINIK BIDAN T. H PEMATANGSIANTAR	62
3.1. Asuhan Kehamilan	62
3.2. Asuhan Persalinan	71
3.3. Asuhan Masa Nifas.....	75
3.4. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	78
3.5. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Akseptor KB	80
BAB IV PEMBAHASAN	82
4.1. Asuhan Kehamilan	82
4.2. Asuhan Persalinan	83
4.3. Asuhan Nifas	85
4.4. Asuhan Bayi Baru Lahir s	87
4.5. Asuhan Keluarga Berencana	87
BAB V PENUTUP	89
5.1. Simpulan	89
5.2. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman:
Tabel 2.1 Imunisasi TT.....	25
Tabel 2.2 Perubahan Normal Uterus Selama Post Partum	40
Tabel 2.3 Perubahan Lochea.....	40
Tabel 2.4 Tanda Apgar.....	47
Tabel 2.5 Mekanisme Hemostasis.....	48
Tabel 2.6 Nama dan Rincian AKDR.....	60
Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas.....	63
Tabel 3.2 Nilai APGAR pada bayi baru lahir.....	79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Informed Consent*

Lampiran 2 Partograf

Lampiran 3 Sidik Jari Telapak Kaki Bayi dan Sidik Jari Ibu

Lampiran 4 Kartu Keluarga Berencana

Lampiran 5 Kartu Bimbingan Laporan Tugas Akhir

Lampiran 6 Presensi Menghadiri Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir

Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 8 *Etical Clearance*

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired immuno Deficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
EMAS	: <i>Expanding Maternal and Neonatal Survival</i>
FOGI	: Federasi Obstetri Ginekologi Internasional
HB	: Haemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IM	: Intra Muskular
INC	: <i>Intra Natal Care</i>
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
KB	: Keluarga Berencana
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KH	: kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi

KPD	: Ketuban Pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
PAP	: Pintu Atas Panggul
PB	: Panjang Badan
<i>PNC</i>	: <i>Post Natal Care</i>
PTT	: Peregangan Tali Pusat Terkendali
PUS	: Pasangan Usia Subur
RR	: <i>Respiration Rate</i>
SP	: Sensus Penduduk
TB	: Tinggi Badan
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toxoid
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
<i>USG</i>	: <i>Ultrasography</i>
VT	: Vagina Toucher

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat akan dapat diatasi. Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25% (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota, jumlah kematian ibu pada tahun 2016 dilaporkan tercatat sebanyak 239 kematian. Namun bila dikonversi, maka berdasarkan profil Kabupaten/Kota maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Sumut, 2016).

Berdasarkan laporan bidang pelayanan kesehatan dasar Kota Pematangsiantar jumlah kematian ibu dari tahun 2012-2016 mengalami naik turun, yaitu pada tahun 2012 sebanyak 11 kematian, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2013 menjadi 4 kematian dan mengalami peningkatan kembali pada tahun 2014 menjadi 7 kematian, kemudian menurun kembali pada dua tahun terakhir dari 5 kematian menjadi 4 kematian (Dinkes Kota Pematangsiantar, 2016).

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota tahun 2016 (lampiran tabel 4), dari 281.449 bayi lahir hidup, jumlah bayi yang meninggal sebanyak 1.132 bayi sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini maka secara kasar dapat diperhitungkan perkiraan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara tahun 2016 yakni 4 / 1.000 Kelahiran Hidup (KH) (Dinkes Provinsi Sumut, 2016).

Berdasarkan laporan bidang pelayanan kesehatan dasar Kota Pematangsiantar jumlah kematian bayi di Kota Pematangsiantar dalam tiga tahun terakhir mengalami peningkatan. Pada tahun 2016 melonjak menjadi 27 kematian,

dibandingkan 2013-2014 masing-masing sebanyak 18 kematian dan pada tahun 2015 sebanyak 20 kematian tetapi jumlah tersebut lebih rendah dibandingkan pada tahun 2011 sebanyak 24 kematian dan lebih tinggi bila dibandingkan pada tahun 2012 sebanyak 4 kematian (Dinkes Kota Pematangsiantar, 2016).

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 gr% sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Simanjuntak mengemukakan bahwa sekitar 70% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia akibat kekurangan zat besi yang dapat diatasi dengan pemberian zat besi secara teratur dan peningkatan gizi (Manuaba, dkk 2014).

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu. Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2014).

Di Kota Pematangsiantar dalam 5 tahun terakhir pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat dan pada tahun 2016 sebesar 96,2% (Dinkes Kota Pematangsiantar, 2016). Pada tahun 2016 rata-rata cakupan pelayanan ibu nifas di Provinsi Sumatera Utara adalah 86,76%, angka ini menurun dibandingkan tahun 2015 87,36% (Dinkes Provinsi Sumatera Utara, 2016).

Sekitar 90% penyebab kematian ibu di Indonesia terjadi pada saat persalinan. Perdarahan post partum sebagai penyebab utama yaitu menyumbang sebesar 40%. post partum terjadi diantaranya karena adanya robekan jalan lahir atau perineum. Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua dari perdarahan post partum. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi perdarahan post partum yaitu

dengan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) serta penjahitan luka jalan lahir dengan tepat, namun upaya ini masih kurang optimal (Manuaba, dkk 2014).

Hasil penelitian kejadian *ruptur perineum* di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang dari persalinan normal bulan November 2013 sampai dengan Juni 2014 didapatkan 612 orang dengan persalinan normal (spontan), sebanyak 243 orang dengan kejadian ruptur perineum dengan mayoritas terjadi pada ibu primipara sebanyak 37 orang (15,22%), pada jarak kelahiran >2 tahun sebanyak 87 orang (35,80%), pada usia ibu 20-35 tahun sebanyak 46 orang (18,93%), dan berat bayi lahir 2.500-4.000 gram sebanyak 73 orang (30,04%) (Eka, dkk 2015).

Di Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB baru adalah 350.481 jiwa atau 14,83% dari PUS yang ada, hal ini terjadipeningkatan dibandingkan tahun 2015 (289.721 jiwa atau 12,31%). Berdasarkan persentase penggunaan alatkontrasepsi oleh peserta KB aktif yang paling dominan adalah penggunaan alatkontrasepsi suntik yaitu (45,52%) dan tidak jauh berbeda Pil (42,41%). Selebihnyamenggunakan implant (20,63%) dan selebihnya sebanyak 15% menggunakan alatkontrasepsi lainnya seperti IUD, MOP, MOW dan Kondom (Dinkes Provinsi Sumatera Utara, 2016). Sedangkan di Kota Pematangsiantar peserta KB baru pada tahun 2016 mengalami penurunan. Dengan perkiraan jumlah PUS yang ada terdapat 99.514 dan 29,8% aktif memakai KB dengan berbagai jenis kontrasepsi (Dinkes Kota Pematangsiantar, 2016).

Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan diantaranya dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititikberatkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 TentangKesehatan, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana. Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas.

PUS bisa mendapatkan pelayanan kontrasepsi di tempat-tempat yang melayani program KB (Kemenkes RI, 2016).

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara berkelanjutan atau *continuity of care*. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana pada Ny. T di Klinik Bidan T.H Kota Pematangsiantar.

1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan hal tersebut, maka asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) perlu dilakukan pada ibu hamil Trimester ke I, II, dan III yang fisiologis dengan melakukan minimal 4 kali kunjungan, menolong persalinan, memantau masa nifas, melakukan perawatan pada bayi baru lahir sampai pupus tali pusat, dan menjadikan ibu akseptor KB.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Menerapkan asuhan kebidanan yang *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana sesuai dengan standar asuhan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP dengan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencanadengan langkah-langkah:

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
2. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
5. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

1.4 Sasaran, tempat dan waktu asuhan kebidanan

1. Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. T dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai mendapatkan pelayanan KB.

2. Tempat

Asuhan Kebidanan masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana pada Ny. T yang dilakukan di Klinik Bidan T.H Kota Pematangsiantar dan dilakukan *home visite* dirumah Ny.T di Jl. Cokrominoto Kota Pematangsiantar.

3. Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan *continuity of care* pada Ny. T yaitu mulai dari November 2017 sampai Maret 2018.

1.5 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan dalam batas *continuity of care* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi serta sebagai bahan perbandingan untuk laporan studi kasus selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Dapat dijadikan sebagai bahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis dan psikologis dan asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi dalam batasan *continuity of care*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (FOGI), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester pertama mulai 0- 12 minggu, trimester kedua 13-27 minggu dan trimester ketiga 28-40 minggu (Prawirohardjo, 2014).

2.1.2 Tanda -Tanda Kehamilan

a. Tanda tidak pasti kehamilan

Adapun tanda tidak pasti kehamilan (Andina & Yuni, 2015) yaitu :

1. Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi *pembentukan folikel de graaf* dan *ovulasi* sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya *amenorea* dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan.

2. Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sicknes*.

3. Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

4. Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (*sentral*) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini

sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

5. Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan *progesteron* menstimulasi perkembangan sistem *alveolar* payudara. Bersama *somatotropin*, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

6. Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus kekandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

7. Pigmentasi kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone hypofisis anterior* menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*kloasma gravidarum*), pada dinding perut (*striae lividae, striae nigra, linea alba* makin hitam) dan sekitar payudara (*hiperpigmentasi areola mammae*, puting susu semakin menonjol).

8. Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Karena pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksternal, kaki dan betis serta payudara.

b. Tanda Kemungkinan Kehamilan

Adapun tanda kemungkinan kehamilan (Romauli, 2016) yaitu :

1. Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran *uterus*. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

2. Tanda *hegar*

Yaitu segmen bawah rahim melunak, tanda ini terdapat pada dua pertiga kasus dan biasanya muncul pada minggu keenam dan sepuluh serta terlihat lebih awal pada perempuan yang hamilnya berulang. Pada pemeriksaan bimanual, segmen bawah uterus terasa lebih lembek.

3. Tanda *goodell*

Merupakan tanda yang biasanya muncul pada minggu ke enam dan terlihat lebih awal pada wanita yang hamilnya berulang tanda ini berupa *serviks* menjadi lunak dan jika dilakukan pemeriksaan dengan *speculum*, *serviks* terlihat berwarna lebih kelabu kehitaman.

4. Tanda *chadwick*

Merupakan tanda yang biasanya muncul pada minggu kedelapan dan terlihat lebih jelas pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi lebih merah dan agak kebiruan timbul karena adanya *vaskularisasi* pada daerah tersebut.

5. Tanda *piscaseck*

Uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya) bagian yang lebih besar tersebut terdapat pada tempat melekatnya (*implantasi*) tempat kehamilan.

6. Kontraksi *braxton hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya *actomycin* didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak *bermitrik*, *sporadis*, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

7. Teraba *ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini ada pemeriksaan kehamilan kerana perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

8. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *HCG* yang diproduksi oleh *sinsitotrofoblas* sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperdarakan darah ibu (pada plasma darah) dan diekskresikan pada *urine* ibu. Hormon ini mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari 30-60. Tingkat tertinggi pada hari ke 60-70 usia gestasi dan akan menurun pada hari ke 100-130.

c. Tanda pasti hamil

Adapun tanda pasti kehamilan (Andina & Yuni, 2015) yaitu :

1. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.

2. Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan *stethoscope laenec*, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18 - 20 minggu.

3. Bagian - bagian janin

Bagian - bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian - bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna dengan menggunakan USG.

d. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Perkembangan selama periode janin terjadi antara pertumbuhan dan pematangan struktur-struktur saat periode *embrionik*. karna bervariasinya panjang tungkai dan sulitnya mempertahankan tungkai dalam posisi ekstensi. Ukuran kepala bokong yang sesuai saat duduk, lebih akirat dibanding ukuran yang sesuai dengan tinggi saat berdiri. Adapun pertumbuhan dan perkembangan janin dalam minggu (Cunningham, *et all* 2014) yaitu:

1. Minggu ke-12 *gestasi*

Uterus biasanya teraba diatas *simfisis pubis* dan panjang kepala bokong janin adalah 6-7 cm. Pusat penulangan sudah timbul pada bagian tulang

janin, jari tangan dan kaki sudah *berdiferensiasi*. Kulit dan kuku sudah berkembang dan genetalia eksternal telah memperlihatkan tanda pasti jenis kelamin dan janin sudah melakukan pergerakan spontan

2. Minggu ke-16 *gestasi*

Panjang kepala sampai bokong janin adalah 12 cm dan berat janin 110 gram. jenis kelamin telah dapat di tentukan dengan cara inspeksi *genetalia eksterna* pada minggu ke 16.

3. Minggu ke-20 *gestasi*

Merupakan titik pertengahan kehamilan menurut usia yang di perkirakan dari awal menstruasi terakhir. Janin memiliki berat lebih dari 300 gr dan berat ini mulai bertambah secara *linier*. Kulit janin telah menjadi kurang *transparan*, *lanugo* seperti beledu menutupi seluruh tubuh janin dan telah terbentuk sebagian rambut di kulit kepala.

4. Minggu ke-24 *gestasi*

Janin sekarang memiliki berat sekitar 630 gram kulit secara khas tampak keriput dan penimbunan lemak di mulai, kepala masih relatif besar, alis mata dan bulu mata biasanya dapat dikenal. Periode *kanalikular* perkembangan paru-paru, saat perkembangan paru-paru, saat membesarnya duktus *alveolaris* hampir selesai.

5. Minggu ke-28 *gestasi*

Panjang kepala bokong sekitar 25 cm dan berat badan janin sekitar 1100 gram. Kulit janin yang tipis berwarna merah dan di tutupi oleh *verniks kaseosa* dan membran *pupil* baru saja menghilang dari mata.

6. Minggu ke-32 *gestasi*

Janin telah mencapai panjang kepala – bokong 28 cm dan berat badan 1800 gram. Kulit permukaan masih merah dan keriput.

7. Minggu ke-36 *gestasi*

Panjang kepala-bokong pada janin usia ini adalah sekitar 32 cm dan berat rata-rata sekitar 2500 gram. Karna penimbunan lemak *subkutan*, tubuh menjadi menjadi lebih bulat, serta gambaran keriput pada wajah telah menghilang.

8. Minggu ke-40 *gestasi*

Merupakan periode saat janin dianggap aterm menurut usia yang dihitung dari awitan periode menstruasi terakhir, janin telah berkembang sempurna. Panjang rerataan kepala-bokong adalah sekitar 36 cm dan berat kira-kira 3500 gram.

2.1.3 Fisiologi kehamilan

a. Perubahan fisiologis pada kehamilan

Selama kehamilan terjadi adaptasi anatomis, fisiologis dan biokimiawi yang mencolok. Banyak perubahan ini dimulai segera setelah pembuahan dan berlanjut selama kehamilan dan sebagian besar terjadi sebagai respon terhadap rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh janin dan plasenta. Yang juga mencolok adalah bahwa wanita hamil akan kembali, hampir secara sempurna ke keadaan prahamil, setelah melahirkan dan menyusui. Adapun perubahan fisiologis yang pada ibu hamil (Cunningham, *et all* 2014) diantaranya :

1) *Uterus*

Selama kehamilan, *uterus* berubah menjadi organ *muskular* dengan dinding relatif tipis yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan *amnion*. Volume total isi *uterus* pada aterm adalah sekitar 5 Liter meskipun dapat juga mencapai 20 liter atau lebih. Pada akhir kehamilan, *uterus* telah mencapai kapasitas dari 500 sampai 1000 kali lebih besar daripada keadaan tidak hamil. Peningkatan berat *uterus* juga setara sehingga pada aterm organ ini memiliki berat sekitar 1100 gram.

2) *Serviks*

Pada 1 bulan setelah konsepsi *serviks* sudah mulai mengalami perlunakan dan *sianosis* mencolok. Perubahan- perubahan ini terjadi karena peningkatan *vaskularitas* dan *edema serviks* keseluruhan disertai oleh *hipofisis* dan *hiperplasia* kelenjar *serviks*. Meskipun *serviks* mengandung sejumlah kecil otot polos namun komponen utamanya adalah jaringan ikat yang di perlukan agar *serviks* mampu mempertahankan kehamilan hingga aterm, berdilatasi untuk

mempermudah proses kelahiran dan memperbaiki diri setelah persalinan sehingga dapat terjadi kehamilan berikutnya.

3) *Ovarium*

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel-foliker baru di tunda. Biasanya hanya satu *korpus luteum* yang ditemukan pada wanita hamil. Struktur ini berfungsi maksimal selama 6 sampai 7 minggu pertama kehamilan 4 sampai 5 minggu paska ovulasi dan setelah itu tidak banyak berkontribusi dalam produksi progesteron.

4) *Vagina dan Perenium.*

Selama kehamilan, terjadi peningkatan *vaskularitas* dan *hiperemia* di kulit dan otot *perenium* dan *vulva* di sertai perlunakan jaringan ikat di dalamnya. Dengan meningkatnya *vaskularitas* sangat mempengaruhi vagina dan menyebabkan warna menjadi keunguan (*tanda Chedwick*). Dinding vagina mengalami perubahan yang mencolok sebagai persiapan meragang pada saat persalinan dan kelahiran.

5) Payudara

Pada minggu awal kehamilan, wanita sering mengalami *perestensi* dan nyeri payudara. Pada bulan kedua, payudara membesar dan memperlihatkan vena-vena di bawah kulit dan puting menjadi jauh lebih besar, berwarna lebih gelap dan lebih tegak. Setelah pada bulan pertama, pemijatan pada puting sering mengeluarkan cairan kental kekuningan. Pada *areola* tersebar sejumlah tonjolan kecil yang disebut kelenjar *Montgomery* yaitu kelenjar *sebase hipertrofik*.

6) Perubahan *Hematologi*

a) Volume Darah

Setelah 32 sampai 34 minggu kehamilan, *hipervolemia* yang telah lama diketahui besar rerataan adalah 40 sampai 45 persen diatas volume darah tak hamil. Volume darah ibu hamil mulai meningkat selama trimester pertama. Pada minggu ke 12, volume plasma bertambah sebesar 15 persen dibandingkan dengan keadaan sebelum hamil. Volume drah ibu hamil bertambah sangat

cepat selama trimester II dan melambat selama trimester III dan mendatar selama beberapa minggu terakhir kehamilan.

Ekspansi volume darah terjadi karena peningkatan plasma dan *eritrosit*, meskipun jumlah plasma yang ditambahkan kedalam sirkulasi ibu biasanya lebih banyak dari pada jumlah *eritrosit* namun peningkatan *eritrosit* cukup mencolok rata-rata sekitar 450 ml. Oleh karena bertambahnya plasma yang cukup besar maka konsentrasi hemoglobin dan hematokrit akan berkurang selama kehamilan yang mengakibatkan kekentalan darah secara keseluruhan berkurang.

Konsentrasi *hemoglobin* pada aterm adalah 12,5 g/dl dan pada 5% wanita konsentrasinya akan berkurang dari 11,0 g/dl. Karna itu, konsentrasi *hemoglobin* di bawah 11,0 g/dl dianggap abnormal dan disebabkan oleh *defisiensi* zat besi.

b) Metabolisme Besi.

Kandungan besi total pada wanita dewasa normal berkisar dari 2,0 sampai 2,5 gram atau sekitar separuh dari jumlah yang normalnya terdapat pada pria. Yang utamanya simpanan besi pada wanita muda normal hanyalah sekitar 300 mg. Dari sekitar 1000 mg besi yang dibutuhkan selama kehamilan normal, sekitar 300 mg secara aktif dipindahkan ke janin dan plasenta dan 200 di keluarkan melalui saluran cerna.

Volume total *eritrosit* dalam darah sekitar 450 ml dan memerlukan 500 mg lainnya karena 1 *eritrosit* mengandung 1,1 mg besi. Karna sebagian besar besi di gunakan selama paruh kedua kehamilan maka kebutuhan besi menjadi besar setelah pertengahan kehamilan dan mencapai sekitar 6 sampai 7 mg/hari.

7) Sistem *respirasi*

Sistem *respirasi* pada kehamilan, terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan *diafragma* karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari pada biasanya.

8) Perubahan *Metabolik*

Ibu hamil mengalami perubahan-perubahan *metabolik* yang besar dan *intens*. Pada trimester III, laju *metabolik basal* ibu meningkat 10 sampai 20 persen dibandingkan dengan keadaan tidak hamil. Tambahan kebutuhan total energi selama kehamilan diperkirakan mencapai 80.000 kkal atau sekitar 300 kkal/hari. Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan disebabkan oleh uterus dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah serta cairan eksternal. Sebagian kecil dari peningkatan ini dihasilkan oleh perubahan *metabolik* yang menyebabkan peningkatan air sel dan pengendapan lemak dan protein baru yang disebut cadangan ibu hamil (*Maternal-Reserves*). Penambahan berat badan rata-rata selama kehamilan adalah sekitar 12,5 kg.

9) *Traktus Urinarius*

Karna pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada kehamilan tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh

10) Perubahan pada kulit

Sejak setelah pertengahan kehamilan, sering terbentuk alur-alur kemerahan yang sedikit cekung dan biasanya di kulit payudara dan paha yang disebut *stria gravidarum* atau *stretch marks*. Pada *multipara* sering juga tampak garis-garis putih keperakan berkilap yang mencerminkan *sikatriks* dari *striae* lama. *Hiperpigmentasi* biasanya lebih mencolok pada mereka yang berkulit gelap.

Garis tengah pada kulit abdomen yang disebut *linea alba* mengalami *pigmentasi* sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan (*linea nigra*). Kadang muncul bercak kecoklatan dengan berbagai ukuran di wajah dan leher yang menimbulkan *kloasma* atau *melasma gravidarum*.

11) Saluran Pencernaan

Pirosis sering dijumpai pada kehamilan dan kemungkinan besar disebabkan oleh *refleks sekresi* asam ke *esofagus* bawah. Pada wanita hamil juga tekanan *intraesofagus* berkurang dan tekanan *intra* lambung meningkat. *Hemoroid* cukup sering terjadi selama kehamilan yang disebabkan oleh

konstipasi dan peningkatan tekanan di vena-vena dibawah uterus yang membesar.

b. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil

Adapun perubahan psikologis pada ibu hamil (Asrina, dkk 2017) yaitu :

1) Trimester I

Segera setelah konsepsi, kadar hormon *progesteron* dan *esterogen* dalam tubuh akan meningkat. Ini yang menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membeci kehamilannya. Ibu merasa kecewa, penolakan, kecemasan dan sedih. Pada masa ini juga ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya memang hamil.

2) Trimester ke II

Periode ini biasanya ibu sudah merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karna hamil sudah berkurang. Ibu sudah dapat menerima kehamilannya dan dapat menggunakan energi serta pikirannya secara pikirannya secara *konstruktif* dan ibu sudah dapa merasakan gerakan janinnya.

3) Trimester III

Periode ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kelahirannya. Perhatian ibu berfokus pada bayinya. Gerakan janin dan semakin membesarnya uterus membuat ibu waspada untuk melindungi bayinya dari bahaya dan cedera.pada trimester ke III ibu merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya, bayinya, kelainan pada bayinya, persalinan dan nyeri persalinan dan ibu tidak akan tahu kapan ia akan melahirkan.

c. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

Adapun tanda-tanda bahaya kehamilan (Astuti, 2016) diantaranya :

1) Pendarahan Pervaginam

Pada awal kehamilan, pendarahan yang tidak normal adalah pendarahan banyak atau pendarahan dengan disertai nyeri (*Abortus, KET,*

Molohidatidosa). Pada trimester II dan III bisa terjadi pendarahan *pervaginam* baik disertai rasa nyeri maupun tidak (*Plasenta previa, solusio plasenta*).

2) Sakit Kepala yang Berat

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

3) Pandangan Kabur

Masalah *visual* yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan *visual* mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang.

4) Nyeri *abdomen* yang hebat

Nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah istirahat, hal ini berarti *KET, abortus*, penyakit radang panggul, persalinan praterm, gastritis, penyakit kantong empedu.

5) Bengkak pada muka atau tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda gejala anemia, gagal jantung, atau *pre eklamsia*.

6) Bayi kurang gerak seperti biasa

Ibu mulai merasa gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke 6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

2.1.4 Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

a. Kebutuhan Ibu Hamil pada Trimeseter I, Trimester II, Trimester III

Adapun kebutuhan ibu hamil pada trimester I, trimester II dan trimester III (Nugroho, dkk 2017) yaitu :

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil meningkat 20%. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu yaitu latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak , kurangi dan hentikan merokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

2) Nutrisi

a) Kalori

Untuk ibu hamil trimeseter I dengan berat badan normal memerlukan tambahan 100 kkal/hari, sedangkan untuk trimester II dan III meningkat menjadi 300 kkal/hari.

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Asupan makan ibu hamil pada trimester pertama sering mengalami penurunan karna menurunkannya nafsu makan dan sering timbul mual dan muntah. Pada trimester kedua nafsu makan biasanya sudah mulai meningkat, kebutuhan zat tenaga lebih banyak dibanding kebutuhan saat hamil muda. Demikian juga zat pembangun dan zat pengatur seperti lauk pauk, sayur dan buah - buahan berwarna. Dan pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada usia 20 minggu terakhir kehamilan.

b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiring dengan perkembangan dan pertumbuhan janin serta perkembangan dan pertumbuhan saudara ibu, keperluan protein pada waktu hamil sangat

meningkat. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Kekurangan tersebut juga mengakibatkan pembentukan air susu dalam masa *laktasi* kurang sempurna. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil terhadap zat gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur, dan kacang) dan sumber nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang polo, dan hasil kacang-kacang misalnya tahu dan tempe).

c) Mineral

Pada prinsip semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai *ferosus*, *ferofumarat* atau *feroglukonat* per hari dan kehamilan kembar atau pada wanita yang sedang anemia dibutuhkan 60 – 100 mg per hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah – buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan untuk wanita tidak hamil. Kegunaan makanan tersebut yaitu untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan, untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri, agar supaya luka – luka persalinan lekas sembuh dalam nifas, dan guna mengadakan cadangan untuk masa laktasi.

4) Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga masa hamil. Mandi dianjurkan sedikit dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, buah dada bagian bawah, daerah *genetalia*) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapatkan perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan pemburukan *hygiene* mulut dan dapat menimbulkan karies pada gigi.

5. Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil yaitu pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, pakailah bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih.

6. Eliminasi

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang utama dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan trimester III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Hal terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitas berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan *dehidrasi*.

7. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat pendarahan *pervaginam*, riwayat *abortus*, berulang, *abortus* atau *partus prematurus imminens*, ketuban pecah sebelum waktunya.

8. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2016).

9. Senam hamil

Senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental pada persalinan cepat, aman dan spontan. Keuntungan senam hamil adalah melenturkan otot, memberikan kesegaran, meningkatkan *self esteem* dan *self image* dan sarana berbagai informasi. Waktu yang diperlukan untuk senam hamil ketika usia kandungan sudah mencapai 6 bulan keatas atau 24 bulan (Nugroho, dkk 2016).

10. Persiapan laktasi

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Penyurutan payudara untuk mengeluarkan *sekresi* dan membuka *duktus sinus laktiferus*, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar, karena pengurutan keliru bisa dapat menimbulkan kontraksi pada rahim, sehingga terjadi kondisi seperti uji kesejahteraan janin menggunakan *uterotonika*. Basuhan lembut setiap hari pada *areola* dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada daerah tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, dilakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif, dan menjadi lebih besar, sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (Asrina, dkk 2013).

2.1.5 Kebutuhan Psikologis dalam Masa Kehamilan

Adapun kebutuhan psikologis dalam masa kehamilan (Nugroho, dkk 2016) yaitu :

a. Trimester Pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Pada masa ini kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, depresi. Selain bidan seorang suami juga perlu memberi dukungan dan memberi perhatian pada istri yang sedang hamil.

b. Trimester Kedua

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Karena ibu merasa lebih sehat maka petugas kesehatan dapat memberikan dukungan dengan mengajarkan kepada ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda-tanda bahaya, rencana kelahiran dan rencana kegawatdaruratan.

c. Trimester Ketiga

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Keluarga dan suami dapat terus memberikan perhatian dan seorang tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan dengan memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu adalah normal.

2.1.6 Anemia pada Kehamilan

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 g% (g/dl) sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah, bahkan murah dengan menetapkan Hb kurang dari 11 gr% (Manuaba, dkk 2014).

Anemia secara praktis didefinisikan sebagai kadar Hb, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit di bawah batas normal (Prawirohardjo, 2014).

Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli (Manuaba, dkk 2014) dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Hb 11 gr% : Normal
2. Hb 9-10 gr% : Anemia ringan
3. Hb < 8 gr% : Anemia berat

Pengaruh anemia pada kehamilan dan janin

a) Pengaruh anemia terhadap kehamilan

1. Bahaya selama kehamilan

Dapat terjadi abortus, persalinan pre maturitas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis (Hb < 6 gr%), molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).

2. Bahaya saat persalinan

Gangguan His (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena antonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.

3. Pada masa nifas

Terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.

b) Penatalaksanaan anemia ringan

Pemberian vitamin C menjadi lebih efisien karena vitamin C mempunyai khasiat mempermudah penyerapan Fe oleh selaput usus, anjurkan ibu :

- a) Minum tablet zat besi dan makan buah-buahan yang kaya akan vitamin C (tomat, jeruk, air jeruk nipis).

b) Makan sayur berwarna hijau setiap hari (daun ubi, bayam dan sawi).

Menghindari minum teh dan kopi karena dapat menghambat penyerapan zat besi. Bila ibu tidak mendapat asupan vitamin C dalam makanan sehari-harinya dapat diberikan tablet vitamin C 50 mg perhari.

2.1.7 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan (*Antenatal care*)

Asuhan antenatal adalah upaya *preventif* program pelayanan kesehatan *obstetrik* untuk optimalisasi luaran *maternal* dan *neonatal* melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Adapun tujuan asuhan kehamilan (Lockhart & Saputra, 2016) yaitu :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu dan bayi.
3. Menemukan secara dini adanya masalah masalah/gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan
4. Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Standart Minimal ANC adalah 10 T

Ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi 10 T (Kemenkes RI, 2016) yaitu :

- 1) Pengukuran tinggi badan cukup satu kali.

Bila tinggi badan <145 maka faktor resiko panggul sempit dan kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Berat badan di timbang setiap kali periksa karna sejak bulan ke 4 penambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan.

2) Tekanan Darah

Tekanan Darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg ada faktor resiko hipertensi (Tekanan darah tinggi dalam kehamilan).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila < 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita kurang energi kronis (Ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Pengukuran Tinggi Rahim

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

5) Penentuan status Imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT)

Oleh petugas kesehatan untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan *tetanus toksoid* sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi

Tabel 2.1
Imunisasi TT

Imunisasi	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun/seumur hidup

Sumber: Kemenkes RI, 2016. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta.

6) Penentuan Letak janin (Presentasi janin) dan perhitungan denyut jantung janin.

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya tanda gawat janin, segera rujuk.

7) Pemberian Tablet Tambah darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 tablet. Tablet tambah darah di minum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8) Tes Laboratorium.

Yang meliputi golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia), pemeriksaan *urine* (Air kencing), tes pemeriksaan darah lainnya seperti HIV dan sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis.

9) Konseling atau penjelasan

Tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, KB dan imunisasi pada bayi.

10) Tata laksana atau mendapatkan pengobatan

Meliputi perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan pada ibu hamil.

Selain elemen tindakan yang harus dipenuhi, pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu 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 atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2016).

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

Persalinan adalah periode dari awitan kontraksi uterus yang regular sampai *ekspulsi* plasenta secara normal (Cunningham, *et all* 2014).

Persalinan dapat didefinisikan secara medis sebagai kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat, menciptakan penipisan dan dilatasi serviks di sepanjang waktu, yang menimbulkan dorongan kuat untuk melahirkan janin melalui jalan lahir melawan resistansi jaringan lunak, otot dan struktur tulang panggul (Kennedy, *et all* 2014).

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Adapun faktor- faktor yang mempengaruhi persalinan (Hidayat & Sujiyatini, 2016) yaitu :

1. *Power*

- a) His (Kontraksi otot rahim).
- b) Kontraksi otot dinding perut.
- c) *Inertia Uteri* (His yang sifatnya lemah).

2. *Passenger*

Janin dan Plasenta

3. *Passage*

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

4. *Psikis*

- a) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- b) Kebiasaan adat.

5. *Penolong*

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi.

b. Teori kemungkinan terjadinya proses persalinan

Ada beberapa teori kemungkinan terjadinya proses persalinan (UNPAD, 2012) :

1. Penurunan kadar *progesteron*.

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Sebaliknya *esterogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesterogen* dan *esterogen* didalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

2. Teori *Oxytocin*.

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

3. Keregangan Otot-otot.

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

4. Pengaruh janin.

Hypofise dan kelenjar *suprarenal* janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dan biasa.

5. Teori *prostaglandin*.

Prostaglandin yang dihasilkan oleh *decidua*, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extraminal menimbulkan kontraksi yang *myometrium* pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar *protaglandin* yang tinggi baik dalam iar ketuban maupun darah *perifer* pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

c. Tanda - tanda inpartu

Beberapa minggu sebelum persalinan, Calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng (*lightening*). Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa, bahwa berjalan sedikit lebih sukar dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota. Secara singkat terlihat pada ibu bahwa adanya tanda-tanda persalinan yaitu sebagai berikut : Keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir (*show*). Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dan nyeri pada anggota bawah (UNPAD, 2012).

d. Tahap Persalinan.

Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir.

Persalinan terbagi atas 4 kala (Kennedy, *et all* 2014) yaitu :

1. Kala I

Dimulai dengan awitan kontraksi uterus yang teratur dan berlangsung hingga dilatasi serviks lengkap. Kala I dibagi menjadi dua fase yang umum terjadi pada persalinan normal.

- a. Fase Laten : Dimulai dengan kontraksi yang hampir teratur hingga dilatasi serviks yang cepat mulai terjadi. Biasanya fase ini berlangsung beberapa jam, tetapi durasinya beragam.
- b. Fase Aktif : Dimulai dengan dilatasi serviks cepat dan berlangsung hingga dilatasi serviks lengkap. Biasanya fase ini dimulai saat dilatasi mencapai 4 cm.

2. Kala II

Dimulai dengan dilatasi serviks lengkap (10 cm) dan berlangsung hingga bayi lahir. Selama fase ini, bagian presentasi janin turun melalui panggul ibu. Kala II dapat disertai dengan peningkatan *bloody show*, perasaan tekanan di rectum, dan keinginan untuk mengejan.

3. Kala III

Merupakan bagian dari proses setelah kelahiran bayi, yaitu saat kelahiran plasenta.

4. Kala IV

Merupakan bagian dari proses setelah kelahiran plasenta ketika uterus berkontraksi secara efektif guna mencegah perdarahan berlebihan. Kala IV merupakan periode penyesuaian saat fungsi tubuh ibu mulai stabil.

e. Asuhan persalinan

Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan, pasca persalinan, *hipotermia*, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawhiradjo, 2014). Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Normal (JNPK-KR, 2016) :

1. Membuat keputusan klinik antara lain pengumpulan data subjektif dan objektif, diagnosis kerja, penatalaksanaan klinik, evaluasi hasil implementasi tatalaksana.
2. Asuhan sayang ibu dan bayi antara lain, persalinan merupakan peristiwa alami sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal, penolong memfasilitasi proses persalinan, tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moril, dan kerjasama semua pihak (penolong- klien- keluarga).
3. Pencegahan infeksi antara lain, kewaspadaan standar, mencegah terjadinya transmisi penyakit, proses pencegahan infeksi instrumen dan aplikasinya dalam pelayanan, barrier protektif, budaya bersih dan lingkungan yang aman.
4. Rekam medik (dokumentasi) antara lain, kelengkapan status klien, anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji penapisan tambahan lainnya, partograf sebagai instrument membuat keputusan dan dokumentasi klien, kesesuaian kelainan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih, upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan.
5. Sistem rujukan efektif yaitu, alasan keperluan rujukan, jenis rujukan (darurat atau optimal), tatalaksana rujukan, upaya yng dilakukan selama merujuk, jaringan pelayanan dan pendidikan, menggunakan sistem umum atau system internal rujukan kesehatan.

f. 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Adapun 58 langkah asuhan persalinan normal (JNPK-KR, 2016) yaitu :

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2 ml ke dalam wadah partus set
3. Memakai celemek plastik
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
5. Menggunakan sarung tangan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum
8. Melakukan pemeriksaan dalam
9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit)
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his), bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 - 6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
17. Letakkan kain bersih di bawah bokong ibu
18. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat, dan bahan
19. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
20. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 - 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu
21. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
22. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
23. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
24. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas
25. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)
26. Melakukan penilaian selintas : (a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan? (b) Apakah bayi bergerak aktif ?
27. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti

handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu

28. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus
29. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
31. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
32. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
33. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi
34. Selimuti bayi dan ibu dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
35. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
36. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
37. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 - 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur
38. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial)
39. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban

40. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase (pemijatan) pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
41. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam kantong plastik yang tersedia
42. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan
43. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
44. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
45. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral kemudian suntikan imunisasi Hepatitis B intramaskuler di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan *masase* uterus dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
50. Memeriksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
52. Membuang bahan - bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah
54. Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
55. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
56. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum
57. Membantu ibu memberikan ASI pada bayi
58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

g. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lainnya dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu dan bayi baru lahir keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dilakukan pencegahan infeksi (Prawirohadjo, 2014) yaitu :

1. untuk menghindari transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur.
2. Untuk menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

h. Ruptur Perineum

Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Perdarahan adalah penyebab kematian ibu yang sering terjadi. Tanda - tanda perdarahan adalah mengeluarkan darah dari jalan lahir > 500 cc, pada prakteknya tidak perlu mengukur jumlah perdarahan sampai sebanyak itu, sebab menghentikan perdarahan lebih dini akan memberikan prognosis lebih baik. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forceps atau vakum ekstraksi atau karena versi ekstraksi (Prawirohardjo, 2014).

1) Klasifikasi Rupture perineum

Jenis robekan perineum berdasarkan luasnya (JNPK-KR, 2016) adalah sebagai berikut :

- a) Derajat satu : Robekan ini hanya terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
 - b) Derajat dua : Robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot perineum.
 - c) Derajat tiga : Robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, otot - otot perineum dan sfingterani eksterna.
 - d) Derajat empat : Robekan dapat terjadi pula pada seluruh perineum dan sfingterani yang meluas sampai ke mukosa rectum.
- 2) Penyebab Robekan jalan lahir
- a) Berat badan bayi yang besar
 - b) Perineum kaku
 - c) Posisi ibu yang salah saat meneran
 - d) Primipara
 - e) multipara
 - f) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
 - g) Letak sungsang
 - h) Pada persalinan dengan distosia bahu
 - i) Partus lama, dimana telah terjadi serviks edem, sehingga jaringan serviks sudah menjadi rapuh dan mudah robek.
- 3) Penanganan Robekan jalan lahir
- a. Untuk mencegah luka yang robek dan pinggir luka yang tidak rata dan kurang bersih pada beberapa keadaan dilakukan episiotomi
 - b. Bila dijumpai robekan perineum dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki oleh bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh
- 4) Penjahitan Rupture Perineum
- Penjahitan ruptur perineum (Prawirohardjo, 2014) dapat dilakukan dengan cara berikut ini:
- a) Penjahitan Ruptur Perineum Derajat I

Penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan hanya dengan memakai cutgut yang dijahitkan secara jelujur (*continuous suture*) atau dengan angka delapan (*figure of eight*). Biasanya hanya pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.

b) Penjahitan rupture perineum derajat II

Sebelum dilakukan penjahitan pada perineum derajat II, jika dijumpai pinggir ruptur yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut diratakan dahulu. Pinggir ruptur sebelah kiri dan kanan masing-masing diklem terlebih dahulu, kemudian digunting, setelah pinggir ruptur rata baru dilakukan penjahitan luka perineum. Mula-mula otot di jahit dengan cutgut, kemudian selaput vagina dijahit dengan cutgut secara terputus-putus atau jelujur, penjahitan selaput lendir vagina dimulai dari puncak robekan. Cara Terakhir kulit perineum dijahit dengan benang secara terputus-putus. Biasanya pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.

c) Penjahitan ruptur perineum derajat III.

Mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit. Kemudian fascia perirektal dan fascia rektovaginal dijahit dengan *catgut kromik*, sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot spinter ani terpisah oleh karena robekan diklem dengan klem pean lurus, kemudian dijahit dengan 2-3 jahitan cutgut kromik sehingga bertemu kembali. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum derajat II. Biasanya pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani eksterna.

d) Penjahitan rupture perineum derajat IV.

1) Menjahit mukosa rectum:

- a. Jahitan mukosa rectum sedemikian rupa sehingga epitelnya melipat kedalam lumen. Ini untuk menghindari : Infeksi sekunder karena feces, terjadi fistula.
- b. Dipergunakan benang cutgut nomor 2/0-3/0.

- c. Lapisan kedua di atas mukosa untuk menguatkan dan menghindar fistula dan infeksi.
- 2) Menjahit sfingter ani eksterna
 - a. Kedua sfinter yang putus dipegang dengan klem allis diadaptasikan dan dijahit menggunakan benang 2/0 kromik cutgut atau vikril nomor 0.
 - b. Lapisan kedua jaringan perineum, dijahit untuk memperkuat jahitan pada sfinter ani dan mukosa rectum.
- 3) Menjahit dinding Vagina:
 - a. Jahitlah dulu hymen kromik cutgut nomor 2/30 seutuhnya sehingga dapat digunakan sebagai petunjuk menjahit ke arah vagina dan ke arah perineum.
 - b. Vagina dijahit berlapis dan tidak terlalu kuat sehingga sirkulasi tidak terganggu.
 - c. Jahitan dapat secara simpul atau jelujur.
 - d) Jahitan pada Perineum
 - 1) Dengan jahitan hymen sebagai batas untuk adaptasi anatomis, jahitan pada perineum tidak akan mengalami kesulitan.
 - 2) Setelah mencapai sfinter ani eksterna, jahit diambil agak dalam sebagai penjahitan penyangga dan nuntuk memperkuatnya.
Biasanya pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani eksterna,dinding rectum anterior.
 - e) Robekan dinding vagina.
Perlukaan vagina sering terjadi sewaktu:
 - 1) Melahirkan janin dengan cunam.
 - 2) Ekstraksi bokong
 - 3) Ekstraksi vakum.

2.3 Nifas

2.3.1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat - alat kandungan kembali seperti pra hamil. Masa nifas (puerperium) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014).

b. Tahapan masa nifas

Masa nifas seperti yang dijelaskan diatas merupakan serangkaian proses persalinan yang dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan yang harus dipahami oleh seorang bidan (Maritalia, 2015) antara lain :

1. Puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan - jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6 minggu.
3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi.

c. Fisiologis Masa Nifas

Adapun fisiologis yang terjadi pada masa nifas (Anggraini, 2016) diantaranya :

1. Perubahan pada sistem reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusio uteri. Bidan dapat membentuk ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

a. Involusio

Involusio uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 2.2
Perubahan normal uterus selama post partum

Waktu	Tfu	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi uterus
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	½ pusat	4530-500 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir minggu ke-2	simfisis	200 gra	5,0 gram	1cm
Akhir minggu ke-3	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyepit

Sumber: Anggraini, 2016. *Asuhan Kebidanan Masa nifas. Yogyakarta.*

b. Lochea

Akibat involusio uteri, lapisan desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Tabel 2.3
Perubahan Lochea

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra</i>	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
<i>Sanguilenta</i>	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
<i>Alba</i>	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
<i>Lochea purulenta</i>			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
<i>Lochiastasis</i>			Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggraini, 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta.*

c. Vulva, vagina dan perineum

Rugae kembali timbul pada minggu ke tiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

d. Perubahan pada sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar *progesteron* menurun dan pada usus memerlukan waktu 3- 4 hari untuk kembali normal.

e. Perubahan pada sistem perkemihan.

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar *steroid* tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

f. Perubahan pada tanda-tanda vital

Pada masa nifas tanda-tanda vital yang dikaji antara lain: Suhu badan, nadi, tekanan darah, pernapasan.

g. Payudara

1. Anatomi

Pada payudara terdapat puting susu yang terletak setinggi *interkosta IV*. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara dan *duktus laktiferus*, ujung-ujung syaraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat otot polos sirkuler. Payudara terdiri dari 15-25 lobus. Masing-masing terdiri dari 20-40 lobulus, selanjutnya masing-masing lobules terdiri dari 10-100 alveoli dan masing-masing dihubungkan dengan saluran

air susu sistem duktus. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram pada payudara terdapat tiga bagian utama, yaitu:

a) *Korpus* (badan) yaitu bagian yang membesar.

Korpus Alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah *sel Aciner*, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah.

b) *Areola*, yaitu bagian kehitaman di tengah.

Areola Sinus laktiferus, yaitu saluran dibawah areola yang besar melebar, akhirnya memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar.

c) *Papilla* atau puting, yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.

2. Patofisiologi

Patofisiologi laktasi tidak hanya diperhatikan dari sisi fungsi *glandula mammae* dalam memproduksi air susu, tetapi juga melibatkan proses pertumbuhan *glandula mammae* dari saat fetus sampai usia dewasa. Adanya gangguan pada setiap fase pertumbuhan payudara akan mengurangi atau bahkan meniadakan kapasitas fungsional *glandula mammae*.

Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI dibagi 3 bagian yaitu pembentukan kelenjar payudara, pembentukan air susu dan pemeliharaan pengeluaran air susu.

Pembentukan kelenjar payudara

a) Sebelum pubertus

Duktus primer dan *duktus sekunder* sudah terbentuk pada masa *fetus*. Mendekati *purbetas* akan terjadi pertumbuhan yang cepat dari *system duktus* terutama dibawah pengaruh *hormone estrogen* sedang pertumbuhan *alveoli* oleh *hormone progesterone*.

b) Masa *purbetas*

Terjadi pertumbuhan cabang-cabangan *system duktus proliferasi* dan *kanalisasi* dari unit-unit *lobulo alveolar* yang terletak pada ujung-

ujung *distal duktus*. Jaringan penyangga stoma mengalami organisasi dan membentuk *septum interlobalir*.

c) Masa siklus Menstruasi

Perubahan kelenjar payudara wanita dewasa berhubungan siklus menstruasi dan pengaruh-pengaruh hormone yang mengatur siklus tersebut seperti *estrogen* dan *progesteron* yang dihasilkan oleh *korpus luteum*.

d) Masa kehamilan

Pada awal kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari *duktulus* yang baru, percabangan-percabangan dan *lobules*, yang dipengaruhi hormon plasenta dan *korpus luteum*. Hormon yang membantu mempercepat pertumbuhan adalah *prolaktin*, *laktogen* plasenta, *korioni gonadotropin*, *insulin*, *kortisol*, *paratiroid* dan hormon pertumbuhan.

e) Pada 3 bulan kehamilan

Prolaktin dari *adenohipofise* mulai merangsang kelenjar air susu untuk menghasilkan air susu yang disebut kolostrum. Pada masa ini kolostrum masih dihambat oleh *estrogen* dan *progesteron*. Tetapi jumlah *prolaktin* meningkat hanya aktifitas pembuatan kolostrum yang ditekan

f) Pada trimester kedua kehamilan

Laktogen plasenta mulai merangsang pembentukan kolostrum. Keaktifan dari rangsangan hormon terhadap pengeluaran air susu telah didemonstrasikan kebenarannya bahwa seorang ibu yang melahirkan bayi berumur 4 bulan dimana bayinya meninggal tetap keluar kolostrum.

3. Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

a) *Refleks prolaktin*

Pada akhir kehamilan hormon *prolaktin* memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas *prolaktin* dihambat oleh *estrogen* dan *progesteron* yang kadarnya memang

tinggi. Saat bayi menyusu, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf *sensoris* yang sebagai *reseptor mekanik*.

Rangsangan dilanjutkan ke *hipotalamus* melalui *medula spinalis*, *hipotalamus* akan menekan pengeluaran fakto-faktor yang menghambat *sekresi prolaktin* dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu *sekresi prolaktin*. *Sekresi prolaktin* akan merangsang *hipofise anterior* sehingga keluar *prolaktin*. Hormon ini merangsang sel-sel *alveoli* yang berfungsi untuk membuat air susu

b) *Refleks let down*

Bersama dengan pembentukan *prolaktin* oleh *hipofise anterior*, rangsangan yang bersal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke *hipofise posterior (neurohipofise)* yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi *invulasi*. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari *alveoli* dan masuk ke *system duktus* dan selanjutnya membalir melalui *duktus laktiferus* masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat *refleks let down* (Sukarni & Margareth, 2013) :

a) Peningkatan *refleks let down* :

- 1) Melihat bayi
- 2) Mendengarkan bayi
- 3) Mencium bayi
- 4) Memikirkan untuk menyusui bayi

b) Penghambat *refleks let down* :

- 1) Keadaan bingung/pikiran kacau
- 2) Takut
- 3) Cemas

c) Mekanisme menyusui

Ada tiga refleks dalam mekanisme menyusui (sukarni & margareth, 2013) :

- 1) Refleks mencari (*Rooting Reflex*)

- 2) Refleks menghisap (*Sucking Refleks*)
- 3) Refleks menelan (*Swallowing Refleks*)

2.3.2. Asuhan Nifas

a. Tujuan Nifas

Tujuan asuhan masa nifas (Dewi, 2013) :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
4. Memberikan pelayanan keluarag berencana (KB)
5. Mendapatkan kesehatan emosi.

b. Program dan Kebijakan Teknis Pelayanan Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali (Kemenkes RI, 2016) 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. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- a) pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- b) pemeriksaan tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
- c) pemeriksaan lokhia dan cairan *per vaginam* lain;
- d) pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- e) pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana;
- f) pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

2.4. Bayi Baru Lahir

2.4.1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500- 4000 gram. Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500- 4000 gram (Saputra, 2016). Masa bayi baru lahir (neonatal) adalah saat kelahiran sampai umur 1 bulan, sedangkan masa bayi adalah saat bayi umur 1 bulan sampai 12 bulan (prawirohardjo, 2014).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal :

Adapun ciri-ciri bayi baru lahir normal (Dewi, 2013) :

1. Lahir Aterm antara 37- 42 minggu
2. Berat badan 2500 - 4000 gram
3. Panjang badan 48 - 52 cm
4. Lingkar dada 30 - 38 cm
5. Lingkar kepala 33- 35 cm
6. Lingkar lengan atas 11-12 cm
7. Pernapasan \pm 40-60 x/i
8. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/i
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas.
12. Nilai APGAR > 7

Tabel 2.4
Tanda Apgar

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah/ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (Denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (Aktifitas)	Tidak ada	Sedikit Gerak	Langsung Menangis
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: Dewi, 2013. *Asuhan neonatus, bayi dan balita*. Jakarta.

13. Genetalia pada laki-laki ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang, pada perempuan ditandai dengan adanya uretra dan vagina yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.
14. Eleminasi yang baik ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama bewarna hitam kecoklatan.

c. Adaptasi terhadap kehidupan *ekstrauterin*

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis. (Mushlihatun, 2014).

Tabel 2.5
Mekanisme *Hemostatis*/Adaptasi Bayi Baru Lahir

Sistem	<i>Intra uterin</i>	<i>Ekstra uterin</i>
<i>Respirasi/sirkulasi</i>		
Pernapasan volunter	Belum berfungsi	Berfungsi
<i>Alveoli</i>	<i>Kolaps</i>	berkembang
<i>Vaskularisasi paru</i>	Belum aktif	Aktif
Resistensi paru	Tinggi	Rendah
<i>Intake oksigen</i>	Dari plasenta ibu	Dari paru bayi sendiri
Pengeluaran <i>CO2</i>	Di plasenta	Di paru
Sirkulasi paru	Tidak berkembang	Berkembang banyak
Sirkulasi sitemik	<i>Resistensi perifer</i>	<i>Resistensi perifer</i>
Denyut jantung	Rendah, lebih cepat	Tinggi, lebih lambat
<i>Saluran cerna</i>		
<i>Absorpsi nutrien</i>	Belum aktif	Aktif
Kolonisasi kuman	Belum	Segera
<i>Feses</i>	<i>Mekonium</i>	>hari ke-4, feses biasa
<i>Enzim pencernaan</i>	Belum aktif	Aktif

Sumber: Muslihatun, 2014. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita. Yogyakarta

1. Adapatsi *pulmonal* (paru)

Perkembangan sistem *polmuner* terjadi sejak masa *embrio*, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari dan ini bakal paru terbentuk. Pada umur 26-28 hari kedua *ronchi* membesar, pada 6 minggu terbentuk *segmen bronchus*, pada 12 minggu terjadi *diferensiasi lobus*, pada umur 24 minggu terbentuklah *alveolus*, pada 28 minggu terbentuk *sufaktan* dan pada umur 34-36 minggu struktur paru-paru matang (Muslihatun, 2014).

Sebelum kelahiran, janin melakukan gerakan pernapasan dan paru-paru terbilang cukup *matur*. Paru janin penuh oleh cairan yang diekskresikan sendiri oleh paru tersebut. Selama kelahiran, cairan ini meninggalkan *alveoli*, baik dengan menutup jalan napas dan keluar melalui mulut hidung. *Stimulus* pernapasan mencakup *hiperkapnia* ringan, *hipoksia* dan *asidosis* ringan yang terjadi akibat persalinan normal (Fraser, 2012).

Cara neonatus bernapas dengan cara *diafragmatik* dan *abdominal*, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka *alveoli* akan *kolaps* dan paru-paru kaku, sehingga

terjadi *atelektasis*. Dalam kondisi seperti ini (*anoksia*), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme *anaerobik* (Dewi, 2013).

2. Adaptasi *kardiovaskuler*

Sistem sirkulasi bayi harus membuat penyesuaian besar untuk mengalihkan darah yang kurang oksigen (*deoksigenasi*) ke paru untuk paru *reoksigenasi*. Dengan pengembangan paru dan penurunan tahanan *vaskuler* paru, semua curah jantung dikirim ke paru. Darah kaya oksigen yang kembali ke jantung dari paru meningkatkan tekanan didalam *atrium* kiri. Tekanan di *atrium* kanan menurun karena darah berhenti mengalir melalui tali pusat. Penutupan *foramen ovale* terjadi secara fungsional. Selama hari pertama kehidupan, penutupan ini bersifat *reversibel* dan dapat terbuka kembali jika tahanan *vaskuler* paru tinggi (Fraser, 2012).

3. Suhu tubuh

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir (Fraser, 2012) antara lain :

- a) *Konduksi*, terjadi saat bayi bersentuhan dengan permukaan yang dingin.
- b) *Konveksi*, disebabkan oleh aliran dingin yang melewati permukaan tubuh bayi.
- c) *Radiasi*, panas terpancar ke objek-objek dingin di lingkungan yang tidak bersentuhan dengan bayi
- d) *Evaporasi*, cairan ketuban dari kulit. Setiap milimeter cairan yang ter evaporasi mengeluarkan 560 kalori panas. Rasio area permukaan tubuh bayi yang besar : massa tubuh berpotensi menghilangkan panas, terutama dari kepala yang menyusun 25% massa tubuh.

4. *Traktus Digestivus*

Traktus digestivus relatif lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, *traktus digestivus* mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas *mukopolisakarida* atau disebut dengan *mekonium*. Pengeluaran *mekonium* biasanya 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari

setelah kelahiran biasanya *feses* sudah terbentuk dan bewarna biasa. Enzim dalam *traktus digestivus* biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali *enzim amilase pankreas* (Muslihatun, 2014).

5. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan *morfologis* yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta *glikogen* (Dewi, 2013).

6. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Fungsi ginjal belum sempurna, karena jumlah *nefron* belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan *glomelurus* dan volume *tubulus proksimal*, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2014).

7. *Imunoglobulin*

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, *lamina propa ilium* serta *apendiks*. Plasenta merupakan sawar sehingga *fetus* bebas dari *antigen* dan *stress imunologis* (Muslihatun, 2014).

8. Gastrointestinal

Hubungan antara *esofagus* bawah dan lambung masih belum sempurna sehingga masih mengakibatkan gumoh. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml (15-30 ml). Usus bayi terdiri dari sejumlah besar kelenjar sekresi dan daerah permukaan yang besar untuk menyerap gizi makanan. Sejumlah enzim sudah dihasilkan, walaupun masih terdapat kekurangan *amilase* dan *lipase* yang menyebabkan bayi kurang mampu mencerna karbohidrat lemak (Rochmah, dkk 2012).

9. *Muskuloskeletal*

Otot bayi berkembang dengan sempurna karena *hipertrofi*, bukan *hiperplasia*. Tulang panjang tidak mengeras dengan sempurna untuk memudahkan pertumbuhan pada *epifise* (Rochmah, dkk 2012).

10. Reproduksi

Spermatogenesis pada anak laki-laki tidak terjadi hingga masa pubertas, namun total tambahan *folikel primordial* yang mengandung *ova primitif* ada pada *gonad* wanita (Rochmah, dkk 2012).

11. Neurologi

Sistem saraf bayi baru lahir masih sangat mudah, ini menyebabkan kegiatan *refleks spina* dan batang otak dengan kontrol minimal oleh lapisan luar *serebrum* pada beberapa bulan pertama. Beberapa refleks tersebut (Rochmah, dkk 2012) diantaranya :

- a. Refleks *moro*, terjadi karena adanya reaksi miring terhadap rangsangan mendadak. Ketiadaan refleks moro menandakan imaturitas otak. Jika pada usia 6 bulan refleks tersebut masih ada, ini menunjukkan keterlambatan mental.
- b. Refleks *rooting*, reaksi terhadap belaian di pipi atau dimulut bayi mulai menoleh ke arah sumber rangsangan
- c. Refleks mengedip/refleks mata, melindungi mata dari trauma
- d. Refleks menggenggam, bayi akan menggenggam dengan erat benda yang ditempatkan di dalam telapak tangan bayi
- e. Refleks berjalan dan melangkah, bayi akan berjalan jika telapak kakinya menyentuh permukaan yang rata
- f. Refleks leher *tonik asimetris*, jika kepala bayi menoleh ke satu arah, lengan di sisi tersebut akan ekstensi sedangkan lengan sebelahnya fleksi.

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir dan ketiga pada hari ke 8-28 hari setelah lahir (Kemenkes RI, 2016).

1. Perawatan segera bayi baru lahir

Adapun perawatan segera bayi baru lahir (Fraser, 2012) :

- a. Pencegahan kehilangan panas
- b. Membersihkan jalan napas

- c. Memotong tali pusat
 - d. Mengidentifikasi
 - e. Pengkajian kondisi bayi
 - f. Pemberian vitamin K.
2. Pelayanan *essensial* pada bayi baru lahir oleh dokter/bidan/perawat (Kemenkes RI, 2016) meliputi :
- a. Jaga bayi tetap hangat
 - b. Bersihkan jalan napas
 - c. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
 - d. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
 - e. Segera lakukan inisiasi dini
 - f. Beri salep mata *antibiotika tetrasiklin* 1% pada kedua mata
 - g. Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri *anterolateral* setelah IMD
 - h. Beri imunisasi *Hepatitis B0* 0,5 ml, *intramuskular*, dipaha kanan *anterolateral*, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1
 - i. Pemberian identitas
 - j. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
 - k. Pemulangan bayi baru lahir normal, kinseling dan kunjungan ulang.
3. Asuhan bayi usia 2-6 hari (Dewi, 2013) :
- a. Bayi harus selalu diberi ASI minimal setiap 2-3 jam.
 - b. Bayi cenderung sering tidur, berkemih dan defekasi.
 - c. Selalu menjaga kebersihan, kehangatan dan keamanan bayi dengan mengganti popok bayi sesuai keperluan, cuci tangan dan membersihkan bayi secara teratur terutama setelah BAK dan BAB, serta tidak meninggalkan bayi sendirian tanpa ada yang menjaga
 - d. Selalu perhatikan tanda-tanda bahaya pada bayi.
1. Asuhan bayi pada 6 minggu pertama
- l. *Bounding attachment*

Menurut maternal neonatal health, *bounding attachment* merupakan kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada saat persalinan kala III sampai dengan psotpartum. Adapun Elemen-elemen *bounding attachment* yaitu sentuhan, kontak mata, suara, aroma, entrainment, bioritme dan kontak dini (Muslihatun, 2014).

2.5 Keluarga Berencana

2.1.8 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah upaya yang dilakukan untuk membantu suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindarkna kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur interval kelahiran dan menentukan jumlah anak (Pinem, 2014).

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi kedinding rahim (Mulyani & Rinawati, 2013).

b. Tujuan keluarga berencana

Adapun tujuan program keluarga berencana (Handayani, 2017) :

- a) Tujuan umum : Membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.
- b) Tujuan khusus : Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk indonesia.

Sasaran program KB :

- a) Sasaran langsung : Pasangan usia subur (PUS)
- b) Sasaran tidak langsung :Pelaksana dan pengelola KB

c. Konseling Kb

Langkah-langkah konseling (Yuhedi & Kurniawati, 2016) adalah :

- SA** : **Sapa** dan **Salam** kepada klien secara spontan dan terbuka. Berikan perhatian sepenuhnya, tanyakan klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan yang akan diperolehnya.
- T** : **Tanyakan** klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya, bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman ber-KB, tentang kesehatan reproduksi, tujuan dan harapannya dan tentang kontrasepsi yang diinginkannya.
- U** : **Uraikan** kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.
- TU** : **banTU**lah klien menentukan pilihannya. Bantu klien berpikir mengenai kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya dan dorong klien untuk mengajukan pertanyaan.
- J** : **Jelaskan** secara lengkap tentang kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih kontrasepsinya. Jika perlu perlihatkan alat/obat kontrasepsi tersebut, bagaimana cara penggunaannya dan kemudian cara bekerjanya.
- U** : perlunya dilakukan kunjungan **Ulang**. Bicarakan dan buat perjanjian kapan klien perlu kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga mengingatkan agar kembali bila terjadi suatu masalah.

d. Jenis-Jenis Kontrasepsi

1. Pil kombinasi

Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon *estrogen* dan *progesteron*) ataupun hanya berisi *progesteron* saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya *ovulasi* dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim apabila pil kontrasepsi ini digunakan secara tepat.

Jenis-jenis pil dan cara kerja pil kombinasi (Meilani, 2010) yaitu :

- a. *Monofasik* : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progesteron* dalam dosis sama, dengan tablet tanpa hormon aktif.

- b. *Bifasik* : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tbalet mengandung hormon aktif *estrogen/progesteron* dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet
- c. Tanpa hormon aktif.
- d. *Trifasik* : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progesteron* dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Cara kerja alat kontrasepsi pil kombinasi adalah menghambat *ovulasi*, Membuat *endometrium* tidak mendukung untuk *implantasi*, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, pergerakan tuba tergantung sehingga transportasi telur terganggu.

Teradapat keuntungan dan kerugian dalam menggunakan pil kombinasi (Handayani, 2017) yaitu :

Keuntungan:

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga *menopause*
- e) Mudah dihentikan setiap saat.

Kerugian:

- a) Mahal dan membosankan karena digunakan setiap hari
- b) Mual 3 bulan pertama
- c) Perdarahan bercak atau perdarahan pada 3 bulan pertama
- d) Pusing
- e) Nyeri payudara
- f) Kenaikan berat badan
- g) Tidak mencegah PMS
- h) Tidak boleh untuk ibu yang menyusui.

2. Kontrasepsi pil progestin

Jenis pil kontrasepsi yang berisi hormon *sintetis progesteron*. Jenis-jenis kontrasepsi, cara kerja, keuntungan dan kerugian pil progestin (Handayani, 2017) yaitu :

- 1) Kemasan dengan isi 35 pil : mengandung 300 mikro gram *levonogestrel* atau 350 mikro gram *noretindron*.
- 2) Kemasan dengan isi 28 pil : mengandung 75 mikro gram *desogestrel*.

Cara Kerja kerja kontrasepsi pil progestin adalah menghambat ovulasi, dan mencegah implantasi.

Keuntungan pil progestin adalah Sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual dan tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI. Kerugian pil progestin adalah Harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari, kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode.

3. Suntikan Kombinasi

Jenis kontrasepsi suntik yang berisi hormon *sintetis estrogen* dan *progesteron*. Jenis-jenis kontrasepsi, keuntungan dan kerugian suntikan kombinasi (Handayani, 2017) yaitu :

- 1) 25 mg *depo medroksi progesteron asetat* dan 5 mg *estradiol valerat*
- 2) 50 mg *noretindron enantat* dan 5 mg *estradiol valerat*.

Mekanisme kerja suntikan kombinasi adalah menekan ovulasi, menghambat transportasi gamet oleh *tuba*.

Keuntungan:

- 1) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 2) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 3) Klien tidak perlu menyimpan obat
- 4) Jangka panjang.

Kerugian :

- 1) Perubahan pola haid: tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan sampai 10 hari

- 2) Awal pemakaian : mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga
- 3) Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
- 4) Penambahan berat badan.

4. Suntikan *progestin*

Kontrasepsi suntikan progestin ini sangat efektif dibandingkan dengan mini pil, karena dosis progestin 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. Kontrasepsi ini cocok bagi ibu yang sedang menyusui. Secara umum keuntungannya hampir sama dengan mini pil, hanya saja kontrasepsi ini memang lebih efektif.

Waktu pemberian suntik pertama prinsipnya sama dengan kontrasepsi hormonal lain. Suntikan ulang dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Suntik ulang juga bisa diberikan 2 minggu setelah jadwal asalkan perempuan tersebut diyakini tidak hamil, akan tetapi perlu tambahan dalam waktu 7 hari setelah penyuntikan atau tidak melakukan hubungan seksual (Meilani, dkk 2010).

Adapun keuntungan dan kerugian kontrasepsi ini (Arum & Sujiyatini, 2017) yaitu :

Keuntungan:

- 1) Sangat efektif
- 2) Aman untuk ibu menyusui
- 3) Pencegahan kehamilan
- 4) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

Kerugian:

- 1) Sering ditemukan gangguan haid
- 2) Bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan
- 3) Permasalahan berat badan.

5. Implant

Implan atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, di pasang pada lengan atas. Adapun profil dan jenis-jenis kontrasepsi implan serta cara kerja (Meilani, dkk 2010) yaitu :

a. Profil :

- 1) Efektif
- 2) Nyaman
- 3) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi
- 4) Kesuburan segera kembali setelah implan dicabut
- 5) Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan *amenorea*
- 6) Aman dipakai pada masa laktasi

b. Jenis-jenis kontrasepsi implan yaitu :

- 1) *Norplant* : Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg *Levonogestrel* dan lama kerjanya 5 tahun.
- 2) *Implanon* : Terdiri dari satu batang silastik lembut berongga dengan panjang kira-kira 4,0 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg *3 ketodeogestrel* dan lama kerjanya 3 tahun.
- 3) *Jadena* dan *indoplant* : Terdiri dari 2 batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm, diameter 2,5 mm, berisi 75 mg *Levonorgestrel* dengan lama kerja 3 tahun.

c. Cara kerja :

- 1) Menekan ovulasi karena *hormone estrogen* ditekan *hormone progesterone* yang telah ada sejak awal.
- 2) Mengganggu proses pembentukan *endometrium* sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Mengentalkan proses pembentukan *endometrium* sehingga sulit terjadi implantasi.

Adapun keuntungan dan kerugian serta kontraindikasi (Handayani, 2017) yaitu :

a. Keuntungan :

- 1) Daya guna tinggi
- 2) Cepat bekerja 24 jam setelah pemasangan
- 3) Perlindungan jangka panjang (bisa sampai lima tahun untuk jenis norplant)
- 4) Pengambilan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- 5) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 6) Bebas dari pengaruh estrogen
- 7) Tidak mengganggu proses senggama
- 8) Tidak mempengaruhi ASI
- 9) Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan.

b. Kerugian:

- 1) Harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih
- 2) Lebih mahal
- 3) Akseptor tidak dapat menghentikan implan sekehendaknya sendiri.

c. Kontraindikasi:

- 1) Kehamilan atau disangka hamil
- 2) Penderita penyakit hati akut
- 3) Kanker payudara
- 4) Kalainan jiwa
- 5) Penyakit jantung, *hipertensi* dan *diabetes mellitus*.

6. Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) IUD

IUD (intra uterine device) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui *serviks* dan dipasang di dalam uterus. Mekanisme kerja dan jenis AKDR (Meilani, dkk 2010) yaitu :

1. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus.
2. AKDR yang mengandung hormon *progesteron*. Lebih kentalnya lendir serviks akan mempersulit sperma untuk melewati *serviks* dan akan

terbunuh oleh *leukosit* yang timbul dalam cairan uterus sebagai hasil dari rangsangan tembaga. AKDR juga mencegah terjadinya implantasi karena di dalam uterus.

Jenis AKDR :

- 1) AKDR yang ber kandungan tembaga, yaitu *copper T (CuT 380A)* dan *nova T*.
- 2) AKDR yang ber kandungan hormon *progesteron*, yaitu *Mirena*
- 3) AKDR lebih dari 20 tahun, akan didapati dalam bentuk *lipes loop* (terbuat dari plastik).

Tabel 2.6
Nama dan Rincian AKDR

Alat	Jangka Waktu	Bentuk
<i>T380A</i>	8 tahun	380 mm ² lilitan kawat mengelilingi batang dan cincin tembaga (mengelilingi setiap bagian sampai lengan).
<i>Nova T</i>	5 tahun	380 mm ² lilitan kawat tembaga dengan inti perak mengelilingi batang.

Everett, S. 2015. Buku Saku Kontrasepsi & Kesehatan Seksual Reproduksi Edisi 2. Jakarta.

Adapaun keuntungan dan kerugian kontrasepsi AKDR (Meilani, dkk 2010) yaitu :

Keuntungan :

- 1) Efektif dengan segera yaitu setelah 24 jam dari pemasangan
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 3) Metode jangka panjang (8 tahun)
- 4) Tidak mengganggu produksi ASI
- 5) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 6) Dapat dipasang segera setelah melahirkan ataupun pasca abortus.

Kerugian :

- 1) Dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul
- 2) Adanya perdarahan bercak/spotting selama 1-2 hari pasca pemasangan tetapi kemudian akan menghilang.

3) Tidak bisa memasang atau melepas sendiri, petugas kesehatan yang diperbolehkan memasang juga yang sudah terlatih.

4) Alatnya dapat keluar tanpa disadari (Meilani, dkk 2010).

Adapun yang boleh menggunakan dan tidak boleh menggunakan serta waktu pemasangan AKDR (Pinem , 2014) yaitu :

1. Yang boleh menggunakan :

- a) Ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- b) Setelah melahirkan dan menyusui ataupun tidak menyusui bayinya
- c) Setelah mengalami abortus dan tidak terjadi infeksi
- d) Resiko rendah dari IMS.

2. Yang tidak boleh menggunakan :

- a) Kemungkinan hamil atau sedang hamil
- b) Perdarahan vagina yang belum jelas penyebabnya
- c) Sedang mengalami infeksi alat genital
- d) Kanker alat genital
- e) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

3. Waktu pemasangan yaitu :

- a) Segera setelah melahirkan, dalam 48 jam pertama atau 4 minggu pasca persalinan.
- b) Setelah mengalami *abortus* (segera atau dalam waktu 7 hari) bila tidak ditemukan gejala infeksi.

BAB 3
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA
NY. T DI KLINIK BIDAN T. H PEMATANGSIANTAR

3.1 ASUHAN KEHAMILAN

3.1.1 Kunjungan I

Masuk ke BPM, Kamis 9 November 2017	Jam : 16.00 WIB
Ibu	Suami
Nama ibu : Tri Agustina	Rahmat
Umur : 31 tahun	32 tahun
Suku/kebangsaan : Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Agama : Islam	Islam
Pendidikan : D III	D III
Pekerjajaan : IRT	Wiraswasta
Alamat : Jl.Cokrominoto	Jalan Cokrominoto
	Pematangsiantar
Telp : 085361970978	085234564323

DATA SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini : Kunjungan pertama Kunjungan Ulang

Keluhan utama : Tidak ada

2. Riwayat pernikahan

- a) Nikah ke : 1
- b) Umur menikah : Suami : 22 tahun Istri : 23 tahun
- c) Lama menikah : 9 tahun

3. Riwayat menstruasi

- a) Menarche : 13 tahun
- b) Siklus : 28 hari
- c) Lamanya : 3 hari

- d) Banyaknya : 3 x ganti doek
 e) Sifat darah : Kental
 f) Dismenorrhoe : Tidak ada

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas lalu

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas lalu

No	umur	Usia keham- i- Lan	Tempat persali- nan	Jenis persali- nan	Komplika-si		Penolong	Bayi			nifas
					Ibu	Bayi		PB/BB/J K	Keada- an	Keada- an	
1.	8 tahun	Aterm	BPM	Spontan	-	-	Bidan	50/3200 /Pr	Baik	Baik	Lan car
2.	4 tahun	Aterm	BPM	Spontan	-	-	Bidan	52/3500 /lk	Baik	Baik	Lan car
3.	2 tahun	Aterm	BPM	Spontan	-	-	Bidan	50/3100 /lk	Baik	Baik	Lan car
4.	KE H A M I L A N S E K A R A N G										

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a) Hari pertama haid terakhir : 24-04-2017
 b) Tafsiran persalinan : 31-01-2018
 c) Pergerakan janin pertama kali : Ada
 d) Pergerakan anak 24 jam terakhir : Ada > 15 x

6. Keluhan-keluhan pada

- a) Trimester I : Tidak ada
 b) Trimester II : Tidak ada
 c) Trimester III : Sering buang air kecil

7. Keluhan yang dirasakan saat ini

- a) Rasa lelah : Tidak ada
 b) Mual dan muntah yang lama : Tidak ada
 c) Nyeri perut : Tidak ada
 d) Panas mengigil : Tidak ada
 e) Sakit kepala berat : Tidak ada
 f) Penglihatan kabur : Tidak ada
 g) Rasa panas/nyeri waktu BAK : Tidak ada
 h) Rasa gatal pada vulva dan sekitarnya : Tidak ada

- i) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
- j) Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada
- k) Oedema : Tidak ada

8. Obat-obatan yang dikonsumsi

- a) Antibiotik : Tidak ada
- b) Tablet ferum : Tidak ada
- c) Jamu : Tidak ada
- d) Status emosional : Stabil

9. Riwayat kesehatan / penyakit sistemik yang pernah diderita

- a) Jantung : Tidak ada
- b) Hipertensi : Tidak ada
- c) Diabetes : Tidak ada
- d) Malaria : Tidak ada
- e) Epilepsi : Tidak ada
- f) Penyakit kelamin : Tidak ada

10. Riwayat penyakit keluarga

- a) Jantung : Tidak ada
- b) Hipertensi : Tidak ada
- c) DM : Tidak ada

11. Dukungan keluarga

- a) Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
- b) Diet makanan
 - Makanan sehari-hari : Nasi+ lauk + sayur + buah
 - Perubahan makanan yang dialami : Meningkatkan
 - Minum : 6 - 7 gelas /hari
 - Vitamin A : Tidak ada

12. Pola eliminasi

- BAB : 1x/ hari
- BAK : 6 - 7 x/hari

13. Aktivitas sehari - hari

- Pekerjaan : Tidak terganggu

- Pola istirahat/ tidur : Siang : 2 jam Malam: 7 jam
- Seksualitas : Tidak terganggu, 1 x/ minggu

14. Tempat mendapatkan pelayanan kesehatan

- Rencana penolong persalinan : Bidan
- Rencana tempat persalinan : Klinik bidan
- Imunisasi TT1: Belum didapat TT2 : Belum didapat

DATA OBJEKTIF

- 1) Tinggi badan : 160 cm
- 2) Berat badan : 58 kg
- 3) Vital sign
 - a) Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - b) Denyut nadi : 80x/i
 - c) Pernafasan : 20x/i
 - d) Suhu : 36,5⁰C
- 4) Lila : 26 cm
- 5) Kepala:
 - a) Rambut : hitam Kulit kepala : Bersih
 - b) Wajah : Cloasma gravidarum : Tidak ada
 - Pucat : Tidak ada
 - Oedema : Tidak ada
 - c) Mata : Konjungtiva : Pucat
 - Sklera mata : Tidak ikterik
 - d) Hidung : Bersih
 - e) Mulut : Lidah : Tidak berslak
 - f) Gigi : Karies : Tidak karies
 - g) Stomatitis : Tidak ada
 - h) Telinga : Serumen : Tidak ada
- 6) Leher :
 - a) Pembesaran : Tidak ada
 - b) kelenjar Thyroid : Tidak ada
- 7) Payudara

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : Ny. T usia 31 tahun G_{IV} P_{III} A₀, usia kehamilan 28-30 minggu, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP, janin hidup tunggal, intrauterin ibu dengan anemia ringan.

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Anemia berat

Masalah Potensial : Pendarahan postpartum hemorraghic (PPH).

Kebutuhan : Memberikan tablet Fe dan mengkonsumsi tablet Fe minimal 90 tablet.

PENATALAKSANAAN

1. Memberikan tablet Fe kepada ibu untuk mengkonsumsi tablet Fe 90 tablet yang diberikan dan diminum setiap 1 x 1 dalam sehari dan diminum pada malam hari.
2. Memberitahu ibu bahwasannya akan dilakukan kunjungan minimal 4 kali.
3. Menganjurkan ibu mengkonsumsi sayuran yang berwarna hijau yang banyak mengandung zat besi seperti sayur daun ubi, bayam, sawi dan buah terong belanda.
4. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh seperti zat besi yang diperoleh dari daging, ikan, telur serta hati.
5. Memberitahu ibu tanda - tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari - jari tangan, keluar cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, nyeri abdomen yang hebat.
6. Menganjurkan ibu untuk imunisasi Tetanus Toxoid (TT) untuk perlindungan ibu dan janinnya terhadap infeksi.
7. Menganjurkan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi setelah bersalin untuk menjarangkan kehamilannya.

8. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang untuk memantau kondisi kehamilan ibu.

3.1.2 Kunjungan II

Tanggal 9 Desember 2017

Pukul 11.00 wib

S : Ibu mengatakan bahwa saat ini keadaannya dalam kondisi baik, ibu sudah mendapat imunisasi TT1 : 10- 11- 2017

O : K/u baik, kesadaran composmentis, TD: 110/70 mmHg , pols : 80x/menit, Temp : 36,7⁰ C dan RR : 20x/i, TB : 160 cm, BB sekarang : 60 kg, LILA : 27 cm, conjungtiva pucat dan sklera tidak ikterik, puting susu menonjol, dan sudah ada sedikit pengeluaran colostrum. Palpasi leopold TFU 3 jari diatas pusat, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP, Mac Donald TFU 32 cm, TBJ : (30-13) x 155= 2945 gram, HB : 10, 8 gr%.

A : Ny. T 31 tahun, G_{IV}P_{III}A₀, dengan usia kehamilan 32-34 minggu, punggung kiri presentasi kepala, belum masuk PAP, janin hidup tunggal, intrauterin, ibu dengan anemia ringan.

Kebutuhan : Memberikan suntikan imunisasi TT2 pada ibu
 Menganjurkan untuk mengkonsumsi tablet Fe yang telah diberi
 Penkes anemia fisiologis pada trimester iii

P :

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan kehamilan yang dilakukan
2. Memberikan suntikan imunisasi TT2 pada ibu
3. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi.
4. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet Fe yang diterimanya
5. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri.
6. Memberikan penkes anemia fisiologis pada trimester iii
7. Menganjurkan ibu untuk senam hamil

3.1.2 Kunjungan III

Tanggal 23 Desember 2017

Pukul 11.00 wib

S : Ibu mengatakan bahwa saat ini keadaannya dalam kondisi baik, ibu sudah mendapat imunisasi TT1 : 10- 11- 2017 dan TT2 : 9 - 12- 2017. Hanya saja ibu mengalami kegerahan.

O : K/u baik, kesadaran composmentis, TD: 110/70 mmHg, pols : 80x/menit, Temp : 36,7⁰ C dan RR: 20x/i, TB : 160 cm, BB sekarang : 62 kg, LILA : 27 cm, conjungtiva pucat dan sklera tidak ikterik, puting susu menonjol, dan sudah ada sedikit pengeluaran colostrum. Palpasi Leopold TFU Pertengahan pusat dan prosesus xipodeus, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP, Mac Donald TFU 34 cm, TBJ : (34-13) x 155= 3225 gram, HB : 10, 8 gr%.

A : Ny. T 31 tahun, G_{IV}P_{III}A₀, dengan usia kehamilan 34-36 minggu, punggung kiri presentasi kepala, belum masuk pintu atas panggul, janin hidup tunggal, intrauterin, ibu dengan anemia ringan.

Kebutuhan : Mengajarkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe
 Mengajarkan perawatan payudara
 Penkes ketidaknyamanan dalam trimester iii

P :

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan kehamilan yang dilakukan
2. Mengajarkan ibu untuk tetap mengonsumsi makanan yang bergizi.
3. Mengajarkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe yang diterimanya
4. Mengajarkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri
5. Mengajarkan ibu perawatan payudara
6. Mengajarkan ibu untuk menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman
7. Memperbanyak minum cairan, baik air putih maupun jus buah segar untuk mengganti cairan tubuh yang keluar dalam bentuk keringat

3.1.3 Kunjungan IV

Tanggal 8 januari 2018

Pukul 14.30 Wib

S : Ibu mengatakan kondisinya baik, hanya saja sering buang air kecil pada malam hari dan mudah lelah setelah mengerjakan pekerjaan ringan

O : K/u baik, kesadaran composmentis, TD : 110/70 mmHg, pols : 80x/menit, Temp : 36,5⁰ C dan RR: 20x/i, TB : 160 cm, BB sekarang : 64 kg, LILA : 28 cm, conjungtiva tidak pucat dan sklera tidak ikterik, dan sudah ada sedikit pengeluaran colostrum. Palpasi Leopold TFU pertengahan pusat dengan prosesus xyphoideus, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP, Mac Donald TFU 36 cm, TBBJ: (36-11) x 155= 3875 gram, HB : 11 gr%.

A : Ny. T 31 tahun, G_{IV}P_{III}A₀, dengan usia kehamilan 37-39 minggu, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP, janin hidup tunggal, intrauterin, keadaan umum ibu baik.

Masalah : Mudah lelah dan sering buang air kecil

- Kebutuhan :
1. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
 2. Penkes tentang bahaya infeksi saluran kemih
 3. Informasi persalinan dan persiapan persalinan
 4. Perawatan payudara

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
3. Memberitahu ibu bahwa keluhan ibu yang sering buang air kecil, disebabkan karena kepala janin yang semakin turun
4. Mengurangi asupan cairan pada sore hari dan memperbanyak minum saat siang hari
5. Mengajarkan kepada ibu tentang persiapan persalinan seperti pakaian bayi, pakaian ibu, kendaraan, donor darah, tabungan, agar ibu tahu persiapan dalam menghadapi persalinan yang aman dan ibu harus tahu siapa pendamping ibu ketika persalinan nantinya

6. Menganjurkan ibu mengurangi makanan yang banyak mengandung karbohidrat dan lebih banyak makan sayur serta buah.

7. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan perawatan payudara

3.2. ASUHAN PERSALINAN

3.2.1 Data Perkembangan I

Identitas

Nama : Tri Agustina

Umur : 31 tahun

Agama : Islam

Alamat : Jl. Cokrominoto Pematangsiantar

Sabtu, 13 Januari 2018

Pukul 19.00 Wib

S : Ny. T Grv PIII A0 datang ke klinik Bidan T. H merasa mulas-mulas, nyeri dari pinggang menjalar ke perut, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir gerakan janin aktif dan ANC teratur.

O : Ny. T K/U Baik TD 120/80 mmHg, Pols 80 x/mnt, Suhu 36,7 °C, RR 20 x/i, Conjungtiva merah, tinggi fundus uteri (36cm), TBBJ 3875 gram, DJJ 145 x/mnt, punggung kiri, His 3x dalam 10 menit durasi 30 detik kekuatan sedang, presentase kepala, dilakukan VT, Pembukaan 6 cm, selaput ketuban utuh, penurunan kepala 2/5, tidak ada penyusupan kepala, jumlah urin ± 50 cc.

A : Ny. T 31 tahun Grv PIII A0 dengan usia kehamilan 37-39 minggu inpartu kala I fase aktif subfase dilatasi maksimal, keadaan ibu dan janin baik.

Kebutuhan : Memberikan semangat dan mengajarkan ibu untuk relaksasi

Memberikan asuhan sayang ibu

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, dan ibu memahami
- 2) Memfasilitasi pendamping persalinan ibu yaitu suami

- 3) Memfasilitasi pemenuhan nutrisi dan cairan pada ibu dengan memberi makan dan minum
- 4) Menganjurkan ibu untuk tidur dengan miring ke kiri dan kanan untuk mempercepat penurunan kepala janin.
- 5) Mengobservasi DJJ, dan His ibu setiap 30 menit dan hasil observasi terlampir.
- 6) Memantau kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf
- 7) Menyiapkan partus set, dan perlengkapan ibu dan bayi.

3.2.3 Data Perkembangan II

Pukul 21.00 Wib

S : Ibu mengatakan perutnya semakin mulas dan ketuban pecah spontan dan sudah ada keinginan ibu untuk BAB.

O : K/U baik, TD 120/80 mmHg, Pols 84 x/mnt Suhu 37 °C, RR 22 x/i, DJJ 150 x/i, His 5x dalam 10 menit dengan durasi 45 detik, kekuatan kuat, pembukaan lengkap, tidak ada penyusupan kepala, kepala di hodge IV, UUK kiri depan, air ketuban jernih

A : Ibu multigravida inpartu kala II

Kebutuhan : Memberikan semangat pada ibu

Menganjurkan ibu untuk meneran disaat kontraksi.

Melakukan pertolongan persalinan

P :

- 1) Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan
- 2) Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi
- 3) Mengajarkan ibu cara meneran yang benar
- 4) Menolong persalinan saat kepala membuka vulva 5- 6 cm, tangan kanan di bawah kain bersih untuk melindungi perineum, dan tangan kiri berada pada puncak kepala bayi. Membiarkan kepala bayi keluar secara perlahan - lahan. Menganjurkan ibu meneran kemudian menarik ke atas dan ke bawah untuk melahirkan bahu posterior. Setelah kedua bahu lahir, menelusuri dimulai dari kepala, punggung, bokong dan kaki maka jam 21.

15 WIB bayi lahir spontan, laki - laki, menangis kuat, apgar score 8/10, memfasilitasi IMD.

3.2.5 Data Perkembangan III

Pukul 21.20 WIB

S : Ibu mengatakan lelah dan perutnya terasa mules

O : K/u baik, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80x/i, Pernafasan : 20x/i, Suhu : 36,5⁰C
TFU setinggi pusat, kontraksi baik, tidak terdapat janin kedua, tali pusat tampak divulva.

A : Ibu multigravida inpartu Kala III

Kebutuhan : Memberikan semangat dan memberikan minum pada ibu

Melakukan pengeluaran plasenta

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, dan ibu memahami.
- 2) Menyuntikkan syntocinon 10 IU secara IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.
- 3) Mengobservasi pelepasan plasenta dan tanda pelepasan plasenta (+), yaitu ada semburan darah, perubahan fundus dan tali pusat memanjang.
- 4) Melakukan PTT, jam 21.30 WIB plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap 2 buah, selaput ketuban utuh, panjang tali pusat \pm 50 cm, perdarahan \pm 50 cc.
- 5) Melakukan masase selama 15 kali dalam 15 detik dan kontraksi uterus baik.

3.2.6 Data Perkembangan IV

Pukul 21.35 Wib

S : Ibu mengatakan keadaannya masih lemas dan lelah

O : K/u baik, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80x/i, Pernafasan : 20x/i, Suhu : 36,5⁰C,
TFU 1-2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, terdapat ruptur perineum derajat 2.

A : Ibu inpartu kala IV

Kebutuhan : Memberi ibu makan atau minum saat ibu haus atau lapar

Penjahitan luka perineum dan pengawasan kala iv

P :

- 1) Melakukan Penilaian laserasi dengan kain kasa, terdapat ruptur perineum derajat II.
- 2) Memberitahu ibu akan dilakukan penjahitan robekan.
- 3) Melakukan penyuntikan lidocain 2 % dengan dosis 2 cc, dengan cara pemberian 1 cc pada bagian kiri dan 1 cc pada bagian kanan pada bagian robekan perineum.
- 4) Melakukan penjahitan untuk luka perineum derajat II dengan jahitan dalam 3 jahitan dan luar 3 jahitan dengan teknik simpul dengan menggunakan catgut.
- 5) Mengestimasi perdarahan ibu dengan menggulung under path dan 1/3 kain bersih, dan perdarahan \pm 80 cc.
- 6) Membersihkan ibu, mengganti pakaian ibu dan memakaikan doek, memantau keadaan kandung kemih ibu.
- 7) Memfasilitasi pemenuhan nutrisi, ibu menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi, KIE tentang tanda bahaya nifas.
- 8) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.
- 9) Asuhan sayang bayi dengan memberikan injeksi vitamin K (Phytonadione) 2 mg secara IM di paha kiri dengan dosis 1 ml dan tetrasiklin 1% salep pada mata bayi, melakukan pengukuran PB bayi: 50 cm, BB bayi : 3700 gram, LK: 34 cm, LD: 33 cm, LILA 11 cm, Apgar Score 8/10, kemudian bayi dibedong, dan diberikan kepada ibu.
- 10) Mengajarkan ibu perawatan luka perineum

DATA PEMANTAUAN KALA IV**21.50 WIB**

Pada 15 menit pertama jam pertama K/u Baik, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80x/i, Pernafasan : 20x/i, Suhu : 36,9⁰ C, TFU 1-2 jari dibawah pusat , Perdarahan \pm 50 cc, kandung kemih kosong, dan kontraksi uterus baik.

Pada 15 menit kedua jam pertama K/u Baik, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80x/i, Pernafasan: 20x/i, Suhu : 36,8⁰C,TFU 1-2 jari dibawah pusat, perdarahan \pm 50cc, kandung kemih kosong, dan kontraksi uterus baik

Pada 15 menit ketiga jam pertama K/u Baik, TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80x/i, Pernafasan : 20x/i, Suhu : 36,7⁰C, TFU 1-2 jari dibawah pusat, Perdarahan ± 30 cc, dan kontraksi uterus baik

Pada 15 menit jam pertama K/u Baik, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80x/i, Pernafasan : 20x/i, Suhu: 36,6⁰C, TFU 1-2 jari dibawah pusat, perdarahan ± 30 cc, dan kontraksi uterus baik

Pada 30 menit pertama jam kedua K/u Baik, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/i, Pernafasan : 20x/i, Suhu: 36,5⁰C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan ± 50 cc dan kontraksi uterus baik

Pada 30 menit kedua jam kedua K/u Baik, TD: 120/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, Pernafasan : 22 x/i, Suhu : 36,5⁰C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan ± 50 cc, dan kontraksi uterus baik, total jumlah perdarahan kala 1, 2, 3 dan 4 ± 380 cc.

3.3. ASUHAN MASA NIFAS

3.3.1. Kunjungan I

Tanggal 14 Januari 2018

Pukul 08.00 Wib

S : Ny. T Piv A0 ibu menyatakan keadaannya baik hanya masih merasakan nyeri pada luka jahitannya.

O : K/u baik, TD 120/80 mmHg, Pols 82 x/i, RR 22 x/i, T 36,5 °C, payudara bersih, puting susu menonjol, ASI sudah ada, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, lokea rubra, kandung kemih kosong, luka jahitan dalam keadaan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

A : Ibu 1 hari post partum fisiologis dengan keadaan umum ibu baik.

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
- 2) Melakukan observasi tanda-tanda bahaya masa nifas seperti adanya tanda-tanda infeksi pada masa nifas
- 3) Menginformasikan pemberian ASI awal terhadap pemenuhan nutrisi bayi.
- 4) Menginformasikan penjagaan bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi agar bayi tetap merasa hangat

- 5) Menginformasikan kepada ibu tentang asuhan pada tali pusat bayi dan cara merawat bayi sehari-hari
- 6) Menginformasikan pada ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan mandi 2x dalam sehari, membersihkan kemaluannya setelah BAK dan BAB dengan arah dari depan kebelakang menggunakan sabun dan air bersih, kemudian mengeringkannya dengan handuk bersih serta mengganti pembalut minimal 3x dalam sehari
- 7) Mengajarkan ibu senam nifas
- 8) Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi untuk pemulihan keadaannya agar semakin baik dengan makan ikan, sayur, lauk-pauk dan buah serta susu
- 9) Mengajarkan ibu perawatan luka perineum emberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah lagi dan pemberian vitamin A.

3.3.2 Kunjungan II

Tanggal 17 Januari 2018

Pukul 16.00 Wib

S : Ibu postpartum hari ke-4, bayi sudah menyusui dengan baik dan keadaan ibu baik.

O : K/u baik, TD : 110/70 mmHg, Pols : 80 x/i, RR : 22 x/i, T : 36,5 °C, payudara bersih, puting susu menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, TFU 3 jari di atas simfisis, kontraksi baik, kandung kemih kosong, lochea sanguilenta, luka jahitan baik dan sudah mengering serta tidak ada tanda-tanda infeksi.

A : Ibu 4 hari post partum fisiologis dengan keadaan umum ibu baik.

P :

- 1) Menginformasikan bahwa keadaan umum ibu baik dan ibu harus tetap memberi ASI saja
- 2) Melakukan observasi terhadap kenormalan involusi uteri, tidak adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Menginformasikan tentang pemenuhan nutrisi, cairan dan istirahat ibu.

- 4) Melakukan observasi terhadap cara ibu menyusui dan tanda-tanda penyulit.
- 5) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan dirinya.

3.3.3 Kunjungan III

Tanggal 31 januari 2018

Pukul 16.30 Wib

S : Ibu tetap memberikan ASI tanpa makanan tambahan, ASI sudah keluar banyak, bayi menyusui dengan baik dan ibu tidak ada keluhan.

O : K/u : baik, TD : 110/70 mmHg, Pols : 80 x/i, RR : 22 x/i, T : 36,6 °C, payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, fundus uteri tidak teraba lagi, kontraksi baik, lokea alba, luka jahitan baik, sudah mengering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

A : Ibu 18 hari post partum fisiologis dengan keadaan umum ibu baik.

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
- 2) Melakukan observasi terhadap kenormalan involusi uteri, adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Menginformasikan tentang pemenuhan nutrisi, cairan dan istirahat ibu
- 4) Melakukan observasi terhadap cara ibu menyusui dan tanda-tanda penyulit.
- 5) Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI saja.
- 6) Melakukan kunjungan ulang pada ibu jika ada tanda bahaya pada masa nifas.
- 7) Memberitahu informasi tidak terdapat kelainan pada masa nifas ibu
- 8) Memberi konseling KB kepada ibu dan menganjurkan untuk berdiskusi dengan suaminya dalam pemilihan alat kontrasepsi.

3.3.4 Kunjungan IV

Tanggal 24 februari 2018

Pukul 17.00 Wib

S : Ibu mengatakan keadaan baik, tidak ada keluhan, ASI sudah keluar banyak dan bayi menyusui dengan baik.

O : K/u baik, TD 110/70 mmHg, Pols 80 x/i, RR 22 x/i, T 36,5 °C, payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, fundus uteri tidak teraba lagi, kontraksi baik, lochea alba, luka jahitan baik tidak ada tanda-tanda infeksi.

A : Ibu 42 hari post partum fisiologis dengan keadaan umum ibu baik

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
- 2) Memberitahu informasi tidak terdapat kelainan pada masa nifas ibu
- 3) Memberi konseling KB dan pemberian kartu KB pada ibu.

3.4 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

3.5 3.4.1 Kunjungan I

Tanggal 14 januari

Jam 09.25 Wib

S : By. T baru lahir pukul 21.15 WIB dengan keadaan baik dan sehat segera menangis, bergerak aktif.

O : K/u baik, BB 3700 gr, T 37,0 °C, warna kulit kemerahan, Apgar score 8/10, jk laki-laki, Anus (+), reflex baik.

Tabel 3.2
Nilai APGAR pada bayi baru lahir

Me- nit	Tanda	0	1	2	Jumlah
1	Warna	() Biru/ Pucat	() Badan merah (eks pucat)	(✓) Warna kulit merah	8
	Frekuensi jantung	() Tidak Ada	() < 100	(✓) > 100	
	Refleks	() Tidak Bereaksi	(✓) Eks, Fleksi sedikit	() Gerakan Aktif	
	Tonus otot	() Lumpuh	(✓) Gerakan Sedikit	() Menangis	
	Usaha bernafas	() Tidak Ada	() Lambat tidak teratur	(✓) Menangis Kuat	
5	Warna	() Biru/ Pucat	() Badan merah (eks pucat)	(✓) Warna kulit merah	10
	Frekuensi jantung	() Tidak Ada	() < 100	(✓) > 100	
	Refleks	() Tidak Bereaksi	() Eks, Fleksi sedikit	(✓) Gerakan Aktif	
	Tonus otot	() Lumpuh	() Gerakan Sedikit	(✓) Menangis	
	Usaha bernafas	() Tidak Ada	() Lambat tidak teratur	(✓) Menangis Kuat	

A : Bayi baru lahir 1 hari aterm spontan keadaan umum bayi baik.

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayi baik dan asuhan yang akan diberikan.
- 2) Pemberian injeksi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral secara IM
- 3) Menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat
- 4) Memandikan bayi.

3.4.2 Kunjungan II

Tanggal 17 januari 2018

Pukul 16.20 Wib

S : Ibu mengatakan bayinya tidak rewel, dan tali pusat sudah puput hari ke-3.

O : K/u baik, Pols 129 x/i, RR 45 x/i, T 36,5 °C, pusat bersih dan kering, warna kulit kemerahan, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, reflex baik.

A : Bayi baru lahir spontan 4 hari fisiologis keadaan umum bayi baik.

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

- 2) Menginformasikan tentang perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, mengganti popok bayi sesaat bayi BAB atau BAK, perawatan tali pusat dan tanda bahaya pada bayi baru lahir
- 3) Memadikan bayi.

3.4.3 Kunjungan III

Tanggal 31 Januari 2018

Pukul 16.40 Wib

S : Ibu mengatakan bayinya tidak rewel, tidur dengan nyenyak, menyusu dengan kuat dan hanya mendapat ASI saja.

O : K/u baik, Pols 129 x/i, RR 45 x/i, T 36,5 °C, tali pusat sudah puput dengan baik, reflex baik.

A : Bayi baru lahir spontan 28 hari fisiologis keadaan umum bayi baik.

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
- 2) Menginformasikan kepada ibu untuk memberikan imunisasi BCG pada bayinya pada saat umur 1 bulan
- 3) Membedong bayi agar tetap hangat.

3.5 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU AKSEPTOR KB

Tanggal 10 Maret 2018

Pukul 16.00 Wib

S : Ny. T umur 31 tahun ingin menjadi akseptor KB suntik 3 bulan, post partum 8 minggu, sudah konseling dan sudah mendapat kartu KB. Haid terakhir : 6 Maret 2018

O : K/u baik, BB 60 kg, TD 110/70 mmHg, Pols 80 x/i, RR 24 x/i, T 36,5°C

A : Ibu post partum 8 minggu akseptor KB suntik

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
- 2) Memberitahu ibu keuntungan pemakaian KB suntik.
- 3) Memberitahu ibu efek samping pemakaian KB suntik.
- 4) Melakukan penyuntikan depoprovera sacara IM dengan baik dan benar.

- 5) Menjelaskan tentang kunjungan ulang selanjutnya yaitu pada tanggal 1 juni 2018

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan akan dibahas perbandingan antara teori dengan hasil penatalaksanaan laporan tugas akhir dengan harapan untuk memperoleh gambaran secara nyata dan sejauh mana asuhan kebidanan pada Ny. T mulai dari masa kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (KB) di Klinik Bidan T. H Kota Pematangsiantar. Selain itu juga mengetahui dan membandingkan adanya kesamaan dan kesenjangan selama memberikan asuhan kebidanan dengan teori yang ada.

4.1 Asuhan Kehamilan

Ny. T melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan di trimester III ini, yang terdiri dari kunjungan pertama pada tanggal 9 november 2017, kunjungan kedua pada tanggal 9 desember 2017, kunjungan ketiga pada tanggal 23 desember 2017 dan kunjungan keempat pada tanggal 8 januari 2018. Pemeriksaan kehamilan pada Ny. T mengikuti stándar “10 T” yaitu : Timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi buruk (LiLa), ukur tinggi fundus uteri, penentuan letak janin (presentase janin) dan penghitungan DJJ, pemberian imunisasi tetanus toksoid lengkap, pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, konseling atau penjelasan, dan ata laksana atau mendapatkan pengobatan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan (Kemenkes RI, 2016).

Selama kehamilan ini Ny. T mengalami kenaikan berat badan batas normal. Berat badan ibu hamil akan bertambah paling sedikit 1kg/bulan selama hamil. Pengukuran tinggi badan cukup satu kali dilakukan dengan hasil pengukuran Ny. T 160 cm dan ini masih dalam batas normal(Kemenkes RI, 2016).

Saat pemeriksaan kehamilan, tekanan darah Ny. T adalah 110/70-120/80 mmHg, tekanan darah dalam batas normal. Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (antara 110/70 mmHg sampai 120/80 mmHg) apabila terjadi

kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan tekanan darah (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini (Kemenkes, RI 2016).

LiLa Ny. T adalah 26 cm, angka tersebut masih dalam batas normal dan status gizi Ny. T dalam keadaan baik. Ukuran LiLa normal pada ibu hamil adalah $\geq 23,5$ (Kemenkes, RI 2016). Mengukur LiLa untuk mengetahui status gizi ibu yang berhubungan dengan pertumbuhan janin agar tidak terjadi BBLR.

Ny. T Sudah melengkapi imunisasi TT sebanyak 2 kali yaitu pada tanggal 10 November 2017 untuk TT 1, dan pada tanggal 9 Desember 2017 untuk TT 2. Pemberian imunisasi TT selama kehamilan diberikan sebanyak 2 kali dengan interval suntikan pertama dan kedua selama satu bulan (Kemenkes, RI 2016).

Pada kunjungan I ditemukan Ny. T mengalami anemia ringan dengan Hb 10,6 gr% dan sudah mendapatkan tablet Fe sebanyak 90 tablet. Setelah mengkonsumsi tablet Fe pada kunjungan ke IV Hb Ny. T mengalami peningkatan menjadi 11 gr%. Selama masa kehamilan ibu harus mendapat 90 tablet Fe. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan dengan praktek dilapangan (Kemenkes RI, 2016). Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 gr% sebagai dasarnya. Simanjuntak mengemukakan bahwa sekitar 70% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia akibat kekurangan zat besi yang dapat diatasi dengan pemberian zat besi secara teratur dan peningkatan gizi (Manuaba, dkk 2014).

Berdasarkan data-data yang terkumpul dari anamnesa, pemeriksaan fisik pemeriksaan khusus kebidanan secara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi ditemukan masalah yaitu Ny. T mengalami anemia ringan. Namun hal ini dapat segera ditangani dengan pemberian tablet Fe sehingga pada kunjungan IV Hb Ny. T mengalami kenaikan yaitu menjadi 11gr%

4.2 Asuhan Persalinan

Pada kala I Ny. T datang ke klinik bidan T. H dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 6 cm persalinan berlangsung spontan pada tanggal 13 Januari 2018. Kala I berlangsung selama 2 jam 15 menit dalam pengawasan pada

multigravida, Faktor pendukung dalam proses persalinan yaitu dengan adanya *power, passenger, passage*, psikis dan penolong kelima faktor utama ini sangat mendukung jalannya persalinan (Hidayat & Sujiyatini, 2016)

Pada kala II pukul 21.00 WIB setelah pembukaan serviks lengkap dan bersamaan dengan pecahnya ketuban terlihat adanya tanda-tanda bersalin, pada pukul 21.15 WIB bayi lahir spontan segera menangis, *Apgar score* 8/10, JK laki-laki, kemudian segera bersihkan jalan nafas. Keadaan bayi didapatkan BB 3700 gr, PB 50 cm, LD 33 cm LK 34 cm LiLa 10 cm. Kala II persalinan berlangsung 15 menit setelah pembukaan lengkap.

Kala III pada Ny. T berlangsung 10 menit pada pukul 21.30 WIB, plasenta lahir spontan. Plasenta lengkap dengan jumlah kotiledon 20 buah, panjang tali pusat \pm 50 cm dan selaput ketuban utuh. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi diletakkan di dada ibu dengan posisi tengkurap untuk IMD. Pada bayi Ny.T yang hanya di lakukan IMD selama 15 menit dikarenakan ibu merasa kelelahan. Terjadi kesenjangan teori dengan praktek yang seharusnya menurut teori (JNPK-KR, 2016) IMD dilakukan selama 1 Jam setelah bayi lahir.

Penatalaksanaan kala III yang dilakukan yaitu melakukan manajemen aktif yaitu pemberian oksitosin 10 IU secara IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan massase fundus uteri. Pada Ny. T plasenta lahir Pukul 21.30 WIB berlangsung 15 menit setelah bayi lahir. Hal ini normal terjadi karena plasenta lahir 5 – 30 menit setelah bayi lahir, dengan demikian selama kala III tidak ada penyulit (JNPK-KR, 2016).

Penatalaksanaan kala IV yaitu melakukan penilaian laserasi dengan kain kassa, terdapat ruptur perineum derajat II, hal ini bisa terjadi karena faktor umur, paritas, dan berat bayi. Hasil penelitian kejadian *ruptur perineum* di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang dari persalinan normal bulan November 2013 sampai dengan Juni 2014 didapatkan 612 orang dengan persalinan normal (spontan), sebanyak 243 orang dengan kejadian ruptur perineum dengan mayoritas terjadi pada ibu primipara sebanyak 37 orang (15,22%), pada jarak kelahiran >2 tahun sebanyak 87 orang (35,80%), pada usia ibu 20-35 tahun

sebanyak 46 orang (18,93%), dan berat bayi lahir 2.500-4.000 gram sebanyak 73 orang (30,04%) (Eka, dkk 2015).

Asuhan pada Ny. T selama kala IV meliputi : melakukan massase uterus untuk mengetahui kontraksi uterus ibu, kemudian melakukan evaluasi adanya ruptur perineum ternyata terdapat robekan dijalan lahir yaitu derajat II. Ruptur perineum yang terjadi diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses persalinan. Penanganan yang telah dilakukan yakni penyuntikan lidocain 2% sebanyak 2 cc untuk penjahitan terhadap ruptur perineum dengan menggunakan cat gut. Setelah dilakukan penjahitan dilakukan pencegahan infeksi pada daerah kemaluan serta mengajarkan Ny. T cara merawat jahitan perineum tersebut agar tidak terjadi infeksi.

Observasi kala IV pada Ny. T yaitu TTV dalam batas normal, TFU setelah plasenta lahir 1-2 jari dibawah pusat kontraksi baik konsistensi keras, kandung kemih kosong lochea rubra, pengeluaran darah selama proses persalinan yaitu pada kala I, II, III dan IV jumlah pengeluaran darah yang dialami yaitu ± 380 cc. Teori mengatakan perkiraan pengeluaran darah normal ± 500 cc bila pengeluaran darah ≥ 500 cc merupakan pengeluaran darah abnormal (Prawirohardjo, 2014).

Tinggi fundus uteri 1-2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, kandung kemih kosong. Pengawasan post partum dilakukan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau perdarahan, TTV, kontraksi, TFU 1-2 Jari dibawah pusat, dan kandung kemih kosong. Pada 1 jam pertama pemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali, pada 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali. Dari hasil observasi kala IV tidak terdapat komplikasi (JNPK-KR, 2016).

4.3 Asuhan Nifas

Berdasarkan anamnesa didapatkan hasil bahwa ibu tidak ditemukan masalah, hanya saja keluhan yang muncul pada kunjungan 2 jam yaitu ibu mengeluh perutnya masih mules dan nyeri pada luka bekas jahitan. Nyeri pada bekas jahitan merupakan keluhan yang normal dan masih fisiologis, karena pada saat ini uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi pada 6 jam - 3 hari postpartum, 4 hari - 28 hari postpartum, 29 hari - 42 hari postpartum (Kemenkes RI, 2016). Kunjungan nifas pada Ny. T dilakukan pada 1 hari postpartum, 4 hari postpartum, 18 hari postpartum dan 42 hari postpartum. Hasil dari kunjungan tersebut tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun. Kunjungan nifas dilakukam sebanyak 4 kali, ini berarti antar teori dan praktek tidak ada kesenjangan (Kemenkes RI, 2016).

Kunjungan I, 1 hari post partum pada Ny. T tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea rubra, semua hasil pemantauan tidak ada kelainan, tidak terjadi pendarahan dan jahitan perineum dalam keadaan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Kunjungan II, 4 hari postpartum adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan pada Ny. T adalah tinggi fundus uteri 3 jari diatas simfisis, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kuning, bau khas, konsistensi cair, jahitan perineum ibu dalam keadaan baik, ibu memakan makanan bergizi, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi.

Kunjungan III, 18 hari postpartum adalah menilai ada atau tidaknya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan pada Ny. T adalah tinggi fundus uteri pada 18 hari postpartum yaitu sudah tidak teraba lagi diatas simfisis dan semakin kecil luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi jahitan perineum ibu dalam keadaan baik dan pengeluaran lochea serosa, berwarna kekuningan, ibu memakan makanan bergizi, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi serta ibu juga sudah diberi konseling KB.

Kunjungan IV, 42 hari postpartum adalah menilai ada tidaknya penyulit-penyulit yang dialami ibu dan ibu sudah mendapatkan konseling KB. Hasil pemeriksaan pada Ny. T adalah ibu tidak merasakan adanya penyulit, luka jahitan sudah tidak nyeri dan tidak ada tanda-tanda infeksi, ASI lancar dan ibu masih menyusui bayinya dan ibu ingin menggunakan KB.

4.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. T lahir cukup bulan masa gestasi 37-39 minggu, lahir spontan pukul 21.15 WIB tidak ditemukan adanya masalah, menangis spontan, kuat, tonus otot positif (+) warna kulit kemerahan jenis kelamin laki-laki, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan.

Kunjungan I, 1 hari neonatus adalah jaga kehangatan, dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun. Kemudian pemberian suntikan Hepatitis B dipaha kanan bagian luar secara IM dan memandikan bayi (JNPK-KR, 2016).

Kunjungan II, 4 hari hasil pemantauan keadaan bayi dalam batas normal tidak ditemukan masalah atau komplikasi keadaan bayi baik, mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayinya dan tidak ada, tali pusat telah puput dihari ke 4 pada tanggal 17 januari 2018 (JNPK-KR, 2016).

Kunjungan III, 18 hari hasil pemantauan keadaan bayi dalam keadaan normal, bayi menyusu dengan baik, ASI sesuai dengan kebutuhan dan tidak ditemukan keluhan pada bayi Ny. T.

4.5 Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan pada Ny. T dengan akseptor KB suntik 3 bulan telah dilakukan pengkajian (data subjektif dan data objektif) sesuai dengan SOAP melalui anamnese langsung pada pasien dan beberapa pemeriksaan. Sebelum menggunakan KB suntik, Ny. T diberikan konseling. Konseling adalah tindak lanjut dari KIE, bila seseorang telah termotivasi melalui KIE maka seseorang perlu diberikan konseling. Langkah-langkah konseling KB yaitu sapa dan salam, tanya klien untuk mendapat informasi, uraikan mengenai KB yang akan dipilih,

bantu klien menentukan pilihannya serta perlunya kunjungan ulang. Pengkajian data yang ditemukan oleh penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek dilapangan.

Suntik depoprovera 3 bulan tidak mempengaruhi ASI Dengan adanya konseling ibu tahu KB yang cocok untuk ibu selama menyusui dan *informed consent* untuk menetapkan pilihan ibu, KB yang akan digunakan ibu pada saat ini dan ibu memilih KB suntik 3 bulan dengan alasan ingin proses laktasi tetap lancar.

BAB 5

PENUTUP

5.1 SIMPULAN

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan, maka dapat diambil simpulan :

1. Pada masa kehamilan Ny. T mengalami anemia ringan, asuhan yang diberikan adalah memberikan tablet Fe dan pemenuhan nutrisi pada ibu.
2. Pada masa persalinan Ny. T dimulai sejak pembukaan 6 cm pukul 19.00 WIB sampai pembukaan lengkap yang disertai dengan pecahnya ketuban pukul 21.00 WIB. Kala I sampai kala II berlangsung selama 2 jam 15 menit, bayi lahir pukul 21.15 WIB. Kala III berlangsung selama 15 menit pukul 21.30 WIB pasenta lahir lengkap. Terjadi ruptur perineum derajat II dan ditangani dengan melakukan hecting perineum menggunakan cat gut.
3. Asuhan Kebidanan pada ibu nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu asuhan kebidanan pada kunjungan pertama 6 jam-3 hari, yang dilakukan pada tanggal 14 januari 2018. Kunjungan kedua 4 hari-28 hari, yang dilakukan pada tanggal 17 januari 2018. Kunjungan ketiga 29-42 hari, yang dilakuakn pada tanggal 31 januari 2018 dan kunjungan keempat yang dilakukan pada tanggal 24 februari 2018 dengan tujuan memantau keadaan ibu dan bayi baru lahir, mencegah dan mendeteksi komplikasi, serta memecahkan masalah-masalah yang terjadi serta menjadikan ibu sebagai akseptor KB. Selama memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas tidak ditemukan adanya masalah dan ibu mau menjadi akseptor KB.
4. Asuhan bayi baru lahir Ny. T meliputi menjaga kehangatan, melakukan IMD, memberikan salep mata, menyuntikan vit. k dan memberikan imunisasi HB0 telah dilakukan dan bayi dalam keadaan normal dan tidak ditemukan masalah ataupun komplikasi yang serius.
5. Asuhan keluarga berencana Ny. T yaitu telah menjadi akseptor KB suntik *Depo provera* dan tidak ditemukan keluhan.

5.2 SARAN

1. Bagi Lahan Praktek

Asuhan yang sudah diberikan pada klien sudah cukup baik dan hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standart asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan, kesehatan, agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanaan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan asuhan pada BBL serta pelayanan KB.

2. Bagi Klien

Agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karna mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana dengan melakukan pemeriksaan rutin dipelayanan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan laporan tugas akhir ini di perpustakaan sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa serta peningkatan kompetensi dan menghasilkan bidan yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andina, V. S. & Yuni, F. Y. 2015. *Asuhan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Anggraini, Y. 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Arum, D. N. S & Sujiyatini. 2017. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Asrina., Shinta, S. P & Dewie, S. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Astuti, D. H. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu 1 (kehamilan)*. Yogyakarta: Graha Medika.
- Cunningham, F. G., Macdonald, P. C., & Gant N. F. 2013. *William Obstetries, Edisi XXIII*. Jakarta: EGC.
- Dewi, V. N. L. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinkes Kota Pematangsiantar. 2016. *Profil Kesehatan Kota Pematangsiantar*.
- Dinkes Provinsi Sumatera Utara. 2016. *Profil Kesehatan Sumatera Utara*. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/profil_kes../02_Sumut_2016.pdf diakses 2 Maret 2018.
- Eka, Anafrin & Dyah. 2015. Penyebab Terjadinya Ruptur Perineum pada Persalinan Normal di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. (<https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/download/160/157>). Diakses 28 Juni 2018.
- Everett, S. 2015. *Buku Saku Kontrasepsi & Kesehatan Seksual Reproduksi Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. 2012. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Handayani, S. 2017. *Buku Ajar Pelayanan Kesehatan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hidayat & Sujiyatini. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2016. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: TIM.

- Kemenkes RI. 2016. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA.
- Kemenkes RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia. <http://www.depkes.go.id/resources/download/profil-kesehatan-indonesia-2016.pdf> diakses 2 Maret 2018.
- Kennedy, B. B., Ruth, D. J., & Martin E. J. 2014. *Manajemen Intrapartum, Edisi IV*. Jakarta: EGC.
- Lockhart, A & Saputra, L. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologi & Patologi*. Pamulang: Binarupa Aksara.
- Manuaba, I. A. C, Manuaba I. B. G. F & Manuaba I. B. G. 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Maritalia, D. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Meilani, dkk. 2010. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mulyani, N. S & Rinawati, M. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muslihatun, W. N. 2014. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nugroho, dkk. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pinem, S. 2014. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta Timur: TIM.
- Prawirohardjo, S. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Romauli, S. 2016. *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rochmah, dkk. 2012. *Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.
- Saputra, L. 2016. *Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Fisiologi & Patologi*. Pamulang: Binarupa Aksara.
- Sukarni, I & Margareth. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- UNPAD. 2012. *Obstetri Fisiologi*. Bandung: Eleman.

Yuhedi, L. T & Kurniawati, T. 2016. *Buku Ajar Kependudukan & Pelayanan KB*.
Jakarta: EGC.

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tri Agustina
Umur : 31 tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Cokrominoto Pematnagsiantar

Istri dari

Nama : Rahmat
Umur : 32 tahun
Pekerjaan : Wiraswasta

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi klien dalam asuhan kebidanan yang dilaksanakan oleh :

Nama : Nurhalimah
NIM : P0.73.24.2.15.067
Tingkat/Kelas : III/B

Mahasiswa dari Prodi Kebidanan Pematangsiantar guna penyusunan Laporan Tugas Akhir berupa asuhan kebidanan secara *continuity of care* kepada saya dan keluarga juga telah diberikan penjelasan yang cukup sehingga saya dapat menyetujui untuk terlibat dalam proses asuhan kebidanan ini.

Demikianlah persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Pematangsiantar, 9 November 2017

Suami pendamping



(Rahmat)

Pelaksana



(Nurhalimah)

Klien



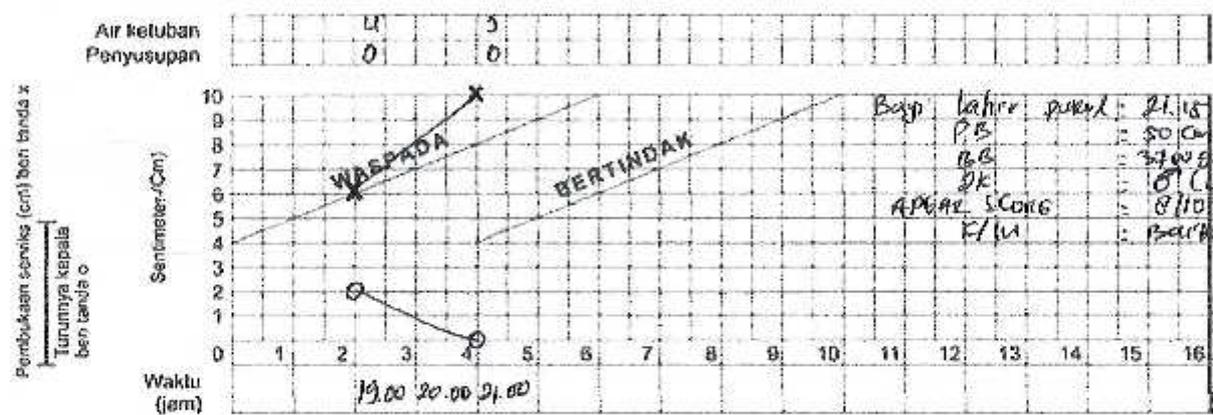
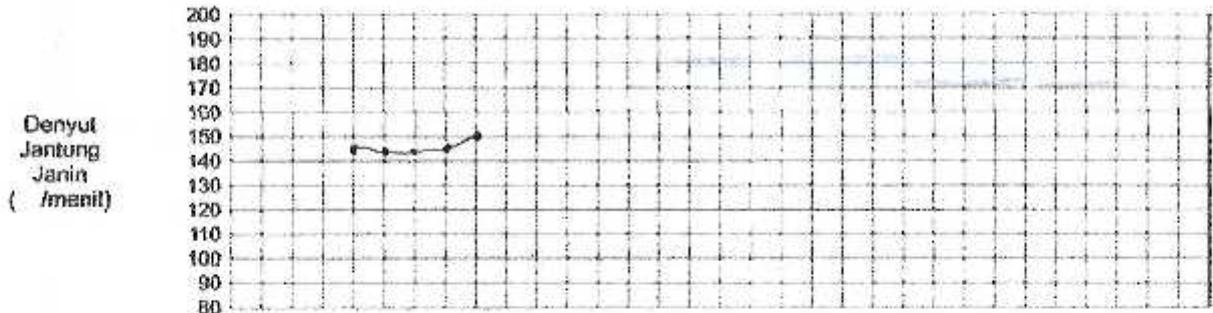
METERAI
TEMPEL
144AEF919791536
6000
LEMBANG BUKU SURAH
Tri Agustina

PARTOGRAF

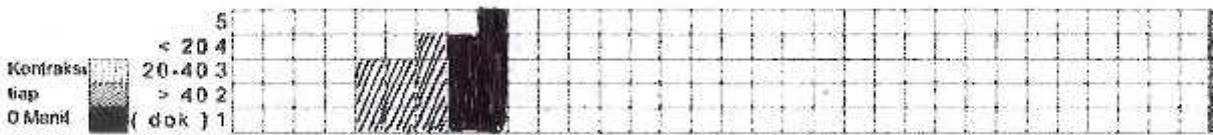
No. Register
No. Puskesmas
Kelurahan pecah

Sejak jam 21.00 WIB

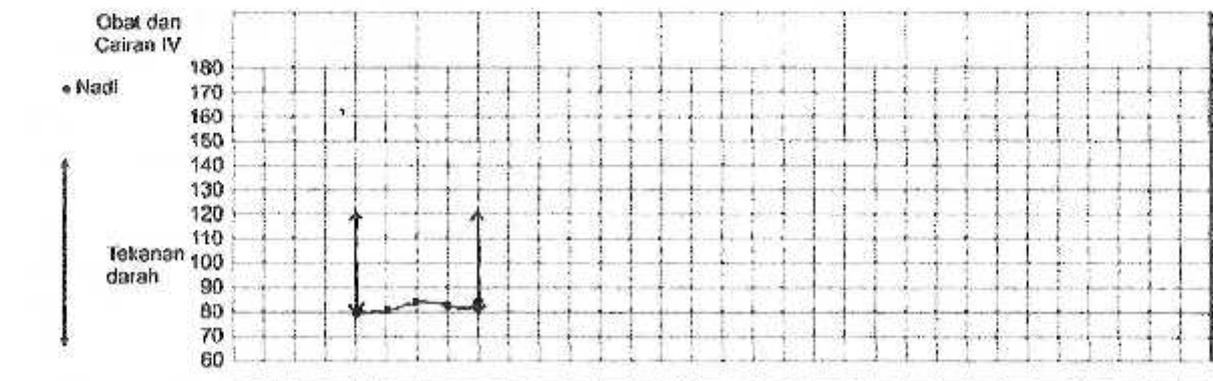
Nama Ibu : Titi Agustina Umur : 31 Tahun G. IV P. II A. 0
 Tanggal : 13-01-2018 Jam : 19.00 WIB Alamat : Jl. Cokrodimulyo
 mules sejak jam 17.00 WIB P. Siantar



Bayi lahir pukul : 21.15 WIB
 P.B : 50 cm
 B.B : 3700 gram
 J.K : 01 (akar-panjang)
 APGAR 5 MENIT : 8/10
 K/LM : baik



Oksitosin U/L tetes/menit



Suhu C

Urin
 Protein
 Aseton
 Volume

TELAPAK KAKI BAYI NY. T DAN JARI JEMPOL TANGAN NY. T

Sidik Telapak Kaki Kiri Bayi	Sidik Telapak Kaki Kanan Bayi
	
Sidik Jari Jempol Kiri Ibu	Sidik Jari Jempol Kanan Ibu
	



KARTU BIMBINGAN LTA



Nama Mahasiswa : NURHALIMAH
NIM : PO.73.24.2.15.067
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana Pada Ny. T Di Klinik Bidan T. H Kota Pematangsiantar
Pembimbing Utama : Sukaisi, S.Si.T, M.Biomed
Pembimbing Pendamping : Hendri P. L. Tobing, S.Kep, Ns, M.Kes

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1	8 Juli 2018	Bimbingan Bab I mengenai data pasien	 (Sukaisi, S.Si.T, M.Biomed)
2	6 Juli 2018	Bimbingan Bab II mengenai kunjungan	 (Sukaisi, S.Si.T, M.Biomed)
3	10 Juli 2018	Bimbingan sistematika pembuatan Paragraf dan Bab II	 (Sukaisi, S.Si.T, M.Biomed)
4	11 Juli 2018	Bimbingan sistematika Paruhizan LTA dan ACC	 (Hendri P. L. Tobing, S.Kep, Ns, M.Kes)
5	11 Juli 2018	Bimbingan Laporan Tugas Akhir dan ACC	 (Sukaisi, S.Si.T, M.Biomed)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

Jl. Jamin Ginting KM. 13.5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos : 20136

Telepon : 061-8368633 – Fax : 061-8368644

Website : www.poltekkes-medan.ac.id, email : poltekkes_medan@yahoo.com



PRESENSI MENGHADIRI SEMINAR UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR TAHUN AKADEMIK 2017/ 2018

No	Nama Mahasiswa	NIM	HARI/ TANGGAL	JUDUL	KETUA PENGUJI	
					NAMA	TANDA TANGGA
1	Dika Vividia	10.13.24.21501	Senin 05 Maret '18	Akses per My. S. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Luandhi S. Sit. M. Kpc	
2	Shachin Naomi	10.13.24.21502	Senin 05 Maret '18	Akses per My. S. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Ribka Nurhas SSr. M. Kpc	
3	Maulana ujo Anamung	10.13.24.21503	Rabu 07 Maret '18	Akses per My. M. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	En Hanuwati S. Kpc, M. Kpc	
4	Nurhaumah	10.13.24.21504	Rabu 07 Maret '18	Akses per My. T. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	En Hanuwati S. Kpc, M. Kpc	
5	Priska Amangyuntala	10.13.24.21505	Kamis 08 Maret '18	Akses per My. M. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Reany Sinaga, S. Sit. M. Kpc	
6	Lestari Sihombing	10.13.24.21506	Kamis 08 Maret '18	Akses per My. H. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Reany Sinaga, S. Sit. M. Kpc	
7	Syrea Idrisdy P	10.13.24.21507	Kamis 08 Maret '18	Akses per My. R. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Reany Sinaga, S. Sit. M. Kpc	
8	Rizka Sinangyuntak	10.13.24.21508	Senin 12 Maret '18	Akses per My. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Juliana Puteh S. Pd. Akp. M. Kpc	
9	Khatika Eka Foketi	10.13.24.21509	Senin 12 Maret '18	Akses per My. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Juliana Puteh S. Pd. Akp. M. Kpc	
10	Desi Ramayani Pane	10.13.24.21510	Senin 12 Maret '18	Akses per My. masa hamil, bersalin Nifas, ASI, KB & kontrasepsi kehamilan berikutnya	Juliana Puteh S. Pd. Akp. M. Kpc	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

1. Nama Lengkap : NURHALIMAH
2. Tempat, Tanggal Lahir : Tumorang, 06 April 1997
3. Domisili : Huta II Tumorang, Kec. Gunung Maligas, Kab.
Simalungun Prov. Sumatera Utara
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Islam
6. Anak Ke : 4 dari 4 Bersaudara
7. Status : Belum Menikah
8. Telepon : 081264200692
9. E-mail : halimahnur11a@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. 2002-2003 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari TK UMMU HANI
TUMORANG
2. 2003-2009 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SD
NEGERI 096782 TUMORANG
3. 2009-2012 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SMP
NEGERI 1 DOLOK BATU NANGGAR
4. 2012-2015 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SMA
NEGERI 1 SDOLOK BATU NANGGAR
5. 2015-2018 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari
POLTEKKES KEMENKES MEDAN PRODI
D-III KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR



PERSETUJUAN KEPK TENTANG
PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN
Nomor: 034/KEPK/POLTEKKES KEMENKES MEDAN/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

“Asuhan Kebidanan Ny. T Masa Hamil, Bersalin, Nifas, BBL Dan KB Di Klinik Bidan T.H. Kota Pematangsiantar”

Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/ Peneliti Utama : **Nurhalimah**
Dari Institusi : **Prodi DIII Kebidanan P.Siantar Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**

Dapat disetujui pelaksanaannya dengan syarat :
Tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian kebidanan.
Melaporkan jika ada amandemen protokol penelitian.
Melaporkan penyimpangan/ pelanggaran terhadap protokol penelitian.
Melaporkan secara periodik perkembangan penelitian dan laporan akhir.
Melaporkan kejadian yang tidak diinginkan.

Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimal selama 1 (satu) tahun.

Medan, 10 Juli 2018
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Medan

Dr. Ketua,


Dr. Ir. Zuraidah Nasution, M.Kes
NIP. 196101101989102001