

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M MASA HAMIL,  
BERSALIN, NIFAS, BBL, DAN KB DI BPM R.M  
PEMATANGSIANTAR**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**



**Oleh :**

**CHIKITA OSI GULTOM**  
**NIM : P0.73.24.2.15.043**

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

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M MASA HAMIL,  
BERSALIN, NIFAS, BBL, DAN KB DI BPM R.M  
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 :**

**CHIKITA OSI GULTOM**  
**NIM : P0.73.24.2.14.043**

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

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M MASA HAMIL,  
BERSALIN, NIFAS, BBL DAN KB DI BPM R.M  
PEMATANGSIANTAR**

**Nama Mahasiswa: CHIKITA OSI GULTOM**

**NIM : P0.73.24.2.15.043**

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui untuk Dipertahankan  
Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir

Pembimbing Utama



**Renny Sinaga, S.Si.T, M.Kes**  
**NIP.197310302001122001**

Pembimbing Pendamping



**Sri Hernawati Sirait, S.Kep, Ns, M.Kes**  
**NIP. 197701012001122001**

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



**Tengku Sri Wahyuni S.Si.T. M.Keb**  
**NIP. 197404242001122002**

## LEMBAR PENGESAHAN

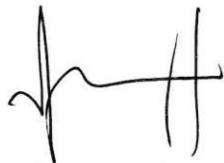
**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M MASA HAMIL,  
BERSALIN, NIFAS, BBL DAN KB DI BPM R.M  
PEMATANGSIANTAR**

**Nama Mahasiswa: CHIKITA OSI GULTOM**

**NIM : P0.73.24.2.15.043**

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Di Uji Pada Sidang Ujian Akhir  
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan  
Pematangsiantar, 12 Juli 2018

Penguji I



**Renny Sinaga, S.Si.T, M.Kes**  
NIP.197310302001122001

Penguji II



**Ribka Nova Sembiring, S.ST, M.Kes**  
NIP.197905272002122001

Ketua Penguji



**Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T. M.Keb**  
NIP.197404242001122002

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



**Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T. M.Keb**  
NIP.197404242001122002

POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR  
LAPORAN TUGAS AKHIR, MEI 2018

Chikita Osi Gultom

Asuhan Kebidanan Pada Ny. M Masa Hamil, Bersalin, Nifas, BBL, sampai menjadi Akseptor KB di Klinik Bidan R.M Kota Pematangsiantar.

### ABSTRAK

Angka kematian ibu dan bayi merupakan tolak ukur dalam menilai derajat kesehatan suatu bangsa, oleh karena itu pemerintah sangat menekankan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui program-program kesehatan. Untuk Meningkatkan derajat kesehatan maternal neonatal diterapkan asuhan kebidanan yang *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB sesuai dengan standar asuhan dan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan)

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan.

Metode yang digunakan yaitu asuhan kebidanan berkelanjutan dan pendokumentasian dengan manajemen SOAP.

Ny.M 31 tahun, GIII PIII Ab0 HPHT: 20-04-2017 , TTP 27-01-2018. Pada pelaksanaan ANC hanya ditemukan masalah yang bersifat fisiologis dan semua dapat teratasi. Persalinan pada Ny.M berlangsung di usia kehamilan 38 minggu. Pada asuhan masa nifas Ny.M tidak ditemukan masalah, sehingga proses laktasi dan involusi berjalan dengan lancar. Pada asuhan BBL Ny.M tidak ditemukan komplikasi dan Ny.M menjadi akseptor KB suntik.

Dari seluruh asuhan yang diberikan mulai dari masa hamil sampai akseptor KB sesuai dengan standar asuhan dan kewenangan bidan. Sehingga dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

**Kata Kunci** : *Continuity of Care*  
**Daftar Pustaka** : 23 sumber (2011-2015).

*POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
PROGRAM OF STUDIES OF CRIMINAL OF FIGHTERING  
FINAL PROJECT REPORT, MEI 2017*

Chikita Osi Gultom

*Midwifery Care In Mrs.M Pregnancy, Maternity, Nifas, BBL, to become KB Acceptors in Clinic Bidan R.M Kota Pematangsiantar.*

**ABSTRACT**

*Maternal and infant mortality rate is a benchmark in assessing the health status of a nation, therefore the government is very stressed to reduce maternal and infant mortality through health programs. To improve the degree of maternal neonatal health is applied continuity of care midwifery care to pregnant women, childbirth, newborn and family planning in accordance with standards of care and using the SOAP method.*

*Midwifery care standards are a reference to the decision-making process and actions undertaken by the midwife in accordance with their authority and scope of practice based on midwifery science and tips, the formulation of diagnoses and / or obstetric problems, planning, implementation, evaluation and recording of midwifery care.*

*The method used is continuous midwifery care and documentation with SOAP (Subjective, Objective, Assesment, Planing) management.*

*Mrs.M 31 years old, GIII PIII Ab0 HPHT: 20-04-2017, TTP 27-01-2018. In the implementation of the ANC only found a physiological problem and all can be solved. Labor on Mrs.M takes place at 38 weeks' gestation. In nymat childbirth care no problem was found, so the lactation and involution process went smoothly. On BBL Mrs.M treatment, no complications were found and Mrs.M became an injection acceptor.*

*Of all the care given from the pregnancy until the family planning acceptors in accordance with the standards of care and authority of midwives. So it can reduce Maternal Mortality Rate and Infant Mortality Rate.*

*Keywords : Continuity of Care*

*References : 23 sources (2011-2015).*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga dapat terselesaikan nya Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny M Masa Hamil, Bersalin, Nifas, BBL, dan KB di Klinik Bidan R.M Kota Pematang siantar”**, sebagai salah satu syarat menyelesaikan 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 yang terhormat :

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan.
2. Ibu Betty Mangkuji, SST, M.Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan.
3. Ibu Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T, M.Keb, selaku Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes RI Medan.
4. Ibu Renny Sinaga, S.SiT.M,Kes selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Sri Hernawati Sirait, S.Kep, Ns. M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan.
6. Bidan R.M yang telah memberikan fasilitas dan bimbingan untuk pelaksanaan Asuhan Kebidanan Pada Ny. M.
7. ibu dan keluarga pasien atas ketersediaan dan kerjasamanya yang baik.
8. Orangtua terkasih, Ayahanda O Gultom dan Ibunda S br Sagala, adik-adikku Raja Michael Gultom dan Timoteus Gultom dan seluruh keluarga atas cinta, dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga laporan tugas akhir ini selesai pada waktunya.

9. Kepada Kakakku Yohanna Etiksa Sari Damanik dan Adikku Desnita Simanjuntak yang membantu dan memberi dukungan kepada saya.
10. Teman seangkatan dan pihak-pihak yang terkait yang banyak membantu dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

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

Pematangsiantar, Juli 2018

**CHIKITA OSI GULTOM**  
**NIM:P0.73.24.2.15.043**



## DAFTAR ISI

|  | Halaman    |
|--|------------|
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>                              |            |
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                            | <b>i</b>   |
| <b>DAFTAR ISI .....</b>                                | <b>iii</b> |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                              | <b>iv</b>  |
| <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>                         | <b>1</b>   |
| 1.1. Latar Belakang .....                              | 1          |
| 1.2. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan.....            | 3          |
| 1.3. Tujuan Penyusunan LTA.....                        | 3          |
| 1.4. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan .....  | 4          |
| 1.5. Manfaat.....                                      | 4          |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>                   | <b>6</b>   |
| 2.1 Kehamilan .....                                    | 6          |
| 2.2 Persalinan .....                                   | 11         |
| 2.3 Nifas .....  | 27         |
| 2.4 Bayi Baru Lahir .....                              | 35         |
| 2.5 Keluarga Berencana.....                            | 42         |
| <b>BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN .....</b> | <b>45</b>  |
| 3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil .....              | 45         |
| 3.2 Asuhan Persalinan .....                            | 56         |
| 3.3 Asuhan Masa Nifas .....                            | 60         |
| 3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir .....        | 63         |
| 3.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana .....     | 67         |
| <b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>                         | <b>68</b>  |
| 4.1 Kehamilan .....                                    | 68         |
| 4.2 Persalinan .....                                   | 70         |
| 4.3 Masa Nifas .....                                   | 72         |
| 4.4 Bayi Baru Lahir .....                              | 73         |
| 4.5 Keluarga Berencana .....                           | 74         |
| <b>BAB V PENUTUP .....</b>                             | <b>75</b>  |
| 5.1 Kesimpulan .....                                   | 75         |
| 5.2 Saran.....   | 75         |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                                  |            |
| <b>LAMPIRAN</b>  |            |

## **DAFTAR TABEL**

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabel 2.1 | Lama Persalinan .....                               | 14 |
| Tabel 2.2 | Involusi Iterus .....                               | 29 |
| Tabel 2.3 | Jadwal Kunjungan pada Ibu dalam Masa Nifas .....    | 34 |
| Tabel 2.4 | Tanda APGAR .....                                   | 36 |
| Tabel 2.5 | Mekanisme Hemostatis/Adaptasi Bayi Baru Lahir ..... | 37 |

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Surat Persetujuan

Lampiran 2 Partograf

Lampiran 3 Sidik Kaki Bayi dan Jempol Ibu

Lampiran 4 Kartu Akseptor KB

Lampiran 5 Kartu Bimbingan LTA

Lampiran 6 Presensi menghadiri seminar proposal

## DAFTAR SINGKATAN

|       |  |
|-------|--|
| AKB   | : Angka Kematian Bayi                              |
| AKI   | : Angka Kematian Ibu                               |
| AKN   | : Angka Kematian Neonatal                          |
| ANC   | : <i>Ante Natal Care</i>                           |
| APGAR | : Appearance, pols, grimace, activity, respiration |
| APN   | : Asuhan Persalinan Normal                         |
| ASI   | : Air Susu Ibu                                     |
| BAB   | : Buang Air Besar                                  |
| BAK   | : Buang Air Kecil                                  |
| BBL   | : Bayi Baru Lahir                                  |
| BMI   | :Body Masa Index                                   |
| DJJ   | : Denyut Jantung Janin                             |
| HB    | : <i>Haemoglobin</i>                               |
| HCG   | : Human Chorionic Gonadotropin                     |
| HIV   | : <i>Human Immunodeficiency Virus</i>              |
| HPHT  | : Hari Pertama Haid Terakhir                       |
| IM    | : <i>Intra Muskular</i>                            |
| IMS   | :Infeksi Menular Seksual                           |
| KB    | : Keluarga Berencana                               |
| KH    | : Kelahiran Hidup                                  |
| KIA   | : Kesehatan Ibu dan Anak                           |
| KPD   | :Ketuban Pecah Dini                                |
| LILA  | : Lingkar Lengan Atas                              |
| KPD   | : Ketuban Pecah Dini                               |
| PAP   | : Pintu Atas Panggul                               |
| PMS   | : Penyakit Menular seksual                         |
| SDGs  | : Sustainable Development Goals                    |
| SDKI  | : Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia         |
| SOAP  | : <i>Subjektif Objektif Assasment Planning</i>     |

|      |  |
|------|--|
| SP   | :Sensus Penduduk                             |
| TBBJ | : Tafsiran Berat Badan Janin                 |
| TFU  | : Tinggi Fundus Uteri                        |
| TT   | : <i>Tetanus Toksoid</i>                     |
| TTP  | : Tanggal Tafsiran Persalinan                |
| USG  | : <i>Ultrasonografi</i>                      |
| VDRL | : <i>Veneral Desease Research Laboratory</i> |
| WHO  | : <i>World Health Organization</i>           |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu bagian dari upaya peningkatan derajat kesehatan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) Indonesia tahun 2030. Indikator akan tercapainya target tersebut jika Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi (AKB) menurun serta akseptor Keluarga Berencana (KB) meningkat. Keadaan ibu yang fisiologis saat hamil diharapkan berkelanjutan sampai masa nifas berakhir. Kondisi tersebut akan tercapai apabila pelayanan kesehatan bagi ibu memadai dan berkualitas (Kemenkes RI, 2015)

Menurut Permenkes nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa hamil, persalinan dan sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi serta kesehatan seksual adalah bukti kesungguhan pemerintah dalam peningkatan pelayanan kepada ibu dan anak (Kemenkes RI, 2014)

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 dan SDKI 2012 capaian cakupan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan pelayanan neonatus adalah dari 66%, 46% dan 43,9% menjadi 95,7%, 83,1%, dan 48%. Selain itu, data menunjukkan bahwa kematian ibu dari 228 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup dan bayi 34 per 1000 kelahiran hidup 32 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015)

Di Sumatera Utara, angka kematian ibu masih tinggi yaitu 106 per 100.000 kelahiran hidup. Data ini berdasarkan laporan profil kabupaten dan kota di Sumatera Utara tahun 2012. Sedangkan, berdasarkan data sensus penduduk, angka kematian ibu di Sumatera Utara jauh lebih tinggi, yaitu sebesar 328 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015)

Kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung obstetri yaitu kematian ibu yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas (hipertensi pada kehamilan 32%, komplikasi puerperium 31%, perdarahan post partum 20%, lain-lain 7%, abortus 4%, perdarahan antepartum 3%, kelainan

amnion 2% dan partus lama 1%). Penyebab tidak langsung yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinan. Penyakit tuberkulosis, anemia, malaria, sifilis, HIV, AIDS dan lain- lain yang dapat mempererat kehamilan dan meningkatkan risiko terjadinya kesakitan dan kematian (Kemenkes RI, 2015)

Berdasarkan Profil Kesehatan Sumatera Utara tahun 2014, Cakupan K1 adalah ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan cakupan K4 ibu hamil adalah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standar paling sedikit empat kali kunjungan dengan distribusi, sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan. Pencapaian cakupan kunjungan ibu hamil K1 di Kabupaten Simalungun sebesar 90,08% dan K4 sebesar 81,21%. (Depkes RI,2014)

Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menunjukkan kecenderungan peningkatan, yaitu dari 85,93% pada tahun 2009 meningkat menjadi 89,8% pada tahun 2013 (Kemenkes RI, 2015)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. Robekan perineum terjadi hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arcus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada *sirkumferensia suboksipito bregmatika* (Walyani S, 2015)

Masa nifas masih potensial mengalami komplikasi sehingga perlu perhatian dari tenaga kesehatan. Kematian ibu masih dapat terjadi pada masa ini karena pendarahan atau sepsis, serta kematian bayi baru lahir. (Prawirohardjo,2014)

Berdasarkan data BkkbN Provinsi Sumatera Utara tahun 2013, jumlah peserta KB baru adalah sebesar 450.668 (20,2%) mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2012 yaitu 19,44% dan tahun 2011 yaitu 14,08%, tahun 2010 yaitu 17,05% dan tahun 2009 yaitu 14,58% (Dinkes, 2016)

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga, yang dimaksud dengan program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes RI, 2015)

## **1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan**

Berdasarkan latar belakang, maka asuhan kebidanan *continuity of care* perlu dilakukan pada Ny.M trimester ke-1 sampai trimester ke-3 yang fisiologis melakukan 4 kali kunjungan, menolong persalinan, memantau masa nifas, melakukan perawatan pada neonatus dan menjadikan ibu akseptor KB.

## **1.3 Tujuan Penyusunan LTA**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

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

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menerapkan pendokumentasian kebidanan dengan metode SOAP (Subjectif, Objektif, *Asesment*, dan *Planing* ) pada ibu hamil, bersalin, nifas, Bayi baru lahir dan KB.
2. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
3. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
4. Merencanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
5. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.



6. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.
7. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

#### **1.4 Sasaran,Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan**

##### **1.4.1 Sasaran**

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny.M umur 31 tahun, GIIPIIA0, dengan memberikan asuhan kebidanan yang berkelanjutan mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

##### **1.4.2 Tempat**

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.M di laksanakan di BPM R. M Jln. Medan Pematangsiantar.

##### **1.4.3 Waktu**

Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny.M adalah Juli 2017 sampai Mei 2018

#### **1.5 Manfaat**

##### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan yang didapat di lahan praktek dalam penerapan asuhan kebidanan secara *continuity of care* kepada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

### **1.5.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Klinik Bidan**

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

#### **2. Bagi Klien**

Dapat meningkatkan kesehatan ibu dengan rutin memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan agar mendapatkan informasi tentang perubahan ibu selama hamil, bersalin, nifas, dan akseptor KB.

#### **3. Bagi Mahasiswa atau Penulis**

Bagi mahasiswa, praktek lapangan ini merupakan pengalaman berharga untuk mempraktekkan apa yang sudah dipelajari secara teori dan juga menambah wawasan dan mengembangkan diri dalam memberikan asuhan kebidanan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kehamilan**

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

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

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

Untuk melakukan asuhan antenatal yang baik, diperlukan pengetahuan dan kemampuan untuk mengenali perubahan fisiologik yang terkait dengan proses kehamilan. Perubahan tersebut mencakup perubahan produksi dan pengaruh hormonal serta perubahan anatomik dan fisiologik selama kehamilan. Pengenalan dan pemahaman tentang perubahan fisiologik tersebut menjadi modal dasar dalam mengenali kondisi patologik yang dapat mengganggu status kesehatan ibu ataupun bayi yang dikandungnya. Dengan kemampuan tersebut, penolong atau petugas kesehatan dapat mengambil tindakan yang tepat dan perlu untuk memperoleh luaran yang optimal dari kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2016).

###### **B. Tanda - Tanda Kehamilan**

###### **a. Tanda tidak pasti kehamilan**

###### **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 sickness*.

3. Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan 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 somatomotropin, 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

Keluar melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae nigrae, 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 genitalia eksternal, kaki dan betis serta payudara (Andina, 2015).

### 1. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

#### a) Perut Membesar

#### b) Pada pemeriksaan dalam di temui :

- 1) Tanda *Hegar* yaitu perubahan pada rahim menjadi lebih panjang dan lunak sehingga seolah-olah kedua jari dapat saling bersentuhan.
- 2) Tanda *Chadwicks* yaitu vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah sehingga makin tampak dan kebiru-biruan karena pengaruh estrogen.
- 3) Tanda *Piscaceks* yaitu adanya pelunakan dan pembesaran pada unilateral pada tempat implantasi (rahim).
- 4) Tanda *BraxtonHicks* yaitu adanya kontraksi pada rahim yang disebabkan karena adanya rangsangan pada uterus.

#### c) Pemeriksaan test kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.

### 2. Tanda Pasti Kehamilan

#### 1. Gerakan janin dalam rahim

#### 2. Terlihat dan teraba gerakan janin, teraba bagian-bagian janin.

#### 3. Denyut jantung janin, didengar dengan stetoskop monokuler, alat kardiografi, dan doppler, dilihat dengan ultrasonografi (Manuaba, 2014).

### C. Perubahan anatomi dan Fisiologi ibu hamil

Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin.

#### 1. Sistem Reproduksi

##### a. Uterus

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 Liter bahkan dapat mencapai 20 Liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram. Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi oleh hormon estrogen dan sedikit hormon progesteron. Pada minggu-minggu pertama kehamilan, uterus masih bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membesar dan akan menjadi seperti bola cembung pada usia kehamilan 12 minggu. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus pada kehamilan bagian atas akan berkontraksi sehingga sekmen bawah uterus akan melebar dan akan menipis (Prawiroharjo, 2016).

##### b. Serviks

*serviks* merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat peningkatan volume organ atau jaringan akibat pembesaran komponen sel dan meningkatnya jumlah sel sehingga merubah ukuran dari organ pada kelenjar-kelenjar serviks.

##### c. Vagina dan perineum

Vagina dan perineum mengalami peningkatan pembuluh darah Oleh karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat merah atau kebiru-biruan, kondisi ini disebut dengan tanda *Chadwick*.

d. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 minggu.

e. Payudara

Pada awal kehamilan payudara akan semakin lunak dan di bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, puting akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh progesteron akan hilang. Peningkatan prolaktin akan marangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu.

f. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal (Prawiroharjo, 2016).

2. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut curah jantung meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini terjadi mulai usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya usia kehamilan ini 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada waktu istirahat juga akan meningkat (dalam keadaan normal 70 x/I menjadi 80-90x/I). Pada kehamilan 30 minggu, curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Selama persalinan, curah jantung akan meningkat sebesar 30%, dan setelah persalinan, curah jantung menurun sampai 15-25% di atas batas kehamilan.

### 3. Sistem Urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja. Ginjal menyaring darah yang Volumennya meningkat (sampai 30%-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang besar).

### 4. Sistem *Gastrointestinal*

Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan anus bagian bawah sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar *progesterone*, Wanita Hamil mengalami rasa panas didada (*heartburn*) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada didalam lambung dan karena relaksasi sfingter dikerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali kekerongkongan.

### 5. Sistem *musculoskeletal*

Adanya sakit punggung pada kehamilan tua disebabkan oleh peningkatan pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus kedepan. Bagi wanita yang kurus lekukan lumbalnya lebih normal dan menyebabkan lordosis dan gaya beratnya berpusat pada kaki bagian belakang. Hal ini menyebabkan sakitnya berulang terutama dibagian punggung (Sulistyawati, A, 2014).

## 2.2 PERSALINAN

### 2.2.1 Konsep persalinan

Persalinan merupakan periode dari awitan (jumlah waktu yang diperlukan) dari proses kontraksi uterus yang teratur sampai ekspulsi plasenta. Definisi persalinan adalah kontraksi yang memperlihatkan pendataran dan dilatasi serviks yang tidak mudah bagi klinisi menentukan kapan sebenarnya persalinan dimulai, karena diagnosis ini hanya dapat dipastikan secara *retrospektif* (Cunningham FG, dkk. 2014)



**a. Teori penyebab persalinan**

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2. Teori *oxytosin*

Menurutnya konsentrasi *progesteron* akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan *oksitosin* meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

3. Teori penurunan *Progesteron*

Produksi *progesteron* mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap *oksitosin*. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan *progesteron* tertentu.

4. Teori *prostaglandin*

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Konsentrasi *prostaglandin* meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu (Rohani, dkk 2014)

**b. Tanda-tanda Persalinan**

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Terjadi *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk Pintu Atas Panggul(PAP). Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan. Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah janin telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman; selain napas pendek pada trimester III, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut.

- a) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat.
  - b) Meningkatnya tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki.
  - c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya odema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.
2. Terjadinya his permulaan
- Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut :
- a) Rasa nyeri yang ringan di bagian bawah
  - b) Datang tidak teratur
  - c) Durasi pendek
  - d) Tidak bertambah bila beraktivitas
- 3) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
- 4) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi. (Rohani, dkk 2014).

### **2.2.2 Tahapan persalinan**

#### **a. Kala I (Pembukaan)**

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran. Ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase *laten* dan fase *aktif*.

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

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi bagian penurunan bagian terbawah janin. Lama persalinan dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 2.1**  
**Lama Persalinan**

| Kala     | Primigravida | Multigravida |
|----------|--------------|--------------|
| Kala I   | 13 Jam       | 7 Jam        |
| Kala II  | 1 Jam        | ½ Jam        |
| Kala III | ½ Jam        | ¼ Jam        |
| TOTAL    | 14 ½ Jam     | 7 ¾ Jam      |

*Sumber: Rohani, reni saswita, marisah 2014. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. Jakarta: Salemba Medika.*

#### **b. Kala II (Pengeluaran Bayi)**

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada *primipara* berlangsung selama 2 jam dan *pada multipara* 1 jam. Tanda dan gejala kala II :

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 2) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina
- 3) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- 4) Peningkatan pengeluaran lender dan darah

Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : Eklampsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, rupture uteri, distosia karena kelainan letak, infeksi intrapartum, inersia uteri dan lilitan tali pusat.

#### **c. Kala III (Pengeluaran Plasenta)**

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta itu sendiri adalah uterus menjadi lebih kaku, umumnya sering keluar darah yang banyak dan tiba-tiba, tali pusat menonjol dan bertambah panjang.

Penatalaksanaan manajemen aktif kala III yaitu pemberian oksitosin IM segera setelah bayi lahir, mengklem tali pusat, melakukan peregangan tali pusat dengan menahan fundus uterus secara dorsokranial (arah ke atas dan ke belakang), serta begitu plasenta dilahirkan, minta ibu meletakkan telapak tangannya pada dinding uterus dengan gerakan sirkuler, untuk mencegah perdarahan postpartum.

#### **d. Kala IV (Pengawasan)**

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu menilai tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan, kemudian kontraksi uterus, menilai perdarahan, menilai laserasi atau episiotomi (Cunningham FG, dkk. 2014).

### **2.2.3 Komplikasi Persalinan**

Pada kehamilan dan persalinan dapat terjadi perlukaan pada alat-alat genitalia walaupun yang paling sering terjadi ialah perlukaan ketika persalinan. Perlukaan alat genitalia pada kehamilan dapat terjadi baik pada uterus, serviks maupun pada vagina, sedangkan pada persalinan di samping pada ketiga tempat diatas diperlukan dapat terjadi juga pada vulva dan perineum. Derajat luka dapat

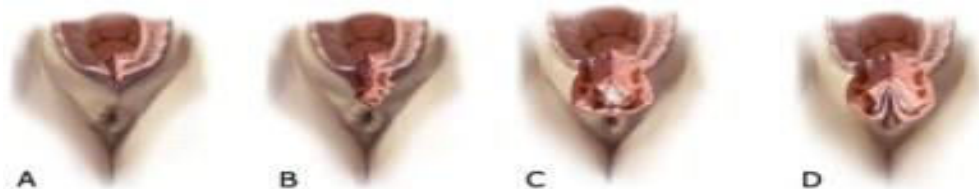
ringan hanya berupa luka lecet saja sampai yang berat berupa terjadinya robekan yang luas disertai perdarahan yang hebat (Prawihardjo, 2013).

### 1. Pengertian Ruptur Perineum

Robekan yang terjadi pada perineum, vagina, serviks, atau uterus, dapat terjadi secara spontan maupun akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan. Bila perdarahan masih berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun adanya sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

### 2. Jenis Robekan perineum berdasarkan luasnya adalah sebagai berikut :

- a. Derajat satu : Robekan ini hanya terjadi pada *mukosa vagina, vulva*, bagian depan, kulit *perineum*.
- b. Derajat dua : Robekan ini terjadi pada *mukosa vagina, vulva*, bagian depan, kulit *perineum* dan otot *perineum*.
- c. Derajat tiga : Robekan ini terjadi pada *mukosa vagina, vulva*, bagian depan, kulit *perineum*, otot-otot *perineum* dan *sfingterani eksterna*.
- d. Derajat empat : Robekan dapat terjadi pada seluruh *perineum* dan *sfingterani* yang meluas sampai ke *mukosa rectum*



Gambar 2.1 Derajat Robekan Perineum

Pada persalinan sering terjadi ruptur perinium. *Ruptur perineum* terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. *Ruptur perineum* umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika. (Depkes RI, 2010).

### 3. Penjahitan Rupture Perineum

Penjahitan ruptur perineum dapat dilakukan dengan cara berikut ini:

- 1) 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.

2) Penjahitan rupture perineum derajat II

Sebelum dilakukan penjahitan pada perineum derajat II, jika di jumpai 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 nbanang secara terputus-putus. Biasanya pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.

3) Penjahitan ruptur perineum derajat III.

Mula-mula dinding depan rekrum 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.

4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Robekan dinding vagina.
- Perlukaan vagina sering terjadi sewaktu:
- 1) Melahirkan janin dengan cunam.
  - 2) Ekstraksi bokong
  - 3) Ekstraksi vakum (Prawirohardjo, 2013).
4. Faktor- faktor penyebab rupture perineum
- a) Kepala janin terlalu cepat lahir
  - b) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
  - c) Sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan

- d) Pada persalinan dengan distosia bahu.

#### **2.2.4 Asuhan Persalinan Normal**

Tujuan asuhan persalinan normal menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi pada ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Rohani, dkk 2014).

#### **Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal**

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

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua
  - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
  - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
  - c) Perineum tampak menonjol
  - d) Vulva dan sfingter ani membuka

##### **b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan**

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi
  - a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
  - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakai celemek plastic
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air yang bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam



6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (Gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan Steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

**c. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik**

7. Membersihkan vulva dan perineum menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa dibasahi air DTT
  - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
  - b) Buang kapas atau kasa Pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
  - c) Ganti sarung tangan terkontaminasi (dekontaminasi lepaskan dan rendam larutan klorin 0,5%
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap  
Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi /saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal ( 120-160 x/menit)

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

11. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

- b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

12. Minta Keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat. Bantu ibu ke posisi setelah duduk atau posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:

- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
- d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
- e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
- g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1jam) meneran (multigravida)

14. Anjurkan ibu untuk meneran, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

**e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 c,

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

**f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi****Lahirnya Kepala**

19. Setelah tampak bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perenium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
  - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
  - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

**Lahirnya Bahu**

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

**Lahirnya Badan dan Tungkai**

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perenium ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah.  
Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

**g. Penanganan Bayi Baru Lahir**

25. Lakukan penilaian

- a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir)

26. Keringkan tubuh bayi

- a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

#### **h. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga**

34. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

35. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu., di tepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

#### **Mengeluarkan plasenta**

37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial 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 dorso-kranial)

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirnya plasenta

b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

#### **Rangsangan Taktil (Masase) Uterus**

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 menit masase.

#### **i. Menilai Perdarahan**

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastic atau tempat khusus.

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perenium. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan

#### **j. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan**

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

- a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

- b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu
44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuscular di paha kiri anterolateral.
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral
- a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan
  - b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu

### **Evaluasi**

46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
  - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
  - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
  - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
47. Ajarkan 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 pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
  - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
50. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik ( 40-60kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)

### **Kebersihan dan Keamanan**

51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan
55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

### **Dokumentasi**

58. Lengkapi partograf ( halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV (JNPK-KR. 2016)

## **2.3 NIFAS**

### **2.3.1 Konsep Dasar Nifas**

#### **a. Pengertian Nifas**

Menurut (Nanny vivian, 2014), masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50 % kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pascapersalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.



Menurut Nanny Vivian, tahapan masa nifas ada 3, yaitu :

1. Puerperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2. Puerperium intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Puerperium remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

b. Perubahan sistem reproduksi

1. Uterus

Proses involusio adalah proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.

Proses involusi uterus menurut vivian adalah

1) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia.

2) Autolisis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus.

3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus.

**Tabel 2.2**  
**Involusi Uterus**

| <b>Involusi</b> | <b>Tinggi Fundus Uteri</b>  | <b>Berat Uterus (gr)</b> | <b>Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)</b> | <b>Keadaan Serviks</b>                                |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|---|---|
| Bayi Lahir      | Setinggi pusat              | 1000                     |   |   |
| Uri Lahir       | 2 jari di bawah pusat       | 750                      | 12,5  | Lembek  |
| Satu Minggu     | Pertengahan pusat-simfisis  | 500                      | 7,5   | Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari |
| Dua Minggu      | Tak teraba di atas simfisis | 350                      | 3-4   | Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari            |
| Enam Minggu     | Bertambah kecil             | 50-60                    | 1-2   |   |
| Delapan minggu  | Sebesar normals             | 30                       |   |   |

*Sumber: Nanny Vivian, 2014. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Jakarta. Salemba Medika.*

## 2. Serviks

Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah (Nanny, 2014).

## 3. Lochea

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi tempat/situs plasenta akan menjadi layu/mati. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran akan darah yang dinamakan lochea yang menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik. Lochea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktunya keluar yaitu :

1) Lochea rubra / merah

Keluar pada hari pertama sampai hari ketiga masa post partum. cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah, jaringan sisa desidua basalis, lemak bayi, lanugo, mekonium.

2) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ketiga sampai ketujuh post partum. Yang berisi sisa darah bercampur lendir.

3) Lochea serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta, keluar pada hari ke tujuh sampai hari ke 14.

4) Lochea alba

Lochea ini berwarna putih mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. berlangsung selama 2-6 minggu post partum (Anggraini, 2010).

4. Vagina

Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir (Nanny dan sunarsih, 2014).

5. Perineum

Adalah daerah antara vulva dan anus, biasanya setelah melahirkan perineum menjadi agak bengkak, edema, memar akibat persalinan.

### **2.3.2 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu memerlukan tambahan 20 gr protein diatas kebutuhan normal ketika menyusui. Jumlah ini hanya 16% dari tambahan 500 kalori yang dianjurkan. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati. Nutrisi lain yang diperlukan selama laktasi adalah asupan cairan. Ibu

menyusui dianjurkan minum 2-3 liter per hari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah (Nanny dan sunarsih, 2014).

## 2. Ambulasi

Ibu yang baru melahirkan mungkin enggan banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Namun ibu harus dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam. Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah keseluruhan tubuh.

## 3. Eliminasi: BAB/BAK

Setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga penderita takut BAK, maka harus diusahakan agar penderita dapat buang air kecil.

## 4. Kebersihan diri/ perineum

Pada ibu nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan air dan sabun. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai membuang air kecil dan besar.

## 5. Istirahat

Pada ibu selama masa nifas sangat penting untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

## 6. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasa nyaman, maka aman untuk memulai hubungan suami istri. Banyak budaya yang menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

#### 7. Senam nifas

Pada saat hamil, otot perut dan sekitar rahim, serta vagina telah terenggang dan melemah. Latihan senam nifas dilakukan untuk membantu mengencangkan otot-otot tersebut. Hal ini untuk mencegah terjadinya nyeri punggung di kemudian hari dan terjadinya kelemahan pada otot panggul sehingga dapat mengakibatkan ibu tidak bisa menahan BAK. Gerakan senam nifas ini dilakukan dari gerakan yang paling sederhana hingga yang tersulit. Sebaiknya dilakukan secara bertahap dan terus-menerus. Lakukan pengulangan setiap 5 gerakan dan tingkatkan setiap hari sampai 10 kali.

### 2.3.5 Asuhan Nifas

Asuhan pada masa nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu nifas tersebut selama dari kelahiran plasenta dan selaput janin hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Sebagian besar asuhan diberikan untuk memulihkan atau menyembuhkan dan mengembalikan alat-alat kandungan keadaan sebelum hamil. Tujuan asuhan masa nifas yaitu :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

#### 1. Kunjungan masa nifas

- a) 6-8 jam setelah persalinan
  - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut.
  - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana pencegahan perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - 4) Pemberian ASI awal
  - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
  - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- b) 6 hari setelah persalinan
  - 1) Memastikan involusio uterus berjalan normal uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
  - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
  - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
  - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
  - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat bayi, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c) 2 minggu setelah persalinan sama seperti kunjungan 6 hari setelah persalinan.
- d) 6 minggu setelah persalinan
  - 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami.
  - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Anggraini, 2010)

Menurut jadwal kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit 3 kali yang meliputi untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan-penanganan yang terjadi pada saat nifas.

**Tabel 2.3**  
**Jadwal Kunjungan pada Ibu dalam Masa Nifas**

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

Kemenkes RI, 2017. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. Gavi.

a. Subjektif

Data subjektif pada ibu nifas yang harus dikaji menurut Saifudin adalah sebagai berikut:

Hal yang perlu ditanyakan adalah: nama, umur, tempat tanggal lahir, penolong persalinan, jenis persalinan, nyeri yang dirasakan, menyusui atau tidak, keluhan-keluhan saat ini, misalnya: kesedihan, depresi, pengeluaran pervaginam, puting/payudara dan rencana di masa yang akan datang seperti kontrasepsi yang akan digunakan.

b. Objektif

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi serta tingkat kenyamanan fisik ibu nifas.

Lakukan pemeriksaan mulai dari pemeriksaan keadaan umum sampai dengan ekstremitas.

c. Analisa

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

d. Perencanaan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh sesuai dengan temuan dari langkah sebelumnya. Adapun rencana asuhan adalah: kontak dini dan sesering mungkin dengan bayi, mobilisasi atau istirahat baring di tempat tidur, gizi (diet), perawatan perineum, buang air kecil spontan, obat penghilang rasa sakit, obat tidur atau obat pencahar bila diperlukan,

e. Evaluasi

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman terhadap kontak dini dan sesering mungkin dengan bayi, mobilisasi atau istirahat baring di tempat tidur, gizi (diet), perawatan perineum, buang air kecil spontan, obat penghilang rasa sakit, obat tidur, obat pencahar bila diperlukan.

## **2.4 BAYI BARU LAHIR**

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

#### **a. Pengertian**

Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500- 4000 gram (Saputra, 2016). 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)

#### **a. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal :**

Ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut (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**

| <b>Tanda</b>                       | <b>0</b>                 | <b>1</b>                     | <b>2</b>                |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <i>Appearance</i><br>(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><br>(Tonus Otot)     | Tidak ada                | Ekstremitas sedikit fleksi   | Gerakan aktif           |
| <i>Activity</i><br>(Aktifitas)     | Tidak ada                | Sedikit Gerak                | Langsung Menangis       |
| <i>Respiration</i><br>(Pernapasan) | Tidak ada                | Lemah/tidak teratur          | Menangis                |

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

13. Genitalia 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 berwarna hitam kecoklatan.

**b. Adaptasi terhadap kehidupan ekstrasuteri**

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                      | Intra uterin        | Ekstra uterin           |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------|
| Respirasi/sirkulasi         |                     |                         |
| Pernapasan volunter         | Belum berfungsi     | Berfungsi               |
| Alveoli                     | Kolaps              | Berkembang              |
| Vaskularisasi paru          | Belum aktif         | Aktif                   |
| Resistensi paru             | Tinggi              | Rendah                  |
| Intake oksigen              | Dari plasenta ibu   | Dari paru bayi sendiri  |
| Pengeluaran CO <sub>2</sub> | Di plasenta         | Di paru                 |
| Sirkulasi paru              | Tidak berkembang    | Berkembang banyak       |
| Sirkulasi sitemik           | Resistensi perifer  | Resistensi perifer      |
| Denyut jantung              | Rendah, lebih cepat | Tinggi, lebih lambat    |
| Saluran cerna               |                     |                         |
| Absorpsi nutrien            | Belum aktif         | Aktif                   |
| Kolonisasi kuman            | Belum               | Segera                  |
| Feses                       | Mekonium            | >hari ke-4, feses biasa |
| Enzim pencernaan            | Belum aktif         | Aktif                   |

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

#### 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 segem 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 bernafas 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 menurut Fraser (2012):

- 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 berwarna 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 glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta renal blood flow relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2014)

#### 7. Immunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propa ileum 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 (Rochman, dkk 2012)

#### 9. Muskuloskeletal

Otot bayi berkembang dengan sempurna karena hipertrofi, bukan hiperplasi. Tulang panjang tidak mengeras dengan sempurna untuk memudahkan pertumbuhan pada epifise (Rochman, 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 (Rochman, 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 adalah :

- 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 sebaliknya fleksi (Rochman, dkk 2012)

### 2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Perawatan segera bayi baru lahir menurut Fraser (2012) :
  - a. pencegahan kehilangan panas
  - b. membersihkan jalan napas
  - c. memotong tali pusat
  - d. identifikasi
  - e. pengkajian kondisi bayi

- f. pemberian vitamin K.
2. Pelayanan essensial pada bayi baru lahir oleh dokter/bidan/perawat menurut (Kemenkes 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 pemebeiran 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 menurut 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.
  4. Asuhan bayi pdaa 6 minggu pertama
    - a. Bounding attachment  
Menurut maternal neonatal health, bounding attachment merupakan kontak dini secara langsung anantara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada saat persalinan kala III sampai dengan

psotpartum. Elemen-elemen bounding attachment menurut Muslihatun (2014) :

- a) Sentuhan
- b) Kontak mata
- c) Suara
- d) Aroma
- e) Entrainment
- f) Bioritme
- g) Kontak dini

## **2.5 Keluarga Berencana**

### **2.5.1 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**

Tujuan Program KB:

1. Tujuan umum : Membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.
2. 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:

Dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Sasaran langsung : Pasangan usia subur (PUS)
2. Sasaran tidak langsung :Pelaksana dan pengelola KB (Handayani, 2017)

### **c. Konseling Kb**

Langkah-langkah konseling:

- SA** : **S**apa dan **S**alam kepada klien secara spontan dan terbuka. Berikan perhatian sepenuhnya, tanyakan klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan yang akan diperolehnya.
- T** : **T**anyakan 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** : **U**raikan 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** : **J**elaskan 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 **U**lang. 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 (Yuhedi & Kurniawati, 2016)

### **d. Kontrasepsi Dengan Metode Efektif**

#### **1. KB Suntikan progestin/Depo**

Waktu pemberian KB suntik adalah pasca-persalinan, pasca abortus, dan interval (hari kelima menstruasi). Jangka waktu suntikan berikutnya



diperhitungkan dengan pedoman, Depovera (interval 12 minggu), norigest (interval 8 minggu)

#### Jenis Kontrasepsi Suntikan

- 1) Depo medroksiprogesteron asetat (Depo provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara di suntik intramuscular (di daerah bokong)
- 2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron entat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara intramuscular.

#### 1. Cara Kerja Kontrasepsi Suntik

- 1) Mencegah ovulasi
- 2) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- 3) Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi

#### 2. Efektifitas Kontrasepsi Suntikan

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal yang ditentukan.

Kontrasepsi suntikan progestin ini sangat efektif dibandingkan dengan mini pil, karena dosis gestagen yang cukup tinggi dibandingkan dengan mini pil. Akan tetapi kembalinya kesuburan cukup lambat, yaitu rata-rata 4 bulan setelah berhenti dari penyuntikan sehingga akan kurang tepat apabila digunakan para wanita yang menginginkan untuk segera hamil pada waktu yang cukup dekat. Kontrasepsi ini cocok bagi ibu yang sedang menyusui. (Meilani, 2010).

#### Keuntungan:

1. Sangat efektif
2. Pencegahan kehamilan jangka panjang
3. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

#### Kerugian:

1. Sering ditemukan gangguan haid
2. Bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan
3. Permasalahan berat badan (Arum, D, N, S & Sujiyatini, 2017)

**BAB III**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,**  
**BAYI BARU LAHIR DAN KB PADA NY. M DI BPM R.M KOTA**  
**PEMATANGSIANTAR**

**3.1. ASUHAN KEHAMILAN**

**3.1.1 Kunjungan I**

Tanggal : 10 November 2017  
Tempat : BPM R.M Kota Pematangsiantar  
Pukul : 16:00 WIB

**Identitas**

|                 |                    |                  |
|-----------------|--------------------|------------------|
| Biodata         | Ibu                | Suami            |
| Nama            | : Ny M             | Tn. R            |
| Umur            | : 31 tahun         | 32 tahun         |
| Agama           | : Kristen          | Kristen          |
| Suku/kebangsaan | : Cina/Indonesia   | Batak/Indonesia  |
| Pendidikan      | : SMA              | SMA              |
| Pekerjaan       | : IRT              | Wiraswasta       |
| Alamat          | : Jl. Medan km 6,5 | Jl. Medan km 6,5 |

**DATA OBJEKTIF (ANAMNESIS)**

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

**I. PENGUMPULAN DATA**

**A. IDENTITAS**

|                   |                    |                   |                    |
|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Nama ibu          | : Ny. M            | Nama Suami        | : Tn. R            |
| Umur              | : 31 tahun         | Umur              | : 32 Tahun         |
| Agama             | : Kristen          | Agama             | : Kristen          |
| Suku / kebangsaan | : Cina / Indonesia | Suku / kebangsaan | : Batak /indonesia |
| Pendidikan        | : SMA              | Pendidikan        | : SMA              |

Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta  
 Alamat : JL. Medan Km 6,5 Alamat : JL. Medan Km 6,5

## B. ANAMNESA

Pada tanggal : 10 November 2017

Pukul : 16:00 WIB

1. Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksakan kehamilan
2. Keluhan – keluhan : Sering buang air kecil, sesak
3. Riwayat menstruasi :
  - a. Haid pertama umur : 13 Tahun
  - b. Siklus : 28 Hari
  - c. Banyaknya : 3 kali ganti doek
  - d. Dismenorrhoe : Tidak ada
4. Riwayat kehamilan sekarang :
  - a. Hari pertama haid terakhir : 20-04-2017
  - b. Tafsiran persalinan : 27-01-2018
  - c. Pergerakan janin pertama kali Pergerakan anak 24 jam terakhir : Ada
  - e. Bila lebih dari 20x dalam 24 jam terakhir dalam frekuensi :
  - f. Keluhan – keluhan pada Trimester I : Mual, pusing  
 Trimester II : Nafsu makan bertambah  
 Trimester III : Sering buang air kecil, sesak
  - g. Keluhan – keluhan yang dirasakan saat ini :
    1. Rasa lelah : Tidak ada
    2. Mual dan muntah yang berlebihan : Tidak ada
    3. Nyeri perut : Tidak ada
    4. Panas menggigil : Tidak ada
    5. Sakit kepala berat : Tidak ada
    6. Penglihatan kabur : Tidak ada
    7. Rasa gatal panas nyeri pada waktu BAB : Tidak ada
    8. Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
    9. Nyeri tegang pada tungkai : Tidak ada
  - h. Tanda-tanda bahaya kehamilan :

- Pendarahan : Tidak ada
- i. Obat – obat yang dikonsumsi :
- Antibiotik : Tidak ada
- Tablet ferum : Ada
- Jamu : Tidak ada
- j. Status emosional : Stabil

**Tabel 3.1**

**Riwayat persalinan dan nifas yang lalu :**

| No | Tanggal lahir / Umur | Usia kehamilan | Jenis persalinan | Tempat persalinan | Komplikasi | Penolong | Bayi         |       |         |
|----|----------------------|----------------|------------------|-------------------|------------|----------|--------------|-------|---------|
|    |                      |                |                  |                   |            |          | PB/ BB       | Jenis | Keadaan |
| 1. | 4 tahun              | Aterm          | Spontan          | Klinik bidan      | Tidak ada  | Bidan    | 50/3000 gram | Lk    | Baik    |
| 2. | 1 tahun              | Aterm          | Spontan          | Klinik bidan      | Tidak ada  | Bidan    | 49/2900 gram | Pr    | Baik    |
| 3. | KEHAMILAN SEKARANG   |                |                  |                   |            |          |              |       |         |

5. Riwayat kesehatan / penyakit sistematis yang pernah diderita

- Jantung : Tidak ada
- Hipertensi : Tidak ada
- Diabetes : Tidak ada
- Malaria : Tidak ada
- Epilepsi : Tidak ada
- Penyakit kelainan : Tidak ada
- Lain – lain : Tidak ada

6. Riwayat penyakit keluarga :

- Jantung : Tidak ada
- Hipertensi : Tidak ada
- Diabetes melitus : Tidak ada

7. Keadaan sosial ekonomi :

- a. Status perkawinan :

- b. Kawin : Umur : 24 tahun Suami :25 tahun  
 Lamanya : Anak :
- c. Kehamilan : Direncanakan
- d. Perasaan tentang kehamilan saat ini : Bahagia
- e. Alat kontrasepsi yang pernah di gunakan : KB Suntik 3 bulan
- f. Dukungan keluarga : Ada
- g. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Ada
- h. Diet makan :
- Makanan : Nasi,ikan,sayur,dll.
  - Perubahan pola makan yang dialami : Ada
  - Minum : 8 gelas/hari
  - Vitamin A : Tidak ada
- i. Pola eliminasi :
- BAB : 1 kali/hari  
 BAK :8 kali/hari
- j. Aktivitas sehari – hari :
- Pekerjaan : Tidak terganggu
  - Pola istirahat : Tidak terganggu
  - Seksualitas : Tidak terganggu
- k. Kebiasaan yang merugikan kesetan :
- Merokok : Tidak dilakukan
  - Minuman keras : Tidak dilakukan
  - Mengonsumsi obat terlarang : Tidak dilakukan
- l. Tempat mendapatkan pelayanan kesehatan :
- Rencana tempat persalinan : Klinik bidan
  - Rencana penolong persalinan : Bidan
  - Imunisasi tetanus toksoid : Sudah dapat

### C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tinggi badan : 158 cm  
 Berat badan : 58 kg

2. Vital sign :
- Tekanan darah : 110/70 mmHg
  - Pols : 78 x/i
  - RR : 22 x/i
  - Temperatur : 36
3. Lila : 30 cm
4. Kepala : Bersih
- a. Rambut : Hitam
  - b. Wajah : Clasma gravidarum : Ada  
Oedema : Tidak ada
  - c. Mata : konjungtiva : Tidak anemis  
Sklera mata : Tidak ikterik
  - d. Hidung : Lubang hidung : Bersih  
Polip : Tidak ada
  - e. Mulut : Lidah : Tidak berslag  
Gigi : Tidak Caries
  - f. Telinga : Serumen : Tidak ada
  - g. Leher : Pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada  
Pembesaran kelenjar thyroid : Tidak ada
  - h. Payudara : Bentuk : Simetris  
Putting susu : Menonjol  
Benjolan : Tidak ada  
Pengeluaran kolostrum : Tidak ada
  - i. Pembesaran abdomen  
Linea : Tidak ada  
Striae : Tidak ada  
Bekas luka operasi : Tidak ada  
Pembesaran hati : Tidak ada  
Paritas : Tidak ada  
Oedema : Tidak ada
  - j. Palpasi uterus

|                           |   |
|---------------------------|---|
| TFU                       | : 3 jari diatas pusat                   |
| Punggung                  | : Kiri                                  |
| Letak                     | : Kepala                                |
| Presentasi                | : Kepala                                |
| Penurunan bagian terbawah | : Bagian terbawah janin belum masuk PAP |
| TBBJ                      | : $(27-12) \times 155 = 2.325$ gr.      |
| Kontraksi                 | : Ada                                   |
| Frekuensi                 | : Normal                                |
| Kekuatan                  | : Normal                                |
| Palpasi supra publik      | : Tidak ada                             |
| k. Auskultasi             |   |
| DJJ                       | : 145 x/i                               |
| Frekuensi                 | : Normal                                |
| l. Pelvimetri             |   |
| Distasia spinarum         | : Tidak dilakukan                       |
| Distasia kristarum        | : Tidak dilakukan                       |
| Konjungtiva eksternal     | : Tidak dilakukan                       |
| m. Ekstrimitas            |   |
| Varises                   | : Tidak ada                             |
| Refleks pattela           | : Ada                                   |

**Analisa:**

Usia kehamilan 28 minggu keadaan ibu baik.

Masalah : Sering buang air kecil

Kebutuhan : Menganjurkan ibu untuk melakukan personal hygiene

**Pelaksanaan:**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilannya.  
Tujuan : Agar ibu mengetahui keadaanya sekarang .
2. Menganjurkan ibu untuk melakukan personal hygiene  
Tujuan : Untuk menjaga kebersihan ibu

3. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada bulan depan.

Tujuan : Agar pemantauan deteksi dini kelainan pada ibu dan janin dapat segera diketahui.

### **Kunjungan ke-II**

Tanggal 15 Desember 2017

Jam: 16:30 WIB

**S** : Ny. M mengatakan bahwa saat ini keadaannya dalam kondisi baik, usia kehamilan sudah memasuki usia 33-34 minggu, ibu merasa sesak dan mudah lelah diusia kehamilannya sekarang.

**O** : K/u Baik TD 120/70 mmHg, N 78x/menit, S 36,5<sup>0</sup>C, P 20 x/menit, BB 60 Kg, Mamae tidak ada benjolan, belum ada pengeluaran colostrum, LILA 33 cm.

Hasil pemeriksaan Palpasi:

Leopold I : TFU berada dipertengahan pusat dan px

Leopold II : Bagian kiri perut teraba panjang, keras dan memapan, dan bagian kanan teraba bagian terkecil dari janin (punggung kiri).

Leopold III : Bagian terbawah kanan abdomen ibu teraba bulat, keras dan melenting.

Leopold IV : Janin Belum masuk PAP

DJJ : 145x/I

TBBJ : (33-12) x 155 = 3.255 gr.

Melakukan pemeriksaan ulangan, dan didapat Hb 11 gr%

**A** : Ny. M GIII PII A0 usia kehamilan 33-34 minggu, letak membujur, punggung kiri, presentasi kepala, penurunan bagian terbawah Belum masuk PAP, janin hidup tunggal, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik.

Masalah : Ibu merasa sesak saat berbaring dengan posisi terlentang

Kebutuhan : Mengatasi rasa sesak

**P** : 1. Menginformasi ibu tentang hasil pemeriksaan kehamilannya yaitu dari hasil pemeriksaan fisik secara keseluruhan didapatkan bahwa, kondisi saat



ini dalam kondisi baik. Denyut jantung janin terdengar, pemeriksaan Hb ulangan didapatkan Hb ibu mengalami peningkatan dari sebelumnya 10,2 gr%

Tujuan : agar ibu mengetahui kondisi kehamilannya.

2. Menjelaskan cara berbaring untuk menghindari sesak dengan meninggikan kepala dengan menggunakan bantal yang lebih tinggi dan menganjurkan ibu agar berbaring sebelah kiri untuk membantu darah dan nutrisi mengalir kejanin dan rahim. Posisi ini juga membantu ibu tidur lebih optimal ketika perut semakin membesar.

Tujuan: Agar ibu tetap nyaman.

3. Menganjurkan ibu untuk memakai pakaian yang longgar dan nyaman dan pilihlah pakaian dari bahan yang mudah menyerap keringat seperti dari bahan katun dan jaga sirkulasi darah agar tetap baik.

Tujuan: Agar ibu tetap nyaman.

4. Menginformasi ibu tentang pentingnya ASI eksklusif dan manfaat colostrum ibu untuk bayi yaitu IMD untuk menciptakan bonding attachment yaitu rasa kasih sayang antara ibu dan bayi, merangsang pengeluaran ASI awal, membuat kontraksi perut ibu baik.

Tujuan: Agar bayi sehat dan terciptanya ikatan kasih sayang.

5. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan yaitu perut mulas-mulas yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama, keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir.

Tujuan: Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan.

### 3.2 ASUHAN PERSALINAN

**Tanggal 17 Januari 2018**

**Pukul 20:10 wib**

S: Ny.M GIII PII A0 datang ke rumah Bidan R.M mengeluh keluar lendir bercampur darah dari kemaluan dan merasa sakit dari perut menjalar ke pinggang, gerakan janin ada pemeriksaan dalam didapat hasil 7 cm.

O: K/U Baik TD : 120/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36 °C, Conjunctiva merah, puting susu menonjol, dan tidak ada pengeluaran colostrum.

Pemeriksaan palpasi :

Leopold 1 : TFU 3 jari dibawah Px

Leopold 2 : Bagian kiri abdomen teraba keras, memanjang dan memapan.

Leopold 3 : Bagian kanan bawah abdomen teraba keras, bulat.

Leopold 4 : Sudah masuk PAP.

TFU : 33 cm

TBBJ :  $(33-11) \times 155 = 3.410$

DJJ : 145 x/i

HIS : 4x10'x 30"

A : Inpartu kala I fase aktif

Kebutuhan : Menganjurkan ibu untuk melakukan relaksasi pada saat his, dan memberikan ibu minum jika ibu haus dan jika ibu meminta, mendampingi ibu untuk jalan-jalan atas keinginan ibu.

- P:
1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan
  2. Menganjurkan ibu untuk BAK
  3. Menyarankan ibu untuk berjalan-jalan disekitar ruangan apabila ibu masih bisa melakukannya
  4. Mengajarkan ibu untuk melakukan relaksasi pada saat his
  5. Menyiapkan set partus
  6. Melakukan observasi tanda bahaya dan kemajuan persalinan menggunakan partograf

### **Catatan perkembangan kala I**

#### **Pukul 21:50 Wib**

S : Ny. M menyatakan perutnya semakin sakit, terasa semakin panas di pinggang menjalar ke perut, kontraksi sudah mulai kuat dan teratur dan ada keinginan untuk meneran.

O : KU Baik, TD 120/70 mmHg, N 80x/i, S 36°C, RR 22x/i, his 4x10'durasi 45", VT portio tidak teraba, kandung kemih kosong pembukaan 9 cm, penurunan kepala di hodge IV 1/5

A : Ibu inpartu kala I fase aktif subfase deselerasi

Kebutuhan : Mengajarkan ibu teknik relaksasi pada saat his

- P :
1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan
  2. Memanggil suami untuk membantu dan memberikan semangat kepada ibu
  3. Mengajarkan ibu tentang relaksasi pernafasan saat ada his
  4. Memonitoring kesejahteraan bayi dengan mendengarkan DJJ.

### **Catatan Perkembangan Kala II**

#### **Pukul 22:40 Wib**

S: Ny. M mengatakan sudah ingin meneran

O: KU Baik, TD 110/80 mmHg, N 89 x/i, S 37°C, RR 24 x/i, DJJ 150 x/i, his 4x10'durasi 45" kuat, VT : pembukaan lengkap, selaput ketuban sudah pecah.

A: Inpartu kala II

Kebutuhan : Pertolongan persalinan normal

P :

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan bayi akan segera lahir
2. Memberitahu keluarga untuk mendampingi ibu pada saat persalinan

**Pukul 23:00 Bayi Lahir Spontan**

1. Membersihkan jalan nafas bayi
2. Meletakkan bayi di atas perut ibu dan mengajarkan IMD, mengeringkan bayi, menilai apgar score, memotong tali pusat, membungkus bayi.
3. Melakukan palpasi pada abdomen ibu untuk memastikan janin tunggal atau ganda.

**Catatan perkembangan kala III****Pukul 23:15 Wib**

S : Ny. M mengatakan ada mules

O : KU Baik, TFU setinggi pusat, kontraksi baik.

A : PIII A0 kala III

P :

1. Mempalpasi untuk menentukan bahwa janin hidup tunggal.
2. Kemudian tangan kiri berada pada fundus untuk menilai adanya kontraksi. Jika ada kontraksi lakukan peregangan tali pusat terkendali. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem. Jika ada kontraksi lagi lakukan peregangan tali pusat terkendali. Kemudian penolong melihat tanda-tanda pelepasan plasenta dengan adanya semburan darah secara tiba-tiba dan tali pusat bertambah panjang. Setelah plasenta tampak divulva tangan kiri penolong berada dibawah perineum untuk menampung plasenta dan memilin searah jarum jam secara perlahan agar selaput plasenta dapat lahir dengan utuh dan tidak ada yang tertinggal.
3. Plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap, panjang tali pusat sekitar 50 cm.

## Catatan Perkembangan Kala IV

### Pukul 00:00 Wib

S: Ny. M mengatakan masih merasa lelah karena baru saja selesai bersalin, dan terasa nyeri pada bekas luka jahitan, dan ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.

O: KU Baik TD 100/80 mmHg, N 84 x/i, S 36.8°C, RR 22 x/i, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan normal, robekan perineum derajat II.

A: PIII Ab0 post partum kala IV

Kebutuhan : Melakukan penjahitan pada robekan jalan lahir derajat II

- P:
1. Melakukan masase, kontraksi uterus baik, dan melihat robekan jalan lahir, derajat II.
  2. Memberitahu kepada ibu bahwa akan dilakukan penjahitan robekan jalan lahir.
  3. Melakukan penyuntikan lidocain sebanyak 2 cc pada daerah robekan jalan lahir.
  4. Melakukan penjahitan perineum derajat II dengan teknik simpul menggunakan benang catgut, jahitan di dalam ada 3 jahitan, dan di luar ada 2 jahitan.
  5. Membersihkan ibu, mengganti pakaian dan memasang doek ibu.
  6. Merapikan alat-alat partus dan memasukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
  7. Memberitahu kepada ibu asuhan yang sudah diberikan dan memberikan selamat kepada ibu atas kelahiran bayinya.
  8. Melakukan observasi tanda bahaya nifas.
  9. Melakukan IMD kembali karena IMD yang dilakukan pertama tidak berhasil.
  10. Mengatakan kepada keluarga untuk memberikan makanan dan minuman kepada ibu, dan ibu menghabiskan ½ porsi nasi dan 2 gelas air putih.

**Hasil Pemantauan :**

- Jam 00:15 K/U baik, Td 100/70 mmHg, N 80x/i, S 37,5°C, P 23x/i, TFU setinggi pusat, perdarahan normal, kandung kemih telah dikosongkan, kontraksi uterus baik, pemenuhan nutrisi ibu dan minum telah diberikan.
- Jam 00:30 K/U baik, TD 100/80 mmHg, N 80x/i, S 37,5°C, P 22x/i, TFU setinggi pusat, perdarahan normal, kontraksi uterus baik.
- Jam 00:45 K/U baik, TD 100/80 mmHg, N 80x/i, S 37,5°C, P 20x/i, TFU setinggi pusat, perdarahan normal, kontraksi uterus baik.
- Jam 01:00 K/U baik, TD 110/80 mmHg, N 80x/i, S 37,5°C, P 20x/i, TFU setinggi pusat, perdarahan normal, kontraksi uterus baik.
- Jam 01:30 K/U baik, TD 110/80 mmHg, N 77x/i, S 36,5°C, P 20x/i, TFU setinggi pusat.
- Jam 02:00 K/U baik, TD 110/80 mmHg, N 77x/i, S 36,5°C, P 20x/i, TFU setinggi pusat.

**3.3 ASUHAN MASA NIFAS****Kunjungan I (6 jam sampai 8 jam postpartum)****Hari, Tanggal: Kamis, 18 Januari 2018 Pukul 08.00 WIB****Data Subjektif**

Ibu mengatakan senang karena keadaan bayinya baik namun masih merasa perih pada luka jahitan perineum dan payudara terasa bengkak dan penuh.

**Data Objektif**

KU Baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/i, S 36,5°C, RR 20x/i, TFU 2 jari dibawah pusat, puting susu menonjol, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik, lochea rubra, luka jahitan masih basah.

**Perumusan Diagnosa**

## 1. Diagnosa kebidanan

PIII A0 1 hari postpartum normal dan keadaan umum baik.

## 2. Masalah :Perih pada luka jahitan perineum.

Kebutuhan :Perawatan luka perineum, memberikan asuhan dengan menjelaskan tanda bahaya masa nifas.

### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Melakukan kompres air hangat dan dingin untuk mengurangi rasa sakit dengan cara menggunakan dua waslap yang sudah dibasahi dengan air hangat kemudian letakkan pada kedua payudara hindari terkena puting susu, lakukan 3-5 menit setelah itu lakukan dengan waslap yang telah dibasahi dengan air dingin 3-5 menit
2. Mengajari ibu cara merawat luka jahitan perineum dengan personal hygiene yang baik yaitu pada saat BAK maupun BAB bersihkan alat kemaluan dengan cara membersihkannya dari dalam ke luar, setelah itu keringkan dengan menggunakan handuk.
3. Mengajari ibu posisi menyusui yang baik dengan cara tangan ibu menopang kepala bayi, seluruh puting susu ibu masuk ke dalam mulut dan usahakan jangan menutupi hidung bayi, biarkan bayi sendiri yang akan melepas puting susu ibu itu menandakan bayi sudah kenyang setelah itu sendawakan bayi supaya tidak terjadi gumoh, susui bayi sesering mungkin. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini dengan cara miring ke kiri dan kanan dan segera bangun dari tempat tidur
4. Memberikan ibu konseling tentang hubungan seksual dengan tidak melakukan hubungan seksual dengan suami selama masih mengeluarkan darah karena akan mempermudah timbulnya infeksi dan sebaiknya dilakukan 3-4 minggu setelah melahirkan.
5. Ibu dan bayi pulang namun sebelum pulang diberikan penyuluhan cara merawat tali pusat yaitu menghindari tali pusat basah ataupun lembab, jangan mengoleskan cairan atau bahan apapun pada tali pusat dan bayi sudah mendapat imunisasi sesuai dengan usianya

**Kunjungan II (6 hari postpartum)****Hari, Tanggal: Rabu, 24 Januari 2018 Pukul 16:00 WIB****Data Subjektif**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI sudah keluar banyak. Bayi menyusui dengan kuat dan baik.

**Data Objektif**

K/u ibu baik, TD: 120/80 mmHg, N: 82x/i, S: 36,2°C, P: 22x/i, TFU pertengahan pusat dengan simfisis, kontraksi uterus baik, perdarahan normal ( $\pm$  10 cc), kandung kemih kosong, luka jahitan perineum baik tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi.

**Perumusan Diagnosa**

## 1. Diagnosa Kebidanan

PIII A0 6 hari postpartum normal keadaan umum baik.

## 2. Masalah : Tidak ada

## 3. Kebutuhan : Observasi keadaan nifas

**Penatalaksanaan**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, dan istirahat yang cukup saat bayi tertidur.
3. Menginformasikan cara menyusui yang benar
4. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi
5. Menginformasikan kepada ibu untuk tetap memperhatikan tali pusat bayi

**Kunjungan III (29-42 hari postpartum)****Hari, Tanggal: Rabu, 7 Februari 2018 Pukul 16.30 WIB****Data Subjektif**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI keluar dengan lancar. Bayi menetek dengan kuat dan baik.

**Data Objektif**

K/u baik, TD: 120/80 mmHg, N: 80x/i, S: 36,2°C, P: 22x/i, TFU sudah tidak teraba, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam normal, kandung kemih



kosong. ASI keluar banyak dan tidak ada pembengkakan, lochea alba,, hectingan perineum sudah membaik.

### **Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa Kebidanan  
PIII A0 14 hari postpartum normal keadaan umum ibu baik dan calon akseptor KB
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Observasi keadaan nifas dan bayi

### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan dilakukan
2. Memastikan kembali bahwasanya involusio uteri berjalan normal dan dan tidak ada tanda-tanda abnormal pada masa nifas.
3. Memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
4. Melakukan observasi terhadap penyulit-penyulit yang dialami oleh ibu dan bayinya
5. Memberikan ibu konseling mengenai KB lebih dini

### **Kunjungan IV (6 minggu postpartum)**

**Hari, Tanggal: Rabu, 21 Maret 2018 Pukul 16:00 WIB**

#### **Data Subjektif**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI sudah keluar banyak. Bayi menyusui dengan kuat dan baik.

#### **Data Objektif**

K/u ibu baik, TD: 120/80 mmHg, N: 82x/i, S: 36,2°C, P: 22x/i, TFU sudah tidak teraba, kontraksi uterus baik, perdarahan, kandung kemih kosong, luka jahitan perineum sudah kering tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi.

### **Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa Kebidanan  
PIII A0 6 minggu postpartum normal keadaan umum baik.
2. Masalah : Tidak ada

3. Kebutuhan : Observasi keadaan nifas dan bayi

Konseling KB

### Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, dan istirahat yang cukup saat bayi tertidur.
3. Beritahu ibu macam-macam jenis kontrasepsi beserta efek samping, keuntungan dan kerugian
4. Anjurkan ibu untuk memilih salah satu jenis kontrasepsi yang akan digunakan

### 3.4 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

**Hari, Tanggal: Kamis, 17 Januari 2018, Pukul 23:15 WIB**

#### Data Subjektif

Hari/Tanggal : 17 Januari 2018 Pukul : 23:15 WIB

#### Data Objektif

K/u baik, Apgar score 9/10, jenis kelamin: Laki-laki, reflex baik, tidak ada cacat congenital.

| Menit | Tanda             | 0                                       | 1   | 2   | Jumlah |
|-------|-------------------|---|---|---|--------|
| 1     | Warna             | <input type="checkbox"/> Biru/ Pucat    | <input type="checkbox"/> Badan merah (eks pucat)        | <input checked="" type="checkbox"/> Warna kulit merah | 9      |
|       | Frekuensi jantung | <input type="checkbox"/> Tidak Ada      | <input type="checkbox"/> < 100                          | <input checked="" type="checkbox"/> > 100             |        |
|       | Refleks           | <input type="checkbox"/> Tidak Bereaksi | <input checked="" type="checkbox"/> Eks, Fleksi sedikit | <input type="checkbox"/> Gerakan Aktif                |        |
|       | Tonus otot        | <input type="checkbox"/> Lumpuh         | <input type="checkbox"/> Gerakan Sedikit                | <input checked="" type="checkbox"/> Menangis          |        |
|       | Usaha bernafas    | <input type="checkbox"/> Tidak Ada      | <input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur           | <input checked="" type="checkbox"/> Menangis Kuat     |        |
| 5     | Warna             | <input type="checkbox"/> Biru/ Pucat    | <input type="checkbox"/> Badan merah (eks pucat)        | <input checked="" type="checkbox"/> Warna kulit merah | 10     |
|       | Frekuensi jantung | <input type="checkbox"/> Tidak Ada      | <input type="checkbox"/> < 100                          | <input checked="" type="checkbox"/> > 100             |        |
|       | Refleks           | <input type="checkbox"/> Tidak Bereaksi | <input type="checkbox"/> Eks, Fleksi sedikit            | <input checked="" type="checkbox"/> Gerakan Aktif     |        |
|       | Tonus otot        | <input type="checkbox"/> Lumpuh         | <input type="checkbox"/> Gerakan Sedikit                | <input checked="" type="checkbox"/> Menangis          |        |
|       | Usaha bernafas    | <input type="checkbox"/> Tidak Ada      | <input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur           | <input checked="" type="checkbox"/> Menangis Kuat     |        |

### **Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa kebidanan  
Bayi Baru Lahir normal keadaan umum baik.
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

### **Perencanaan**

1. Menjaga kehangatan bayi

### **Penatalaksanaan**

1. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
2. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dan menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya
3. Memberi suntikan Vit. K 0,1 cc secara IM di paha kiri anterolateral
4. Memberikan salep mata eritromisin pada kedua mata bayi
5. Melakukan pengukuran bayi, dengan hasil BB 3500 gram, PB 50 cm, LK 34 cm, LD 33 cm, jenis kelamin Laki-laki
6. Memakaikan baju bayi dan membedong bayi untuk menjaga kehangatan bayi
7. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang dilakukan bahwa bayi ibu dalam keadaan sehat

### **Kunjungan I, Tanggal: Kamis, 18 Januari 2018 Pukul 17.00 WIB**

#### **Data Subjektif**

Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan sudah mulai menyusui dengan kuat.

#### **Data Objektif**

K/u baik, BB 3500 gram, PB 50 cm, LK 34 cm, LD 33 cm, jenis kelamin Laki-laki, refleks baik, sudah BAK dan BAB.

### **Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa kebidanan  
BBL usia 1 hari keadaan umum bayi baik.
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Pemenuhan nutrisi dan perawatan BBL

### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.
2. Memberi penkes tentang kebutuhan nutrisi, menjaga kehangatan bayi, melatih bayi untuk mengenali puting susu ibunya dengan cara sering memberikan ASI. Memberi penkes tentang perawatan dan tanda bahaya pada BBL.
3. Bayi dimandikan dan diberikan imunisasi HB0 0,5 ml di paha kanan antero lateral secara IM.
4. Ibu tetap dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif.

### **Kunjungan II, Tanggal: Rabu, 24 Januari 2018 Pukul 16.00 WIB**

#### **Data Subjektif**

Ibu mengatakan bayi menyusui dengan kuat, dan didapat tali pusat belum putus

#### **Data Objektif**

K/u baik, N:140x/I, P: 40x/I, S: 36°C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, reflex baik, BAK 6-7 x sehari, BAB 3-4 x sehari

#### **Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa kebidanan  
BBL usia 6 hari keadaan umum bayi baik.
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : ASI eksklusif dan perawatan pada BBL

### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan yang dilakukan. Ibu memahaminya
2. Memberi penkes tentang pentingnya ASI eksklusif, merawat tali pusat, melakukan perawatan BBL sehari-hari dengan personal hygiene yang baik
3. Memberitahu ibu waktu kunjungan ulang 2 minggu kedepan

### **Kunjungan III, Tanggal: Rabu, 7 Februari 2018 Pukul 16:30 WIB**

#### **Data Subjektif**

Ibu mengatakan bayinya menyusui dengan kuat dan tidak rewel. Tali pusat sudah putus pada hari ke-7

**Data Objektif**

K/u baik, N: 140x/I, P: 40 x/I, S: 36°C, tali pusat sudah putus, BAB 3 x sehari warna kuning pekat dengan konsistensi lunak, BAK ± 6 x sehari warna jernih.

**Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa kebidanan  
BBL usia 2 minggu keadaan umum bayi baik.
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Konseling jadwal imunisasi

**Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Memberitahu ibu untuk jadwal imunisasi yaitu imunisasi BCG pada usia 1 bulan, polio pada usia 1, 2, 3 dan 4 bulan, DPT-HB pada usia 2, 3, dan 4 bulan, dan campak pada usia 9 bulan.

### **Kunjungan IV, Tanggal : Rabu, 21 Maret 2018 Pukul 16:00 WIB**

#### **Data Subjektif**

Ibu mengatakan bayinya menyusui dengan kuat dan ibu juga mengatakan bekas jahitannya sudah tidak sakit lagi.

#### **Data Objektif**

K/u baik, N: 139x/I, P: 40 x/I, S: 36,5°C, tali pusat sudah putus, BAB 3 x sehari warna kuning pekat dengan konsistensi lunak, BAK ± 6 x sehari warna jernih.

#### **Perumusan Diagnosa**

4. Diagnosa kebidanan  
BBL usia 6 minggu keadaan umum bayi baik.
5. Masalah : Tidak ada
6. Kebutuhan : Konseling jadwal imunisasi

#### **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan yang dilakukan

Memberitahu ibu untuk imunisasi ulang, menganjurkan ibu untuk menjaga kesehatan bayi dan personal hygiene.

### **ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA**

#### **Kunjungan I,**

**Tanggal: Selasa, 10 Mei 2018, Pukul 15.00 WIB**

#### **Data Subjektif**

Ny. M menjadi akseptor KB. Keadaan baik, mengatakan sudah selesai menstruasi dan menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan.

#### **Data Objektif**

K/u baik, TD: 110/70 mmHg, N: 78x/I, S: 36,3°C, P: 22x/I, TFU sudah tidak teraba, kontraksi uterus baik, hecting perineum sudah membaik.

#### **Perumusan Diagnosa**

1. Diagnosa kebidanan  
PIII A0 akseptor KB suntik 3 bulan
2. Masalah : Tidak ada

3. Kebutuhan : Konseling KB

**Penatalaksanaan**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
2. Memberikan penjelasan tentang manfaat kontrasepsi dan kelemahan berbagai kontrasepsi
3. Memberitahu kunjungan ulang pada tanggal 03 agustus 2018

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan laporan ini, penulis akan mencoba menyajikan pembahasan yang membandingkan ada tidaknya kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan pelaksanaan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan (*continuity of care*) yang diterapkan pada klien Ny. M usia 31 tahun, sejak kontak pertama tanggal 20 Juli 2017 yaitu dimulai dari masa kehamilan trimester I, persalinan, 12 minggu post partum, bayi baru lahir dan menjadi akseptor keluarga Berencana (KB).

#### **4.1 Kehamilan**

Dalam pengkajian dan pemberian asuhan kebidanan *antenatal care* (ANC) pada Ny. M dari kehamilan trimester I, dapat terlihat tercapainya tujuan dari *Antenatal Care* yaitu menyiapkan ibu baik mental, sosial, dan spiritual dalam menghadapi persalinan dan nifas sehingga dalam persalinan ibu siap merawat bayinya. Ny. M selama kehamilan sudah melaksanakan kunjungan kehamilan trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 1 kali dan trimester III 2 kali, maka total kunjungan kehamilan yang telah dilakukan ibu sebanyak 4 kali. Kunjungan kehamilan yang telah dilakukan ibu sesuai dengan teori kebijakan pemerintah ANC dalam (Walyani, 2015) yang dilakukan minimal 4 kali kunjungan selama kehamilan. Dalam *Antenatal Care* ini pelayanan standard yaitu berdasarkan teori terdiri dari 14 T yaitu Tinggi badan/Timbang berat badan, Tekanan darah, Tinggi fundus uteri, Tetanus toxoid, Tablet besi, Tes penyakit Menular seksual (VDRL), Temu wicara, Tes pemeriksaan Hb, Tes pemeriksaan urine protein, Tes reduksi urine, Tekan pijat payudara (perawatan payudara), Pemeliharaan Tingkat kebugaran (senam hamil), Terapi kapsul minyak beryodium, Terapi obat malaria. Pada Ny. M hanya mendapatkan 12 T, untuk tes VDRL dan PMS tidak dilakukan karena tidak tersedianya sarana dan ketidaktersediaan pasien sedangkan untuk pemberian obat malaria tidak dilakukan karena tidak ada indikasi.



Timbang berat badan, menurut (Walyani, 2015) rata-rata kenaikan berat badan ibu sebelum 6,5 kg sampai 16 kg. Maka hasil pemeriksaan BB ibu sebelum hamil 49 kg dan setelah hamil adalah 58 kg, jadi kenaikan berat badan ibu selama hamil 8 kg. Maka kenaikan berat badan Ny. M selama masa kehamilan adalah normal dan sesuai dengan teori.

Tinggi badan diukur dalam cm tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi Cepalo Pelvic Disproporsion (Walyani, 2015). Dalam pemeriksaan tinggi badan Ny. M adalah 158 cm, maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan.

Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (antara 110/70 mmHg sampai 120/80 mmHg) Setiap kali periksa kehamilan tekanan darah Ny. M adalah 110/80 mmHg, tekanan darah dalam batas normal.

Menurut (Manuaba, 2014) pada pemeriksaan kehamilan harus di lakukan pemeriksaan laboratorium mencakup haemoglobin (Hb) normal yaitu 11-14 gr%. Pada saat melakukan kunjungan Antenatal pertama dan kedua dilakukan pemeriksaan Hb pada ibu, ternyata didapatkan hasil yaitu 10,2 gr%, namun dengan cara pemberian zat besi dan zat gizi lainnya, seperti vitamin A, C, folat, dan B12 untuk mencukupin kebutuhan ibu. Sehingga pada kunjungan berikutnya hasil pemeriksaan Hb ibu yaitu 11 gr% mulai meningkat .

Normal DJJ pada teori (Asuhan Persalinan Normal, 2014) berkisar antara 120 – 160x/menit. Pada Ny. M didapati DJJ setiap diperiksa berkisar antara 130 – 150x/menit, hal ini dalam batas normal.

Imunisasi TT telah didapatkan ibu sebanyak 2 kali dengan interval pemberian 4 minggu. Imunisasi TT<sub>1</sub> didapatkan ibu pada tanggal 10 November 2017 dan TT<sub>2</sub> pada tanggal 15 Desember 2017. Interval 4 minggu untuk imunisasi TT adalah ketetapan yang ada pada standard asuhan yang dilakukan.

Pada Ny. M gerakan janin pertama kali dirasakan yaitu pada usia kehamilan 17 minggu. Menurut (Rukiah 2013), pada 16 dan 20 minggu kehamilan, umumnya timbul persepsi gerakan janin, wanita hamil mulai menyadari adanya gerakan berdenyut ringan di perutnya dengan intensitas

gerakan yang semakin meningkat secara bertahap atau munculnya persepsi kehidupan.

Saat usia kehamilan lebih dari 32 - 34 minggu ibu mengeluh sering BAK. Keluhan sering kencing yang dialami ibu dikarenakan turunnya bayi pada kehamilan tua sehingga terjadi desakan pada kandung kemih yang menyebabkan metabolisme kandung kemih cepat terasa penuh (Manuaba,dkk. 2014). Untuk itu ibu dianjurkan agar banyak minum pada siang hari dan sedikit pada malam hari agar ibu tidak harus bolak balik BAK sehingga istirahat malam ibu tidak terganggu, dan anjurkan juga ibu untuk selalu mengganti pakaian dalam setiap kali basah atau lembab agar ibu tidak terkena infeksi.

Selama melakukan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada Ny. M telah dapat terlaksana dengan baik dan tidak ada kesulitan dalam memberikan asuhan. Selama kunjungan yang dilakukan tidak ada ditemukan tanda-tanda bahaya kehamilan pada ibu seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, mual muntah yang berlebihan, dan nyeri perut yang hebat (Syafrudin, 2013).

#### **4.2 Persalinan**

Pada anamnese yang dilakukan Ny. M pada tanggal 17 Januari 2018 didapatkan keluhan yaitu mules-mules sejak pukul 20:10 WIB sudah keluar lendir bercampur darah dan belum keluar air-air. Mules-mules yang semakin sering dan kuat sejak pukul 20:10 WIB, ibu mengatakan pergerakan janin semakin aktif. Dilakukan pemeriksaan umum dan fisik dalam batas normal, pemeriksaan dalam hasilnya vulva vagina tidak ada kelainan, portio tipis dan lunak, pembukaan 7 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, posisi UUK.

Tanda-tanda inpartu diantaranya adalah adanya rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur. Keluar lendir bercampur darah lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada (Rohani, 2014). Berdasarkan hasil anamnese pada Ny. M sudah ada tanda-tanda inpartu yaitu keluar lendir bercampur darah dan mules-mules.

Kala I persalinan Ny. M berlangsung 6 jam, dihitung dari ibu merasakan mules sampai pembukaan lengkap. Menurut teori dalam (Rohani,dkk. 2014) fase laten berlangsung 8 jam dan fase aktif berlangsung selama 6 jam. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, hal ini normal karena dipantau melalui partograf dan tidak melewati garis waspada.

Kala II pada primi 1,5 jam, pada multi 1 jam. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek (Rohani, 2014). Kala II pada Ny. M berlangsung 20 menit dari pembukaan lengkap 22:40 Wib dan bayi lahir spontan pukul 23:00 Wib. Hasil dari data yang ditemukan oleh penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Penatalaksanaan kala III yang dilakukan yaitu melakukan manajemen aktif yaitu melakukan peregang tali pusat terkendali dan massase fundus uteri. Plasenta lahir 5-30 menit setelah bayi lahir (Walyani, 2013). Dengan demikian kala III tidak ada penyulit dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Pengawasan post partum dilakukan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau perdarahan, kontraksi, TFU, dan kandung kemih, pada 1 jam pertama pemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali, pada 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali (Walyani, 2013). Kala IV pada Ny. M terdapat robekan dijalan lahir derajat dua. Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, kandung kemih kosong. Dari hasil observasi kala IV tidak terdapat komplikasi dan tidak ada kesenjangan teori dengan praktek.

Kala IV pada Ny. M Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, kandung kemih kosong. Dari hasil observasi kala IV tidak terdapat komplikasi dan tidak ada kesenjangan teori dengan praktek.

Observasi Kala IV pada Ny. M, yaitu TTV batas normal 110/80 mmHg. Suhu 36°C, Tinggi Fundus Uteri setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong, lochea rubra, pengeluaran darah selama proses persalinan yaitu kala I  $\pm$  30cc, II  $\pm$  50 cc, III  $\pm$  80 cc, IV  $\pm$  100 cc, jumlah pengeluaran darah yang dialami yaitu  $\pm$  260 cc. Menurut teori dalam (Prawirohardjo, 2013) mengatakan perkiraan pengeluaran darah normal  $\pm$  500 cc bila pengeluaran darah  $\geq$  500 cc yaitu pengeluaran darah

abnormal. Pengeluaran darah pada kasus Ny. M masih dalam batas normal dan tidak ada kesenjangan dengan teori. Persalinan pada Ny. M kala I, kala II, dan kala III tidak ada komplikasi sedangkan pada kala IV terdapat robekan perineum.

### **4.3 Masa Nifas**

Dalam masa ini Ny. M telah mendapatkan 4 kali kunjungan nifas yaitu 6 jam post partum, 6 hari postpartum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Setiap kunjungan Ny. M mendapatkan pelayanan dari mulai mengajarkan masase pada ibu dan keluarga, konseling mengenai ASI (air susu ibu) dan merawat bayi, tanda-tanda bahaya bayi, tanda-tanda bahaya ibu nifas dan keluarga berencana. Pelayanan tersebut sesuai dengan program dan kebijakan mengenai kunjungan nifas yang dilakukan selama 4 kali.

Kunjungan I, 6 jam post partum pada Ny. M 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. Menurut teori bahwa tinggi fundus uteri pada 6 jam postpartum adalah 2 jari dibawah pusat dan terjadi pengeluaran lochea rubra selama 2 hari pasca persalinan. Hasil pemeriksaan kunjungan I yaitu 6 jam postpartum pada Ny. M berjalan normal.

Kunjungan II, 6 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 (Prawihardjo, 2013). Hasil pemeriksaan pada Ny. M didapati tinggi fundus uteri pertengahan antara pusat dan symphysis, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kuning, bau khas, konsistensi cair, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi. Dari hasil pemantauan tidak ditemukan ketidaknormalan pada Ny. M.

Kunjungan III, 2 Minggu postpartum adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup

makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik (Prawihardjo, 2013). Hasil pemeriksaan pada Ny. M adalah Tinggi fundus uteri pada 2 minggu postpartum sudah tidak teraba lagi dan pengeluaran lochea serosa, berwarna kekuningan atau kecoklatan, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan selama masa nifas, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi. Dari hasil pemantauan kunjungan III yaitu 2 minggu postpartum berjalan normal.

Kunjungan IV, 6 Minggu postpartum adalah menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami. Memberikan konseling untuk KB secara dini (Prawihardjo, 2013). Hasil pemeriksaan pada Ny. M adalah tinggi fundus uteri sudah tidak teraba lagi dan pengeluaran lochea Alba yang berwarna keputihan. Menganjurkan ibu ber-KB dan ibu ingin KB suntik 3 bulan. Hasil pemantauan Tidak ada kesenjangan dengan teori. Selama masa nifas Ny. M tidak ada penyulit dan komplikasi.

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

Pada bayi lahir yaitu jaga kehangatan, bersihkan jalan nafas, keringkan dan tetap jaga kehangatan, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, lakukan Inisiasi Menyusu Dini dengan cara kontak kulit bayi dengan ibu, beri salep mata tetrasiklin 1% pada kedua mata, suntikan vitamin K 1Mg/0,5 cc intramuscular di 1/3 paha bagian luar sebelah kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini, (Asuhan Persalinan Normal, 2014). Bayi Ny.M lahir cukup bulan masa gestasi 38-39 minggu, lahir spontan pukul 23:00 WIB tidak ditemukan adanya masalah, menangis kuat, tonus otot positif (+) warna kulit kemerahan jenis kelamin perempuan, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan.

Pemeriksaan pertama dilakukan kepada bayi segera setelah lahir, dimulai dari pemeriksaan apgar score. By. Ny. M mempunyai nilai apgar score yang baik yaitu 9/10, 8 point pada penilaian 1 menit pertama dan 10 point pada 5 menit sesudahnya. Selanjutnya yang dinilai ada penampilan bayi baru lahir yang mencakup keaktifan bayi, kesimetrisan seluruh badan, ekspresi muka dan wajah, keadaan mulut yang tidak mempunyai kelainan, leher, dada dan abdomen yang

simetris, punggung yang tidak mempunyai kelainan, saluran cerna yang baik, reflex yang baik, dan berat badan yang normal serta tidak ada tanda-tanda infeksi.

Kunjungan I (Kamis, 18 Januari 2018, Pukul 08:00 WIB), penulis memberikan asuhan kepada bayi baru lahir meliputi penilaian tanda-tanda vital bayi, menginformasikan kepada keluarga tentang pemberian ASI, personal hygiene bayi, dan perawatan tali pusat dan memandikan bayi sampai pupus tali pusat .

Kunjungan II dan III (hari ke 6 setelah lahir dan hari ke 14), penulis memberikan asuhan kepada bayi baru lahir meliputi tanda-tanda vital, keperluan nutrisi bayi akan ASI, kebutuhan jam tidur bayi, pemberian informasi tentang perawatan bayi baru lahir dan jadwal pemberian imunisasi pada bayi.

Kunjungan ke IV, penulis melakukan observasi terhadap imunisasi yang telah didapatkan oleh bayi. Bayi mendapat pengawasan atau asuhan yang benar sehingga bayi dapat terawasi. Maka, dari hasil pemantauan tidak ditemukan masalah atau penyulit pada bayi Ny.M

#### **4.5 Keluarga Berencana**

Asuhan keluarga berencana telah dilakukan di kunjungan ke IV masa nifas. Lepas 40 hari pasca persalinan ibu memilih menjadi akseptor KB suntik 3 bulan dengan tujuan ingin menjarangkan kehamilannya. Saat konseling ibu diberitahu tentang jenis-jenis alat kontrasepsi KB dan telah diinformasikan kelebihan dan kekurangan dari alkon yang dipilihnya. Tanggal suntikan ulang telah diinformasikan kepada ibu sesuai dengan hitungan tanggal dan telah mendokumentasikan semua asuhan yang diberikan. Maka, tidak ditemukan penyulit pada ibu dalam pemilihan kontrasepsi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Asuhan kehamilan pada Ny. M dimulai dari kontak pertama pada tanggal 20 Juli 2017 sampai dengan berakhirnya kunjungan pada tanggal 02 Mei 2018, Dari hasil pemeriksaan tidak ditemukan adanya masalah selama masa kehamilan.
2. Proses persalinan pada Ny. M tanggal 18 Januari 2018 dengan gestasi 38 minggu, saat persalinan terdapat robekan perineum derajat II. Penyulit-penyulit yang ditemukan telah ditangani sesuai standar asuhan. Asuhan masa nifas pada Ny. M dimulai dari tanggal 18 Januari 2018- 21 Maret 2018 yaitu dari 6 jam postpartum sampai 6 minggu postpartum, selama pemantauan masa nifas berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan tanda bahaya atau komplikasi
3. Asuhan bayi baru lahir pada bayi Ny. M yang berjenis kelamin laki-laki, BB 3500 gram, PB 50 cm, LK 34 cm, LD 33 cm, tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan Vit Neo K 1 Mg/0,5 cc, salep mata, telah mendapatkan imunisasi HB0 serta imunisasi BCG. Saat pemeriksaan dan pemantauan bayi tidak ditemukan komplikasi atau tanda bahaya.
4. Asuhan kebidanan Keluarga Berencana pada Ny. M memilih untuk memakai alat kontrasepsi suntik kb 3 bulan.

#### **5.2 Saran**

1. Bagi Penulis

Diharapkan penulis mampu mendapatkan pengalaman dalam mempelajari kasus-kasus pada saat praktik dalam bentuk manajemen SOAP serta menerapkan asuhan sesuai standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang telah diberikan kepada profesi bidan. Serta diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap klien.

## 2. Bagi Bidan

Agar bidan dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai standart asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB.

## 3. Bagi Pasien

Agar klien memiliki kesadaran untuk selalu menjaga dan memeriksa kesehatannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya kesehatan dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Andina, V. S. & Yuni, F. Y. 2015. Asuhan pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Anggraini.Y. (2016).Asuhan Kebidanan Masa Nifas
- Arum, D. N. S & Sujiyatini. 2017. Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini. Yogyakarta: Nuha Medika
- Cunningham, F. G., Macdonald, P. C., dan Gant N. F. 2014. William Obstetries, Edisi XXIII. Jakarta: EGC
- Dewi, 2013. Asuhan neonatus, bayi dan balita. Jakarta.
- 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.
- JNPK-KR. (2016). Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik- Kesehatan Reproduksi Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. 2014.
- Kemenkes RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia. 2015. Indonesia/profil-kesehatan- indonesia-2015.pdf
- Kemenkes RI, 2016. Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta. Gavi.
- Manuaba, C.A.I, Manuaba, F.G.B.I, dan Manuaba, G.B.I.2014. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB. Jakarta: EGC
- Meilani,dkk.2010. Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Fitramaya
- Mulyani, N. S & Rinawati, M. 2013. Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muslihatun, 2014. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nanny Vivian & Sunarsih tri, 2014. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Jakarta. Salemba Medika.
- Pinem,2014. Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi. Jakarta Timur: TIM

- Prawirohardjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S. (2016). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rohani, dkk 2014. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. Jakarta: Salemba Medika
- Rukiyah & Yuliati. 2013. Asuhan neonatus bayi dan anak balita. Jakarta
- Sulistyawati, 2014. Asuhan kebidanan pada masa kehamilan. Jakarta: Salemba medical
- Walyani, S. E. 2015 Asuhan kebidanan pada kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Yuhedi,L.T & Kurniawati,T (2016). Buku pelayanan KB.Jakarta :EGC

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mei Pang  
Umur : 31 tahun  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat : Jl. Medan km, 65 P. Siantar

Istri dari :

Nama : Ramot Sihombing  
Umur : 32 tahun  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Jl. Medan km 65 P. Siantar

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

Nama : Chikita On Gustom  
NIM : 10.73.24.2.15.043  
Tingkat/Kelas : III-B

Mahasiswa dari Prodi Kebidanan Pematangsiantar guna penyusunan *case study* berupa asuhan kebidanan yang meliputi Asuhan Kehamilan, Asuhan Persalinan, Asuhan Bayi Baru Lahir, dan Asuhan Keluarga Berencana. Kepada saya dan keluarga juga telah diberikan penjelasan yang cukup sehingga saya dapat menyetujui untuk terlibat dalam proses Asuhan Kebidanan ini.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesabaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Pematangsiantar, Januari 2018

Pelaksana

  
(Chikita On)

Suami/Pendamping

  
(R. Sihombing)

Klien



(Mei Pang)



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN**  
Jamin Ginting Km. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos 20136  
Telepon: 061-8368633 Fax: 061-8368644  
email : [kepk.poltekkesmedan@gmail.com](mailto:kepk.poltekkesmedan@gmail.com)



**PERSETUJUAN KEPK TENTANG**  
**PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN**  
Nomor: 0512/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 Pada Ny. S Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, Dan Keluarga Berencana Di Bidan Praktek Mandiri F.S Kota Pematangsiantar”**

Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/ Peneliti Utama : **Friska Yanti Marpaung**  
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, 16 Juli 2018  
Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
Poltekkes Kemenkes Medan

Ketua,

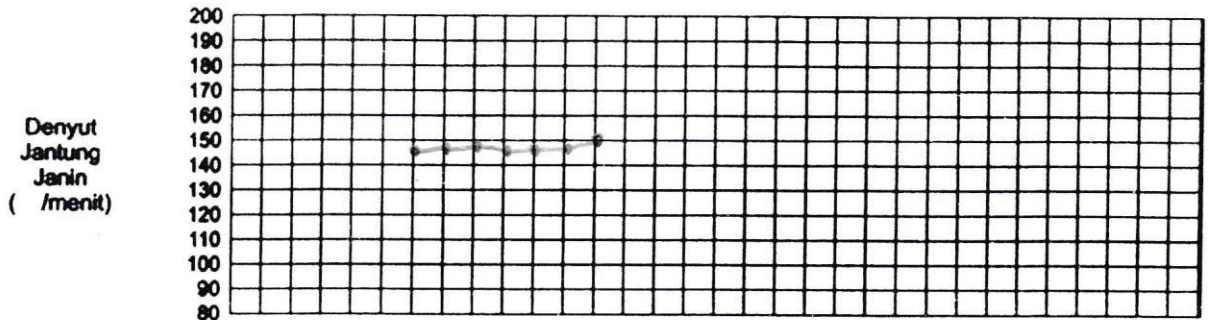


*Friska Yanti Marpaung*  
Dr.Ir. Zuraidah Nasution, M.Kes  
NIP. 196101101989102001

**PARTOGRAF**

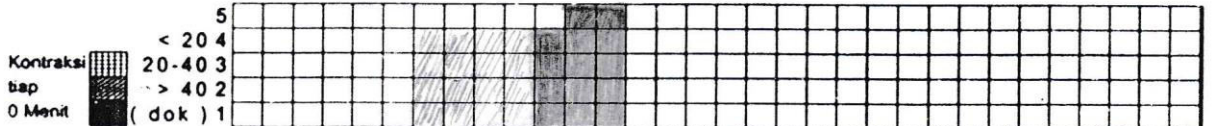
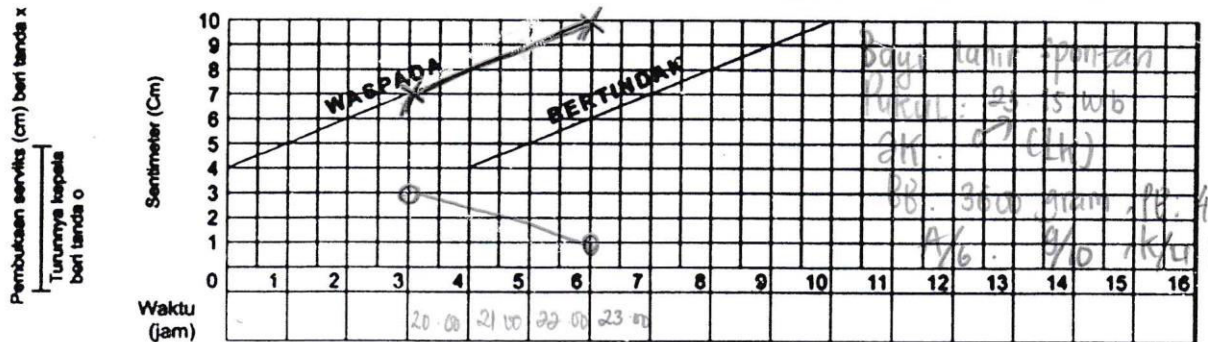
No. Register  
No. Puskesmas  
Ketuban pecah

Nama ibu : Ny. Mei Umur : 31 thn G. III P. II A. 0  
Tanggal : 17-01-2018 Jam : 20.10 wib Alamat : Jl Medan  
Sejak jam 22.30 Wib mules sejak jam 16.00 wib



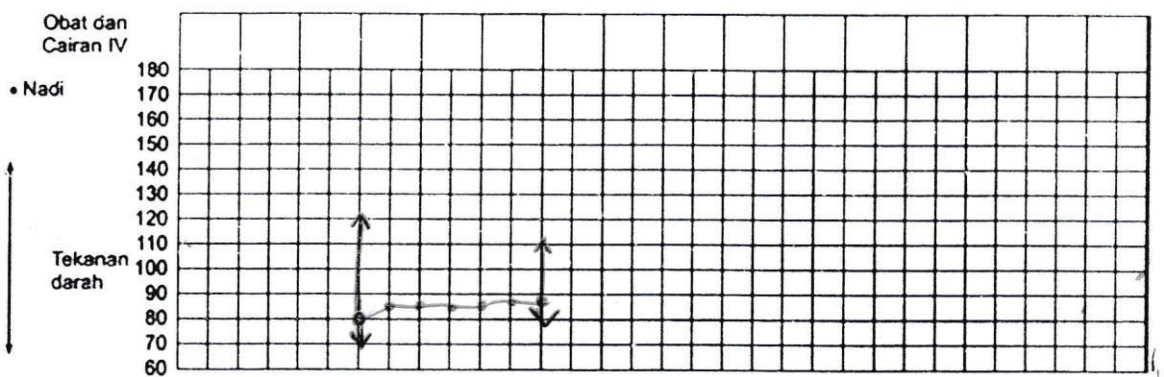
Air ketuban Penyusupan

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  | J |  |  |  |  |  |
|  |  | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |  |



Oksitosin U/L letes/menit

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



Suhu °C

|  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
|  |  | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 37 |  |  |  |  |  |
|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|

Urin Protein Aseton Volume

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal: 17-01-2018
- Nama bidan: R. Manuring
- Tempat persalinan:
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya: .....
- Alamat tempat persalinan: RT 001/RW04 Kel. Tebet Timur  
Kecamatan Tebet, Jakarta
- Catatan:  rujuk, kala: I/II/III/IV
- Alasan merujuk: .....
- Tempat rujukan: .....
- Pendamping pada saat merujuk:
  - bidan  teman  suami  dukun  keluarga  tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
  - Gawat darurat  Perdarahan  HDK  Infeksi  PMTCT

**KALA I**

- Partograf melwati garis waspada: Y/T
- Masalah lain, sebutkan: .....
- Penatalaksanaan masalah tsb: .....
- Hasilnya: .....

**KALA II**

- Episiotomi:
  - Ya, indikasi: .....
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
  - suami  teman  tidak ada
  - keluarga  dukun
- Gawat janin:
  - Ya, tindakan yang dilakukan:
    - a. ....
    - b. ....
  - Tidak
  - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil: .....
- Distosia bahu
  - Ya, tindakan yang dilakukan: .....
  - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: .....

**KALA III**

- Inisiasi Menyusu Dini
  - Ya
  - Tidak, alasannya: .....
- Lama kala III: ... 5 ... menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM?
  - Ya, waktu: ... 7 ... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan: .....
  - Perjepitan tali pusat: ..... menit setelah bayi lahir
- Pemberian utang Oksitosin (2x)?
  - Ya, alasan: .....
  - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

| Jam Ke | Waktu | Tekanan Darah | Nadi  | Suhu   | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Darah yg keluar |
|--------|-------|---------------|-------|--------|---------------------|------------------|---------------|-----------------|
| 1      | 23:45 | 100/70        | 80x/1 | 36,5°C | 2 jn dibawah pusat  | Kaik             | Kesong        | Normal          |
|        | 00:00 | 100/80        | 80x/1 |        | 2 jn dibawah pusat  | Kaik             | Kesong        | Normal          |
|        | 00:15 | 100/80        | 80x/1 |        | 2 jn dibawah pusat  | Kaik             | Kesong        | Normal          |
|        | 00:30 | 110/80        | 80x/1 |        | 2 jn dibawah pusat  | Kaik             | Kesong        | Normal          |
| 2      | 01:00 | 110/80        | 77x/1 | 36,5°C | 2 jn dibawah pusat  | Kaik             | Kesong        | Normal          |
|        | 01:30 | 110/80        | 77x/1 |        | 2 jn dibawah pusat  | Kaik             | Kesong        | Normal          |

- Masase fundus uteri?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya/Tidak
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
    - a. ....
    - b. ....
- Plasenta tidak lahir > 30 menit:
  - Tidak
  - Ya, tindakan: .....
- Laserasi:
  - Ya, dimana: Perineum
  - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
  - Tindakan:
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan: .....
- Atonia uteri:
  - Ya, tindakan: .....
  - Tidak
- Jumlah darah yang keluar/perdarahan: .....
- Masalah dan penatalaksanaan masalah: .....

**KALA IV**

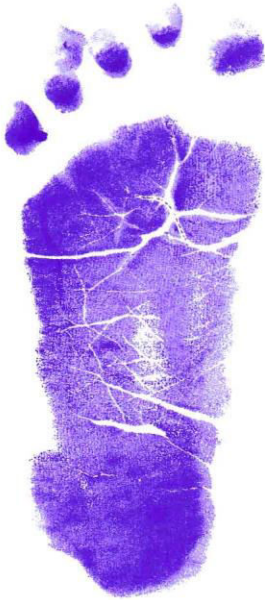
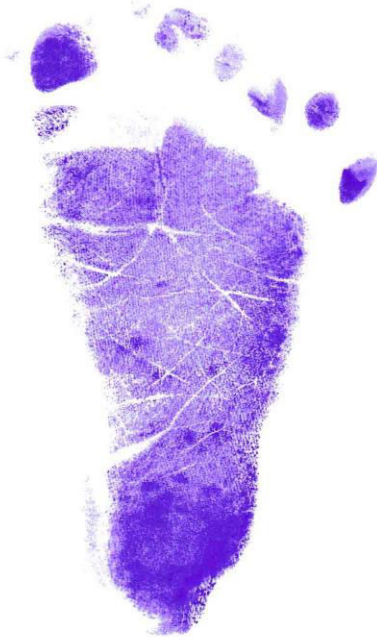


- Kondisi ibu: KU baik TD 110/70 mmHg Nadi: 80 x/mnt Napas: ..... x/m
- Masalah dan penatalaksanaan masalah: .....

**BAYI BARU LAHIR**

- Berat badan: ... 3600 ... gram
- Parjang: ... 48 ... cm
- Jenis kelamin: L / P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
  - Normal, tindakan:
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - pakailan/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - tindakan pencegahan infeksi mata
  - Asfiksia ringan / pucat/biru/kemah, tindakan:
    - mengeringkan  menghangatkan
    - rangsang taktil  lain-lain, sebutkan: .....
    - bebaskan jalan napas
    - pakailan/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Cacat bawaan, sebutkan: .....
  - Hipotermi, tindakan:
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
- Pemberian ASI
  - Ya, waktu: ... 1/2 ... jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan: .....
- Masalah lain, sebutkan: .....
- Hasilnya: .....

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partograf

**Telapak Kaki Bayi Ny. M dan Jari Jempol Tangan Ny. M**

| <b>Sidik Telapak Kaki Kiri Bayi</b>   | <b>Sidik Telapak Kaki Kanan Bayi</b>  |
|---|---|
|   |    |
| <b>Sidik Jari Jempol Kiri Ibu</b>   | <b>Sidik Jari Jempol Kanan Ibu</b>  |
|  |  |



**PERSETUJUAN KEPK TENTANG**  
**PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN**  
**Nomor: 0280 /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 Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan KB Pada Ny. M Di Bidan RM Kota Pematangsiantar”**

Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/ Peneliti Utama : **Chikita Osi Gultom**  
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, 3 Juli 2018  
Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
Poltekkes Kemenkes Medan



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



## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **DATA PRIBADI**

1. Nama Lengkap : Chikita Osi Ulima Daten Gultom
2. Tempat, Tanggal Lahir : Pematangsiantar, 15 Juli 1998
3. Domisili : Pematangsiantar
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Kristen Protestan
6. Anak Ke : 1 dari 3 Bersaudara
7. Status : Belum Menikah
8. Telepon : 082166874816
9. E-mail : Chikitaosi@gmail.com

### **RIWAYAT PENDIDIKAN**

1. 2002-2003 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari TK Putra II PEMATANGSIANTAR
2. 2003-2009 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SD BUDI MULIA II PEMATANGSIANTAR
3. 2009-2012 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SMP CINTA RAKYAT 1 PEMATANGSIANTAR
4. 2012-2015 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SMA NEGERI 4 PEMATANGSIANTAR
5. 2015-2018 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari D-III POLTEKKES KEMENKES RI MEDAN PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR