

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR SAMPAI MENJADI AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA PADA NY. L DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI Y KOTA PEMATANGSIANTAR

NAMA : LISTIARI
NIM : P0.73.24.2.15.020

Laporan Tugas Akhir Ini Telah disetujui untuk dipertahankan
Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir
Tanggal, 17 Juli 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



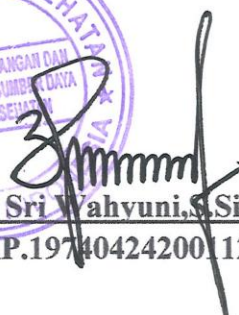
Ribka Nova Sembiring, SST, M.Kes
NIP. 1979052722002122001



Inke Malahayati, SST, M.Keb
NIP. 197605102008012021

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




Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T.M.Keb
NIP.19740424200112002

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR SAMPAI MENJADI AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA PADA NY. L DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI Y KOTA PEMATANGSIANTAR

NAMA : LISTIARI
NIM : P0.73.24.2.15.020

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

Penguji I

Penguji II



Ribka Nova Sembiring, SST, M.Kes
NIP. 1979052722002122001



Dr. Dame Eyalina Simangunsong, M.Kes
NIP. 197009021993032002

Ketua Penguji



Juliani Purba, S.Pd, Acp, M.Kes
NIP. 195907081983032001

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



Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T.M.Keb
NIP. 19740424200112002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmatNya saya dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul **”Asuhan Kebidanan Pada Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, Sampai Menjadi Akseptor Keluarga Berencana Pada Ny. L di Bidan Praktik Mandiri Y Pematangsiantar”** sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan.

Dalam hal ini, penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
2. Ibu Betty Mangkuji, S.Si.T, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
3. Ibu Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T, M.Keb selaku Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
4. Ibu Ribka Nova Sembiring, SST, M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat diselesaikan.
5. Ibu Inke Malahayati, SST, M.Keb selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat diselesaikan.
6. Dosen beserta staf pegawai di Prodi Kebidanan Pematangsiantar.
7. Bidan Y yang telah memfasilitasi dan membimbing dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil.
8. Ny. L. yang telah bersedia menjadi klien dalam laporan tugas akhir ini.
9. Orangtua tercinta, seluruh keluarga dan teman-teman yang telah banyak memberikan dukungan, nasehat, baik secara materi maupun spritual selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Penulis sangat menyadari laporan tugas akhir ini masih memiliki banyak kesalahan dalam penulisan maupun isi, maka penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini.

Penulis mengucapkan terimakasih atas segala bantuan dan dukungan serta kebaikan yang penulis terima dari semua pihak semoga mendapat berkat dari Tuhan Yang Maha Esa.

Semoga isi dan makna dari penulisan laporan tugas akhir ini dapat berguna bagi banyak pihak yang memanfaatkannya

Pematangsiantar, Juli 2018

LISTIARI
NIM:P0.73.24.2.15.020

POLITEKNIK KESEHATAN MEDAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR
LAPORAN TUGAS AKHIR

LISTIARI

Asuhan Kebidanan Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Sampai Menjadi Akseptor Keluarga Berencana Pada Ny. L Di Bidan Praktek Mandiri Y Kota Pematangsiantar

ABSTRAK

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu bagian dari upaya peningkatan derajat kesehatan dalam *Sustainable Development Goals*. Kondisi tersebut akan tercapai apabila pelayanan kesehatan bagi ibu memadai dan berkualitas

Tujuan penulisan untuk menerapkan asuhan kebidanan *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir sampai menjadi akseptor keluarga berencana sesuai dengan standar asuhan.

Metode yang digunakan berupa Laporan Kasus.

Ny. L G_{III}P_{II}A₀. Pemeriksaan kehamilan dimulai dari trimester II sampai Trimester III sebanyak 4 kali, persalinan dilakukan dengan *sectio caesarea*, kunjungan nifas sebanyak 4 kali, dan kunjungan bayi baru lahir sebanyak 3 kali, dan telah menerima pelayanan keluarga berencana. Hasil pemeriksaan kehamilan didapatkan Ny. L tidak memiliki riwayat penyakit, masa kehamilan yang dialami bersifat fisiologis, keluhan selama kehamilan dapat diatasi. Pemeriksaan saat persalinan *sectio caesarea* Ny. L atas indikasi sosial berjalan dengan baik, perdarahan ibu normal. Pemeriksaan masa nifas ibu bersifat fisiologis dilihat dari perdarahan dan lainnya. Begitu juga bayi yang dilahirkan sehat dengan panjang badan: 50 cm, berat badan: 3500 gr, jenis kelamin perempuan dan lahir sehat. Ibu memilih menjadi akseptor keluarga berencana dengan metode tubektomi. Asuhan yang diberikan mulai dari kehamilan sampai menjadi akseptor keluarga berencana tersebut sesuai dengan standard asuhan dan kewenangan bidan.

Kata Kunci : Asuhan berkelanjutan pada Ny.L G_{III} P_{II} A₀
Kepustakaan : 31 (2009-2017)

**POLYTECHNIC OF HEALTH MINISTRY MEDAN
PEMATANGSIANTAR
FINAL CASE REPORT**

LISTIARI

Midwifery care on pregnancy, maternal, postnatal, newborn and becomes family planning acceptor to Mrs. L in Y's Midwife Clinic Pematangsiantar

ABSTRACT

Maternal and child health is one part of efforts to improve health status in Sustainable Development Goals. These conditions will be achieved if maternal health services are adequate and quality

The purpose to apply midwifery care by continuity of care for pregnant, maternity, postpartum and newborn baby to family planning acceptors in accordance with the standara of care.

Method by case report.

Mrs. L G_{III}P_{II}A₀. Antenatal care have been started from trimester I to trimester III four times, labor was done by sectio cesarea, postpartum visit have four times, and newborn baby visit have three times, and have received family planning care. The result of antenatal care are Mrs. L does not have a history of illness, experienced pregnancy is physiological, complaints during pregnancy canbe overcome. sectio caesarea to Mrs. L for social indications went well, and partum hemorrhage are normal. Postpartum are physiological because post partum hemorrhage are normal. The baby are good with with a body length: 50 cm, weight: 3500 gr, gender: female and healthy birth. Mrs. L chose to become acceptor family planning tubectomy method. The care from pregnancy to family planning acceptors in accordance with the standard of care and authority of the midwife .

Keywords : *Continuity of care to Mrs. L G_{III} P_{II} A₀ .*

References : *31 (2009-2017)*

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR LAMPIRAN.....	v
DAFTAR SINGKATAN.....	vi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Masalah	5
1.3. Tujuan Asuhan Kebidanan	6
1.4. Sasaran, tempat dan waktu asuhan kebidanan	6
1.5. Manfaat	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Asuhan Kebidanan	8
2.2 Kehamilan	11
2.3 Persalinan	25
2.4 Nifas	30
2.5 Bayi Baru Lahir	39
2.6 Keluarga Berencana	50
BAB 3 ASUHAN KEBIDANAN	55
3.1 Asuhan Kehamilan	55
3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.....	62
3.3 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas	65
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	69
3.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana.....	72
BAB 4 PEMBAHASAN	74
4.1 Kehamilan	74
4.2 Persalinan.....	79
4.3 Masa Nifas	81
4.4 Masa Bayi Baru Lahir	82
4.5 Metode Kontrasepsi	83
BAB 5 PENUTUP.....	85
5.1 Simpulan	85
5.2 Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

2.1	Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Umur Kehamilan	20
2.2	Waktu Pemberian dan Masa Perlindungannya Imunisasi TT	20
2.3	Kunjungan Masa Nifas	32
2.4	Involusi Uterus Pada Ibu Nifas	36
2.5	Nilai APGAR Pada Bayi Baru Lahir.....	40
2.6	Mekanisme Hemostatis/Adaptasi Bayi Baru Lahir.....	41
2.7	Durasi Kebutuhan Tidur bayi/anak Berdasarkan Usia.....	48
3.1	Nilai APGAR Score Bayi Ny.L.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 2 Stempel Kaki Bayi
- Lampiran 3 Daftar Hadir menghadiri ujian Proposal LTA
- Lampiran 4 Kartu Bimbingan LTA
- Lampiran 5 *Etical Clearance*
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKN	: Angka Kematian Neonatus
ANC	: Antenatal Care
APGAR	: <i>Appearance, puls, grimace, activity, respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerin</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatus
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
RR	: <i>Respiration Rate</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
VDRL	: <i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

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 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, 2015).

Diperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. AKI di dunia yaitu 289.000 jiwa, Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa (WHO, 2014).

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia disebabkan masih tingginya AKI dan AKB di Indonesia. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI sebesar 268 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2016). Angka kematian masyarakat dari waktu ke waktu dapat memberi gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat dan dapat juga digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan lainnya. Berdasarkan laporan dari profil kab/kota AKI maternal yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2016 85/100.000 kelahiran hidup, namun ini belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH. Jumlah AKI di Pematangsiantar tahun 2016 4/100.000 kelahiran hidup dengan kematian ibu bersalin 1,5 % dan kematian ibu nifas 3,6% (Kemenkes, 2016).

Jumlah kematian ibu di Kota Pematangsiantar dari tahun 2012-2016 mengalami naik turun, yaitu pada tahun 2012 sebanyak 11 kematian, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2013 menjadi 4 kematian, dan mengalami peningkatan kembali pada tahun 2014 terjadi 7 kematian, kemudian menurun kembali pada 2 tahun terakhir (pada tahun 2015 sebesar 5 kematian dan tahun 2016 sebesar 4 kematian) (Dinkes, 2016).

Pada tahun 2016 kematian ibu ditemukan di kecamatan Siantar Utara, Siantar Timur, Siantar Marihat dan Siantar Selatan masing– masing sebanyak 1 kematian, dengan penyebab kematian yaitu pada ibu bersalin disebabkan oleh Eklamsi (1), Limfadinitis (1) dan pada ibu nifas karena perdarahan (1), penyebab lainnya (1) (Dinkes, 2016).

Laporan profil kesehatan kab/kota tahun 2016, dari 281.449 bayi lahir hidup terdapat 1.132 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Angka ini dapat diperhitungkan, AKB di Sumatera Utara 2016 yaitu 4/1.000 KH (Kemenkes, 2016).

Penyebab langsung kematian maternal yang paling umum di Indonesia adalah perdarahan 28%, eklamsi 24%, dan infeksi 11% . Robekan postpartum terjadi diantaranya karena adanya robekan jalan lahir atau perineum. Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua dari perdarahan postpartum. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi perdarahan postpartum yaitu dengan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) serta penjahitan luka jalan lahir dengan tepat, namun upaya ini masih kurang optimal (Manuaba, 2014).

Persentase K1 dan K4 selama 5 tahun terakhir di Kota Pematangsiantar meningkat. Dengan persentase K1 dan K4 tertinggi terjadi pada tahun 2016 dan terendah pada tahun 2012. Persentase K1 dan K4 tahun 2016 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan akses ibu hamil dalam pelayanan kesehatan dan peningkatan jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan. Dalam 5 tahun terakhir terdapat kesenjangan antara persentase K1 dan K4, dimana persentase ibu hamil terhadap akses kunjungan pelayanan kesehatan (K1) lebih tinggi di banding ibu hamil yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standart (K4) (Dinkes, 2016).

Cakupan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan menunjukkan adanya kecenderungan yang meningkat, yaitu dari 86,73% tahun 2010 menjadi 90,05% pada tahun 2016, bahkan pencapaian pada tahun 2016 merupakan pencapaian tertinggi dalam hal pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dalam 7 tahun. Pematangsiantar mampu mencapai target SPM bidang kesehatan yaitu 96,55% pada tahun 2016 (Kemenkes, 2016).

Di Indonesia *Sectio cesarea* umumnya dilakukan bila ada indikasi medis tertentu sebagai tindakan mengakhiri kehamilan dengan komplikasi. Selain itu *sectio cesarea* juga menjadi alternative persalinan tanpa indikasi medis karena dianggap lebih mudah dan nyaman. *Sectio cesarea* sebanyak 25 % dari jumlah kelahiran yang ada dilakukan pada ibu-ibu yang tidak memiliki resiko tinggi untuk melahirkan secara normal maupun komplikasi persalinan lain (Kemenkes, 2012).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata persalinan *sectio cesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15 % per kelahiran hidup di dunia. Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan *sectio cesarea* di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian *sectio cesarea* juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta. Hasil Riskesdes 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode *sectio cesarea* sebesar 9,8 % dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013 (Novianti, 2017).

Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2016. Namun demikian nampak adanya penurunan cakupan KF3 pada tahun 2016, yaitu lebih rendah dibandingkan tahun 2015. Penurunan tersebut disebabkan karena banyaknya faktor, yaitu penetapan sasaran kabupaten/kota terlalu tinggi, kondisi geografi yang sulit di beberapa wilayah, belum optimalnya koordinasi dan pelaporan antar kabupaten/kota dan provinsi, dan kurangnya kesadaran dan pengetahuan ibu dan keluarga tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan pada saat nifas (Kemenkes, 2016).

Pada tahun 2016, rata-rata cakupan pelayanan ibu nifas di provinsi Sumatera Utara mencapai 86,76%, angka ini mengalami penurunan dibandingkan capaian tahun 2015 yaitu 87,36%, sementara tahun 2014 (84,62 %), tahun 2013 (86,7 %), tahun 2012 yaitu 87,39% dan tahun 2011 yaitu 87,10%. Pencapaian cakupan per kabupaten/kota sangat bervariasi mempunyai data yang cukup tinggi, dimana cakupan tiga kota/kab tertinggi yaitu kota Sibolga (96,05 %), Pematangsiantar (93,43%), Kabupaten Langkat (92,02%) dan yang terendah yaitu kabupaten Padang Lawas Barat (43,22%) (Kemenkes, 2016).

Angka Kematian Bayi di kota Pematangsiantar tahun 2016 meningkat menjadi 6/1.000 kelahiran hidup dibandingkan tahun 2014 dan 2015, sebesar 4/1.000 kelahiran hidup, angka ini masih rendah dan berkontribusi positif dalam mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan untuk AKB pada tahun 2016 ditargetkan 24/1.000 kelahiran hidup. jumlah kematian bayi dalam 3 tahun terakhir mengalami peningkatan. Jumlah kematian tersebut pada tahun 2016 melonjak meningkat menjadi 24 kematian, dibandingkan tahun 2013 sampai 2014 masing – masing 18 kematian dan pada tahun 2015 sebanyak 20 kematian, tetapi jumlah tersebut lebih rendah bila dibandingkan pada tahun 2011 sebanyak 24 kematian, dan lebih tinggi bila di bandingkan pada tahun 2012 sebanyak 4 kematian. Kematian bayi pada tahun 2015 terbanyak terdapat di Kec. Siantar Martoba sebanyak 12 kematian, dan diikuti Siantar Utara dan Siantar Sitalasari masing – masing sebanyak 2 kematian, kemudian Siantar Utara, Siantar Timur, Siantar Selatan, dan Siantar Barat masing- masing sebanyak 1 kematian (Dinkes, 2016).

Kunjungan Neonatus penting dilakukan sebanyak 3 kali. Satu kali pada usia 0-7 hari (KN1) dan dua kali pada usia 8-28 hari (KN3). Tahun 2016 KN1 dan KN3 mengalami peningkatan di Sumatera Utara yaitu 95,21% dan 93,14% dibanding tahun 2015 KN1 (94,82%) dan KN3 (90,26%). Namun mengalami penurunan bila dibandingkan tahun 2014 KN1 (96,36%) dan KN3 (92,34 %) dan tahun 2013 KN1 (95.95 %) serta KN3 (89,60%). Pematangsiantar berada dalam nomor 18 dari 33 kabupaten/kota di Sumatera Utara dengan jumlah KN1 4.625% dan KN3 (91,66%) (Kemenkes, 2016).

Peserta Kb baru dengan berbagai alat kontrasepsi di Kota Pematangsiantar mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 2,9% bila dibandingkan Tahun 2015 sebesar 28,7%, Tahun 2014 (23,1%) dan tahun 2013 (9,8%). Dari perkiraan jumlah PUS yang ada di Kota Pematangsiantar pada Tahun 2016 terdapat 99.514 dan 29,8% aktif memakai KB dengan berbagai jenis kontrasepsi. Persentase tersebut melonjak turun bila dibandingkan Tahun sebelumnya yaitu pada Tahun 2015 dari 39.474 perkiraan jumlah PUS yang ada di Kota Pematangsiantar terdapat 70,3% aktif memakai KB dengan berbagai jenis kontrasepsi, dan tahun 2014 sebesar 67,4 % setara tahun 2013 sebesar 77,1 %. Penurunan jumlah ini menunjukkan bahwa setiap PUS di Kota Pematangsiantar semakin berkurang menggunakan alat/ metode kontrasepsi (Kemenkes, 2016).

Berdasarkan data BKKBN Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB baru adalah 350.481 jiwa atau 14,83 % dari PUS yang ada, hal ini terjadi peningkatan dibanding tahun 2015 (289.721 jiwa atau 12,31%). Peserta KB baru di Kota Pematangsiantar sebanyak 9.130 jiwa dengan jenis kontrasepsi MOW sebanyak 1.297 jiwa atau 14,21 % (Kemenkes, 2016).

Berdasarkan data diatas untuk mendukung pembangunan kesehatan yang berkelanjutan (*continuity of care*) maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan kepada Ny.L mulai dari masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas dan perawatan bayi baru lahir dan KB sebagai laporan tugas akhir di Politeknik Kesehatan Medan Prodi Pematangsiantar.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka asuhan kebidanan *continuity of care* perlu dilakukan pada Ny.L 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. Melakukan pengkajian secara lengkap pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
2. Melakukan interpretasi data yang meliputi data diagnosa kebidanan masalah dengan kebutuhan dan diagnosa potensial pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
3. Menyusun rencana tindakan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
4. Melaksanakan implementasi pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
5. Mengevaluasi asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
7. Menentukan kesenjangan hasil pemeriksaan asuhan kebidanan dengan teori yang sudah ada.

1.4 Sasaran, tempat dan waktu asuhan kebidanan

1.4.1 Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny.L umur 33 tahun, G_{III} P_{II} A₀, dengan memberikan asuhan kebidanan yang berkelanjutan mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.4.2 Tempat

Tempat untuk memberikan asuhan kebidanan pada Ny.L umur 33 tahun, G_{III} P_{II} A₀ adalah klinik Bidan Y

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan *continuity of care* adalah Juli 2017 sampai dengan Mei 2018.

1.5 Manfaat

Dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan *continuity of care* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan kewenangan dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/ masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa hamil, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Setyawan, 2012).

2.1.1 Standar Asuhan Kebidanan Menurut KEPMENKES RI No. 938/Menkes/VIII/2007

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

2.1.1.1 Standar I : Pengkajian

1. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Kriteria pengkajian

- a. Data tepat, akurat dan lengkap.
- b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa : biodata, keluhan utama, riwayat *obstetric*, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, fisiologi, dan pemeriksaan penunjang)

2.1.1.2 Standar II : Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan.

1. Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2. Kriteria perumusan diagnosa dan masalah kebidanan

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2.1.1.3 Standar III : Perencanaan

1. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

2. Kriteria perencanaan

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi social dan budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

2.1.1.4 Standar IV : Implementasi

1. Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam

bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

2. Kriteria

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarganya (*informed of consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga *privacy* klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

2.1.1.5. Standar V : Evaluasi

1. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistemis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2. Kliteria Evaluasi

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien (Astuti, 2016).

2.2 Kehamilan

2.2.1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang berikutnya membelah menjadi 2, 4, 8 dan menjadi morulla dan blastokista 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, dimana 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, 2014;Walyani,2016; Cunningham,2012).

2.2.2 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

2.2.2.1 Sistem Reproduksi

1. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula beberapa minggu setelah persalinan. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannya hanya 1,5 cm bahkan kurang.

Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan sedikit oleh progesteron. Hal ini dapat dilihat dengan perubahan uterus pada awal kehamilan mirip dengan kehamilan ektopik. Akan tetapi, setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari hasil konsepsi. Pada awal kehamilan tuba fallopi, ovarium, dan ligamentum rotundum berada sedikit dibawah apeks

fundus, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit diatas pertengahan uterus. Posisi plasenta juga mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana bagian uterus yang mengelilingi bagian implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata. Fenomena ini dikenal dengan tanda *piscaseck*.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk pertama aslinya masih seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk *sferis* pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan dengan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda *hegar*.

Pada akhir trimester ismus akan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis. Batas antara segmen atas yang tebal dengan segmen bawah yang tipis disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester dua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini dikenal dengan kontraksi *Braxton Hicks*.

2. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi karena adanya vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.

3. Ovarium

Pada proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang akan ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan

setelah itu akan berperan sebagai penghasil hormon progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

4. Vagina dan perineum

Selam kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat warna keunguan yang dikenal dengan tanda *chadwick*. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

5. 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.

Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *cloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi itu akan menghilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan.

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah *epidermal* dan *dermal* yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum *melanocyte stimulating hormone* pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Esterogen dan progesteron diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi faktor pendorongnya.

6. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar.

Kolostrum ini berasal dari kelenjar *asinus* yang bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan air susu masih belum dapat di produksi karna hormon prolaktin ditekan *prolactin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar progesteron dan esterogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap *α-laktalbumin* akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman.

7. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan naik sebanyak 12,5 kg.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambahkan berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan pada gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg. peningkatan jumlah cairan selama kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis. Hal ini disebabkan oleh osmolaritas dari 10 mOsm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan sekresi *vasopresin*. Fenomena ini mulai terjadi pada awal kehamilan. Pada saat aterm $\pm 3,5$ l cairan berasal dari janin, plasenta, dan cairan amnion, sedangkan 3 liter lainnya berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, uterus, dan payudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah 6,5l. Penambahan tekanan vena dibagian bawah uterus dan mengakibatkan oklusi parsial vena kava yang bermanifestasi pada adanya *pitting edema* di kaki dan tungkai terutama pada akhir kehamilan.

Pada kehamilan normal akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh kenaikan kadar *insulin*, *hiperglikemia postprandial* dan *hiperinsulinemia*.

Konsentrasi lemak, lipoprotein, dan apolipoprotein dalam plasma akan meningkat selama kehamilan. Hal ini dipengaruhi oleh kenaikan hormon progesteron dan hormon esterogen.

Selama kehamilan ibu akan menyimpan 30 g kalsium yang sebagian besar akan digunakan untuk pertumbuhan janin. Jumlah itu diperkirakan hanya 2,5 % dari total kalsium ibu.

Zinc (Zn) sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan janin. Pada beberapa penelitian menunjukkan kekurangan zat ini dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat.

Asam folat dibutuhkan untuk untuk pertumbuhan dan pembelahan sel dalam sintesis *DNA/RNA*. Defisiensi asam folat selama kehamilan akan menyebabkan terjadinya anemia megaloblastik dan defisiensi pada masa prakonsepsi serta awal kehamilan diduga akan menyebabkan *neural tube defect* pada janin sehingga pada perempuan yang merencanakan kehamilan dianjurkan mendapat asupan asam folat 0,4 mg/hari sampai usia kehamilan 12 minggu.

2.2.2.2 Sistem Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan esterogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer.

Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan *cardiac output*, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan

aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadi penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine.

Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke-6 sampai ke-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke-32 sampai minggu ke-34. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit.

1. *Traktus Digestivus*

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser kearah atas dan lateral.

Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada *traktus digestivus* dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan motilitas usus besar.

2. *Traktus Urinarius*

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul pada akhir kehamilan, jika kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

2.2.2.3 Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135\%$. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun.

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, aldosteron, dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun.

2.2.2.4 Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokosigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

2.2.3 Perubahan psikologis pada ibu hamil

2.2.3.1 Perubahan psikologis trimester I

1. Ibu merasa tidak sehat dan terkadang merasa benci dengan kehamilannya.
2. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibuberharap agar dirinya tidak hamil saja.
3. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah dia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan hanya sekedar untuk meyakinkan dirinya.
4. Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu menjadi perhatian dengan seksama.
5. Oleh karena perut masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau mungkin dirahasiakannya.
6. Hasrat untuk melakukan hubungan seksual berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

2.2.3.2 Perubahan psikologis trimester II

1. Ibu merasa sehat, ibu mulai terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
2. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
3. Merasakan gerakan anak.
4. Merasa terlepas dari ketidak nyamanan dan kekhawatiran.
5. Libido meningkat
6. Menuntut perhatian dan cinta.
7. Merasa bahwa bayi individu yang merupakan bagian dari dirinya.
8. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru mejadi ibu.
9. Ketertarikan dan faktivitasnta terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

2.2.3.3 Perubahan psikologis timester III

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
4. Khawatir bayi akan lahir dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatiran.
5. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
6. Merasa kehilangan perhatian.
7. Perasaan mudah terluka (sensitif).
8. Libido menurun (Sulistyawati, 2011).

2.2.4.Tanda Bahaya Kehamilan

Adapun tanda bahaya kehamilan yaitu :

1. Perdarahan vagina
2. Sakit kepala yang hebat
3. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja).
4. Nyeri abdomen yang hebat

5. Bengkak pada muka atau tangan
6. Bayi kurang bergerak seperti biasa

2.2.5 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan:

1. Satu kali pada trimester pertama
2. Satu kali pada trimester kedua
3. Dua kali pada trimester ketiga (Kemenkes, 2016).

Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7 T, dan sekarang menjadi 12 T, sedangkan untuk gondok dan endemik malaria menjadi 14 T, yakni:

1. Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB (Berat Badan) dan penurunan BB

Perhitungan Indeks Massa Tubuh

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{(\text{Tinggi Badan (Cm)/100})^2}$$

Dimana IMT = Indeks Massa Tubuh

BB = Berat Badan (kg)

TB = Tinggi Badan (cm)

Nilai normal pada IMT adalah 19.8 sampai 26 (Murray & Gayle, 2013).

2. Tekanan darah

Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung, deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan pre-eklamsi. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan ke arah anemia. Tekanan darah normal berkisar sistole/diastole: 110/80-120/80 mmhg.

3. Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik 0 pada tepi atas simpisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Umur Kehamilan

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

Sumber: Prawirohardjo, 2014.

4. Pemberian tambah darah (Tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karenamasa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

5. Pemberian Imunisasi TT (Tetanus Toxoid).

Untuk melindungi dari tetanus neonatorum. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan, dan bengkak untuk 1 sampai 2 hari pada tempat penyuntikan.

Tabel 2.2
Waktu Pemberian Dan Masa Perlindungannya Imunisasi TT

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

Sumber: Prawirohardjo, 2014.

6. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil. Pemeriksaan hemoglobin (Hb) normal yaitu 11-14 gr/%.

Nilai Hb normal, yaitu :

- Hb 11 gr% : tidak anemia
- Hb 9-10 gr% : anemia ringan
- Hb 7-8 gr% : anemia sedang
- Hb <7 gr% : anemia berat

7. Pemeriksaan protein urin

Untuk mengetahui adanya protein urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil ke arah pre-eklampsia.

8. Pengambilan darah untuk pemeriksaan *Veneral Disease Researc Laboratory/VDRL*.

Pemeriksaan VDRL untuk mengetahui adanya *Treponema Pallidum*/Penyakit menular seksual, antara lain sipilis.

9. Pemeriksaan urine reduksi.

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

10. Perawatan Payudara

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

11. Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit.

12. Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus pada ibu hamil didaerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria, yaitu panas tinggi disertai menggigil.

13. Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium.

14. Temuwicara

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya

untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya (Walyani, 2016, Manuaba, 2014).

2.2.6 Ketidaknyamanan Umum Selama Kehamilan dan Tindakan Mengatasinya

Tidak semua wanita mengalami semua ketidaknyamanan yang umum muncul selama kehamilan, tetapi banyak wanita mengalaminya dalam tingkat ringan hingga berat. Bebasnya seorang wanita dalam ketidaknyamanan tersebut dapat membuat perbedaan yang signifikan terhadap cara wanita dalam memandang pengalaman kehamilannya.

2.2.6.1 Nausea

Nausea dengan atau tanpa disertai muntah-muntah ditafsirkan keliru sebagai morning sickness, tetapi paling sering terjadi pada siang atau sore hari atau bahkan sepanjang hari. Nausea lebih kerap terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih parah dipagi hari.

Berikut metode-metode untuk meredakan morning sickness :

- a. Makan porsi kecil, sering, bahkan setiap dua jam.
- b. Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur di pagi hari.
- c. Jangan menyikat gigi anda segera setelah makan.
- d. Hindari makanan yang beraroma kuat atau menyengat (Varney,Jan,Carolyn, 2007)

2.2.6.2 Peningkatan Frekuensi Berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan nonpatologis sering terjadi pada dua kesempatan berbeda selama periode antepartum. Frekuensi pada trimester pertama terjadi karena adanya peningkatan berat fundus uteri. Peningkatan pada fundus uteri ini membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar) menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Hal ini berkurang seiring uterus terus membesar dan keluar dari panggul sehingga menjadi salah satu organ abdomen, sementara kandung kemih tetap menjadi organ panggul. Frekuensi berkemih pada

trimester ketiga paling sering terjadi pada primigravida setelah lightening terjadi. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini menyebabkan wanita perlu berkemih. Uterus yang membesar atau bagian dari presentasi uterus juga mengambil ruang didalam ruang panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum tersebut merasa perlu berkemih. Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih adalah menjelaskan mengapa hal itu terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur.

2.2.6.3 Nyeri Punggung Bawah (Nonpatologis)

Nyeri punggung bagian bawah adalah nyeri punggung nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bagian bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring bertambahnya usia kehamilan karena nyeri ini merupakan pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberikan perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkungan ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Nyeri punggung juga dapat terjadi akibat bungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat, angkat beban, terutama bila salah satu atau semua kegiatan ini dilakukan saat wanita tersebut sedang lelah. Aktivitas-aktivitas tersebut menambah peregangan pada punggung. Berikut cara mengatasi nyeri punggung antara lain:

- a. Menjaga postur tubuh yang baik.
- b. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban dengan cara menekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat beban atau lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain saat menekukkan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.
- c. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat.

- d. Ayunkan panggul atau miringkan panggul.
- e. Gunakan sepatu tumit rendah.
- f. Posisi untuk tidur gunakan bantal sebagai pengganjal dan meringankan tarikan atau regangan

2.2.6.4 Nyeri Kepala Dalam Kehamilan

Nyeri kepala diperkirakan berasal dari jaringan serabut saraf sensorik yang tersebar luas dan mengelilingi pembuluh darah intrakranial. Serabut saraf sensorik ini berasal dari ganglia trigeminus dan ditemukan dalam tunika adventisia semua pembuluh darah utama otak. Nyeri kepala dapat disebabkan oleh stimulasi langsung serabut-serabut ini, sehingga menimbulkan nyeri, atau disebabkan oleh efek inflamasi neuropeptide vasoaktif yang dilepaskan pascastimulasi serabut sensorik. Akibat interaksi yang rumit ini, terdapat beberapa titik yang berpotensi menjadi sasaran terapi. Ini juga menjelaskan mengapa ada berbagai macam agen farmakologis dengan berbagai macam cara kerja yang efektif mengobati beberapa jenis nyeri kepala tetapi tidak untuk yang lainnya.

Hormon reproduktif dan khususnya, estrogen, memengaruhi sistem ini secara langsung maupun tidak langsung dengan memodifikasi aliran darah otak dan kadar zat neurokimia. Klasifikasi sakit kepala, yaitu :

1. Nyeri kepala primer
 - a) Migren
 - b) Nyeri kepala jenis *tension*
 - c) Cluster (jarang timbul kehamilan)
 - d) Nyeri kepala primer lainnya (batuk, aktivitas berat)
2. Sakit kepala sekunder
 - a) Pascatrauma kepala atau leher
 - b) Gangguan vaskuler (perdarah subaraknoid, eklampsia iminens, stroke iskemik akut)
 - c) Gangguan intracranial non-vaskular (hipertensi intracranial idiopatik, pascapungsidural, tumor)
 - d) Penggunaan zat atau putus penggunaan zat (putus alcohol, kokain, kafein, penggunaan obat secara berlebihan)

- e) Gangguan homeostatis (hipoglikemia, hipoksia)
- f) Gangguan struktur kranial (sinusitis, nyeri rahang, abses gigi)
- g) Gangguan psikiatri (depresi, ansietas)
- h) Neuralgia (trigeminal, palsi Bell)

Seperti halnya nyeri yang lain, ketika menilai nyeri kepala, kualitas, lokasi, derajat keparahan, durasi dan faktor pencetus serta faktor peredanya perlu digali lebih lanjut. Ibu hamil harus ditanyai perihal gejala neurologis yang terkait dengan nyeri kepala, seperti rasa baal, kesemutan, hilangnya atau perubahan sensasi atau pergerakan, serta gangguan sistemik, seperti demam, anoreksia atau ruam kulit. Pemeriksaan harus dimulai dengan pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan fisik umum singkat disertai perhatian khusus terhadap sistem yang ingin diteliti lebih lanjut. Pemeriksaan yang lebih terperinci biasanya tidak akan diperlukan dalam kehamilan. Akan tetapi, bila ada gejala neurologis berupa perbandingan antara sisi sehat dan sisi sakit perlu dikerjakan. Perlu diingat bahwa kehamilan itu sendiri sering kali menjadi satu masa perubahan besar-besaran dalam kehidupan seorang perempuan dan/atau pasangan. Ini dapat menimbulkan *stress* emosional dan tidur yang terputus dapat menimbulkan kelelahan, keduanya berperan menimbulkan sakit kepala. Sakit kepala bisa menjadi satu masalah tersendiri ketika sang perempuan mengalami kesulitan tidur akibat meningkatnya ukuran abdomen serta rasa tidak nyaman (Varney, 2007)

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

1. Persalinan spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu.

2. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi *sectio caesarea*.

3. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban pemberian pitocin atau prostaglandin (Yanti,2017)

2.3.2 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai saat ini masih merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon esterogen dan progesteron. Seperti diketahui progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus.

Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1 sampai 2 minggu sebelum partus dimulai. Kadar progesteron dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm meningkat. Plasenta menjadi tua dengan tuanya kehamilan. Villi koriales mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar esterogen dan progesteron menurun. Keadaan uterus yang terus membesar menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu uteroplasenter, sehingga plasenta akan mengalami degenerasi. Berkurangnya nutrisi pada janin, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. Faktor lain yang dikemukakan ialah tekanan pada ganglion servikale dari frankenhauser yang terletak dibelakang. Bila ganglion tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Purwoastuti dan Mulyani,2016)

2.3.3 Tahapan Persalinan Normal

1. Kala I (kala pembukaan)

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan timbul his dimana ibu telah mengeluarkan lendir yang bercampur darah. Fase

laten (pembukaan serviks 1 – 3 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (pembukaan serviks 4 – 10 cm/ lengkap), membutuhkan waktu 6 jam.

2. Kala II (pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan satu jam pada multi.

3. Kala III (kala uri plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan) Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

4. Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Tando,2016; Prawirohardjo,2014;Purwoastuti&Mulyani,2016).

2.3.4 *Sectio Caesarea*

2.3.4.1 Pengertian

Sectio caesarea didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunningham et al, 2012). *Sectio caesarea* merupakan tindakan paling konservatif dalam kebidanan. *Sectio caesarea* terasa makin meningkat sebagai tindakan akhir dari berbagai kesulitan dalam menolong persalinan. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *sectio caesarea* adalah persalinan lama atau persalinan terlambat, ruptura uteri iminen, gawat janin, janin besar melebihi 4000 gr, dan perdarahan antepartum(Manuaba,2013).

2.3.4.2 Indikasi

1. Indikasi Mutlak

Faktor mutlak untuk dilakukan SC dapat dibagi menjadi dua indikasi, yang pertama adalah indikasi ibu, antara lain: panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang kuatnya stimulasi, adanya tumor jalan lahir, stenosis serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri. Indikasi yang kedua adalah indikasi janin, antara lain: kelainan otak,gawat

janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, dan mencegah hipoksia janin karena preeklamsi.

2. Indikasi Relatif

Yang termasuk faktor dilakukan persalinan SC secara relatif, antara lain : riwayat sectio caesarea sebelumnya, presentasi bokong, distosia fetal distress, preeklamsi berat, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu atau gemeli.

3. Indikasi Sosial

Permintaan ibu untuk melakukan sectio caesarea sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan sectio caesarea. Alasan yang spesifik dan rasional harus dieksplorasi dan didiskusikan. Beberapa Analisa Indikasi dilakukan Persalinan Sectio, antara lain: ibu yang melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, ibu yang ingin sectio caesarea secara elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan, namun keputusan pasien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya. Angka bedah sectio caesarea secara global menunjukkan kenaikan. 30 tahun yang lalu 1 dari 12 persalinan diakhiri dengan sectio caesarea sekarang perbandingan dengan ini adalah 1 dari 3 persalinan. Kelayakan kenaikan angka bedah masih diperdebatkan, *World Health Organisation (WHO)* mematok angka 15%.

Sectio caesarea primer merupakan resiko SC secara berulang, yang menarik adalah sesarea elective. Sectio caesarea elective merupakan semua tindakan operatif yang indikasi atas alasan medik sudah ditentukan sebelum persalinan. Sectio caesarea elective primer atas permintaan mengundang masalah yang pelik, kontroversial dan memprihatinkan. Peningkatan persalinan SC merupakan hal yang masih menjadi kontroversi di kalangan penyedia pelayanan kesehatan. Kebenaran hanya dapat dibuktikan dengan melakukan analisa kasus perkasus untuk mengetahui apakah tiap tindakan diindikasikan secara medis. Ketika pasien tertentu sudah memiliki suatu “kepercayaan” anti intervensi hal ini menyebabkan peningkatan sectio caesarea dan hasil akhir yang tragis. Tanpa indikasi medis yang jelas, ibu sudah seharusnya menjalani persalinan normal. Namun masih banyak persepsi yang salah tentang persalinan sectio caesarea. Akibatnya, persalinan pervagina maupun sectio caesarea dijadikan pilihan dalam persalinan,

walaupun persalinan *sectio caesarea* merupakan salah satu jawaban dalam kedaruratan persalinan. Tetapi tindakan SC ini mempunyai akibat buruk pada ibu, antara lain: infeksi, perdarahan, luka pada kandung kemih.

Pelaksanaan persalinan SC tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali telah melalui konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan SC, bila pasien dengan sadar dan tanpa tekanan memutuskan untuk dilakukan persalinan SC, surat permintaan tindakan medis harus ditandatangani oleh pasien, saksi dari keluarga pasien, dokter, dan saksi dari kalangan medis (Mitayani, 2009; Rasjidi, 2009; Reeder, 2011)

2.3.4.3 Persiapan Preoperasi

1. Persiapan Psikis

Persiapan psikis yang diberikan pada pasien preoperasi adalah dengan cara:

- a. Membantu pasien mengetahui tentang prosedur tindakan yang akan dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami pasien selama proses operasi, menunjukkan kepada pasien kamar operasi dan lain-lain.
- b. Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi, meskipun demikian ada keluarga yang tidak menghendaki pasien mengetahui tentang berbagai hal yang terkait dengan operasi yang akan di alami pasien.
- c. Memberikan penjelasan terlebih dahulu prosedur tindakan setiap sebelum tindakan persiapan pre operasi. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Hal ini diharapkan dengan pemberian penjelasan prosedur yang lengkap dapat menurunkan kecemasan pasien sebelum operasi dilakukan.
- d. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada.
- e. Dan memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien diantar ke kamar operasi. Keluarga juga diberikan kesempatan untuk mengantar pasien sampai di ruang tunggu yang terletak didepan ruang operasi.

2. Persiapan Fisik

Persiapan fisik yang dialami pasien dibagi dalam 2 tahapan yaitu persiapan di unit perawatan dan perawatan di ruang operasi.

- a. Pemasangan infus, puasa, pencukuran daerah operasi, pemasangan kateter, anastesi, latihan nafas, penyuntikan, dan pemberian obat-obatan.
- b. Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskular, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi dan lain-lain.

- c. Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi lain yang sering terjadi adalah infeksi pasca operasi (Taylor, 2010).

2.4 Nifas

2.4.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau postpartum disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu "*puer*" yang artinya bayi dan "*parous*" berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari rahim dikarenakan hamil. Maka ketika melahirkan, darah tersebut keluar sedikit

demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas juga.

Waktu masa nifas yang paling lama pada wanita umumnya adalah 40 hari, dimulai sejak melahirkan atau sebelum melahirkan (yang disertai tanda-tanda kelahiran). Jika sudah selesai masa 40 hari akan tetapi darah tidak berhenti-henti atau tetap keluar darah, maka perhatikanlah bila keluarnya disaat '(kebiasaan) haid, maka itu darah haid. Akan tetapi jika darah terus dan tidak pada masa-masa ('adah) haidnya dan darah itu terus dan tidak berhenti mengalir, perlu diperiksa kebidan atau dokter.

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut.

1. Puerperium Dini: waktu 0-24 jam post partum. Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermediate: waktu 1-7 hari post partum. Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Puerperium remote: waktu 1-6 minggu post partum
4. Wanita yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Anggraini, 2016).

2.4.3 Kunjungan Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel. 2.3
Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 Jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Mencaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia g. Jika petugas kesehatan harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan ibu tentang penyulit yang ia/bayi alami b. Memberi konseling untuk KB secara dini

Sumber: Anggraini, 2016

2.4.4 Nifas Pasca Sectio Caesar

Pasca operasi, jumlah perdarahan dari vagina harus dipantau ketat, dan fundus uterus harus sering dipalpasi untuk memastikan uterus tetap berkontraksi kuat. Sayangnya, setelah efek analgesia konduksi menghilang atau wanita telah sadar dari anastesi umum, palpasi abdomen mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman, hal ini dapat diatasi dengan memberikan obat analgesik intravena seperti

meperidin 75 hingga 100 mg, atau morfin 10 hingga 15 mg. Bebat tebal dengan plester erat yang banyak pada abdomen akan mengganggu tindakan palpasi dan pijatan fundus dan selanjutnya menyebabkan ketidaknyamanan saat plester dilepas. Pasien dieduksi untuk batuk dan bernafas lebih dalam. Setelah pasien sadar sepenuhnya, perdarahan minimal, tekanan darah baik, dan aliran urine sedikitnya 30 mL/jam, pasien dapat dipindahkan keruangannya.

1. Tanda Vital

Setelah dipindahkan keruangannya, pasien diperiksa sedikitnya setiap jam selama 4 jam dan selanjutnya dalam interval 4 jam selama 24 jam. Tekanan darah, denyut nadi, suhu, tonus uterus, keluaran urin dan jumlah perdarahan dievaluasi.

2. Terapi Cairan dan Diet

Masa nifas ditandai dengan ekskresi cairan yang tertahan selama kehamilan. Pasien memulai pembedahan secara normal dengan volume ekstrasvaskular berlebih yang fisiologis selama kehamilan dan akan di mobilisasi dan ekskresikan setelah kelahiran. Karena itu, volume cairan intra vena yang besar selama dan setelah operasi tidak diperlukan untuk mengganti sekuestrasi cairan ekstrasel. Sebagai generalisasi, 3L cairan harus terbukti adekuat selama 24 jam pertama setelah pembedahan. Namun, bila keluaran urin turun 30 mL/jam, pasien harus segera dievaluasi ulang. Penyebab oliguria dapat dapat berkisar dari kehilangan darah yang tidak diketahui hingga efek antidiuretik dari infus oksitosin.

3. Fungsi Kandung Kemih Dan Usus

Kateter kandung kemih paling sering dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau supaya lebih nyaman, dilepas pada pagi hari setelah operasi. Prevelensi retensi urin setelah kelahiran caesar mencapai 3 persen.

Pada kasus tanpa komplikasi, makanan dapat diberikan dalam waktu 8 jam setelah operasi. Walaupun beberapa derajat ileus adinamik selalu terjadi setelah operasi abdomen, namun tidak perlu dikhawatirkan pada sebagian besar kelahiran caesar. Gejalanya mencakup distensi abdomen dan nyeri saat buang gas, tidak dapat flatus atau buang air besar. Patofisiologi ileus pasca

operasi itu kompleks dan melibatkan faktor hormonal, neural, dan lokasi yang tidak sepenuhnya dipahami. Cedera usus yang tidak diketahui mungkin berhubungan dengan demam yang tidak jelas penyebabnya. Pengobatan ileus akan mengalami sedikit perubahan selama beberapa dekade terakhir, termasuk pemberian cairan dan elektrolit intravena. Jika berat, perlu dilakukan dekompresi nasogastrik. Pemberian supositoria bisacodyl 10 mg per rektal cukup baik meredakan gejala.

4. Ambulasi

Wanita yang mengalami kelahiran caesar memiliki resiko mengalami emboli paru 2 sampai 20 kali lebih besar dari pada yang melahirkan per vagina. Faktor resiko tersebut antara lain > 35 tahun; IMT > 30; paritas > 3; caesar darurat; histerektomi caesar; infeksi yang terjadi bersamaan, penyakit berat, atau varises yang besar, imobilitas, dan trombosis vena dalam atau trombofilia sebelumnya. Ambulasi dini menurunkan resiko trombosis vena dan emboli paru.

5. Perawatan Luka

Insisi diinspeksi setiap hari, dan jahitan pada klip atau kulit dapat diangkat pada hari keempat setelah operasi. Namun, jika khawatir akan pelepasan luka superfisial, misalnya pada pasien yang gemuk, benang atau klip harus dipertahankan selama 7 sampai 10 hari. Pada hari ketiga pascapartum mandi tidak berbahaya pada luka insisi.

6. Perawatan Payudara

Menyusui dapat dimulai pada hari operasi. Apabila pasien memilih untuk tidak menyusui, pengikat yang menopang payudara tanpa kompresi yang kuat akan mengurangi ketidaknyamanan pasien

7. Keluar dari Rumah Sakit

Jika tidak terdapat komplikasi selama nifas, ibu biasanya dipulangkan pada hari ketiga atau keempat pasca partum, tetapi pemulangan pada hari kedua boleh dilakukan pada wanita tertentu yang memiliki motivasi tinggi. Aktivitas ibu selama minggu pertama harus dibatasi hanya pada perawatan diri dan perawatan bayinya dengan bantuan (Cunningham et al, 2012).

2.4.5 Laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui melalui dari ASI (air susu ibu) diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Maka laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai umur 2 tahun.

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi, refleks prolaktin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

1. Refleks Prolaktin

Sewaktu bayi menyusui, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut efferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin kedalam darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu. Jumlah prolaktin yang disekresi dan jumlah susu yang diproduksi berkaitan dengan stimulasi isapan, yaitu frekuensi, intensitas dan lamanya bayi menghisap.

2. Refleks Aliran (*Let Down Refleks*)

Rangsangan yang ditimbulkan oleh bayi saat menyusui selain mempengaruhi hipofise anterior mengeluarkan hormon prolaktin juga mempengaruhi hormon hipofise posterior mengeluarkan hormon oksitosin. Dimana setelah oksitosin dilepas ke dalam darah akan mengacu otot-otot polos yang mengelilingi alveoli dan duktus berkontraksi sehingga memeras air susu dari alveoli, duktus, dan sinus menuju puting susu.

Refleks let-down dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan atau dapat juga ibu merasakan sensasi apapun. Tanda-tanda lain dari let-down adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisap oleh bayi. Refleksi ini dipengaruhi oleh kejiwaan ibu (Purwoastuti dan Mulyani, 2016).

2.4.6 Perubahan dalam Masa Nifas

2.4.6.1 Sistem Reproduksi

1. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi. Involusi adalah proses kembalinya uterus ke dalam sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.4
Involusi Uterus pada ibu nifas

Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat plasenta (cm)	Keadaan Serviks
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000	-	-
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750	12.5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7.5	Beberapa hari setelah
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	postpartum dapat dilalui 2 jari
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
8 minggu	Sebesar normal	30	-	

Sumber: Sofian, 2013

2. Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Lokia rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.

Lokia Sanguelenta : bewarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke-3 sampai 7 pasca persalinan.

Lokia serosa : bewarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke-7 sampai 14 pasca persalinan.

Lokia alba: cairan putih, setelah 2 minggu.

Lokia furulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

Lokiostatis : lokia tidak lancer keluaranya.

3. Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, bewarna merah kehita man, konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukkan kerongga rahim. Setelah 2 jam dapat dilalui 2 sampai 3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

4. Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotudum menjadi kendur. Setelah melahirkan, wanita Indonesia memiliki kebiasaan: berkusut atau : berurut. Sewaktu dikusut, tekanan intraabodomen bertambah tinggi karena ligamentum, *fascia*, dan jaringan penunjang menjadi kotor setelah melahirkan, jika dilakukan kusut/urut, banyak wanita akan mengeluh: kandungannya turun atau : terbalik. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pascapersalinan (Sofian, 2013; Cunningham,2012).

2.4.6.2 Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

1. Periode “*Taking In*”

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru biasanya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ia mungkin akan mengulang menceritakan pengalamannya waku melahirkan. Pada tahap

ini bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya.

2. Periode “*Taking Hold*”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam merawat bayinya. Tahap ini merupakan tahap yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ibu sangat sensitif.

3. Periode “*Letting Go*”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang di berikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini (Walyani, 2016).

2.4.7 Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

Adapun tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu:

1. Infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu tubuh melebihi 38 C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama dua hari.

2. Sub-involusi uterus

Pada palpasi uterus teraba masih besar, fundus uterus masih tinggi, lokia banyak, dapat berbau dan terjadi perdarahan.

3. *Flegentasi alba dolens*

Yaitu suatu *trombofleblitis* yang mengenai satu atau kedua *vena femoralis*. Hal ini disebabkan oleh adanya trombosis atau embolus yang disebabkan karena

adanya perubahan atau kerusakan pada intima pembuluh darah, perubahan pada susunan darah, laju peredaran darah, atau karena pengaruh infeksi atau venaseksi.

4. Perdarahan sekunder masa nifas

Yaitu perdarahan yang terjadi setelah lebih dari 24 jam postpartum dan biasanya terjadi pada minggu kedua nifas.

5. Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah bendungan air susu karena penyempitan duktus laktasi atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu (Sofian, 2013; Prawirohardjo, 2014:).

2.5 Bayi Baru Lahir (BBL)

2.5.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram.

2.5.1.1 Tanda-Tanda Bayi Normal

Kegiatan ini untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan dari normal dengan melakukan antropometri pada bayi baru lahir. Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari ujung kepala sampai ujung kaki, karena jika ada kelainan akan segera ditemukan.

Adapun pemeriksaan yang dilakukan dimulai dari:

1. Penimbangan berat badan dengan cara: letakkan kain atau pengalas dan atur skala penimbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasilnya dikurangi berat alas dan pembungkus bayi, berat badan bayi baru lahir normal antara 2.500-4000 gram, kemudian ganti pembungkus bayi.
2. Pengukuran panjang badan dengan cara: meletakkan bayi baru lahir di atas meja pengukur panjang badan dengan memastikan pangkal pengukurnya berhimpitan dengan kepala bayi dan lutut agak ditekan agar lurus dan mendapatkan hasil yang akurat, panjang badan bayi baru lahir normal antara 48-52 cm.

3. Ukur lingkar kepala, dilakukan dari dahi kemudian melingkari dari kepala kembali ke dahi. Ukuran *circumferensial* (keliling): *circumferensial frontal occipitalis* \pm 34 cm, *circumferensial mento occipitalis* \pm 35 cm, *circumferensial sub occipito bregmatika* \pm 32 cm. Lingkar kepala normal antara 33-35 cm.
4. Ukur lingkar dada, dilakukan mulai dari daerah dada ke punggung kembali lagi ke dada (pengukuran dilakukan mulai dari kedua puting susu), lingkar dada normal antara 30-38 cm.
5. Ukur kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua tangan kebawah. Lingkar lengan normal antara 11-12 cm (Rukiyah, 2013).
6. Nilai APGAR
 Nilai APGAR adalah salah satu penentuan sehat. Klasifikasi klinik nilai APGAR:
 - 1) Nilai 7-10 : bayi normal.
 - 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang.
 - 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat (Saputra, 2016)

Tabel 2.5
Nilai APGAR pada Bayi Baru Lahir

Skor	0	1	2
A: <i>Appereance color</i> (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh
P : <i>Pulse</i> (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	Kurang dari 100	Diatas 100
G : <i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerak mimik	Menangis, batuk/bersin
Activity (tonos otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R : <i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak Teratur	Menangis kuat

Sumber: Sofian, 2013.

7. Setelah satu jam beri tetes mata antibiotic profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral.

8. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral (JNPK-KR, 2016)

2.5.1.2 Adaptasi Fisiologi Pada Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi terhadap kehidupan ekstra uteri

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 hemostasis. (Muslihatun, 2014).

Tabel 2.6
Mekanisme Hemostatis/Adaptasi Bayi Baru Lahir

Sistem	Intra uterin	Ekstra uterin
Respirasi/sirkulasi		
Pernapasan volunteer	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 ₂	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 nutrient	Belum aktif	Aktif
Kolonisasi kuman	Belum	Segera
Feses	Mekonium	>hari ke-4, feses biasa
Enzim pencernaan	Belum aktif	Aktif

Sumber: Muslihatun, 2014.

1. Adaptasi pulmonal (paru)

Perkembangan sistem polmuner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari dan ini bakal paru terbentuk. Pada umur 26-28 hari kedua ronchi membesar, pada 6 minggu terbentuk segmen bronchus, pada 12

minggu terjadi diferensiasi lobus, pada umur 24 minggu terbentuklah alveolus, pada 28 minggu terbentuk surfaktan 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 :

- 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 (Fraser, 2012).

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 morfologi 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.

7. Imunoglobulin

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.

9. Muskuloskeletal

Otot bayi berkembang dengan sempurna karena hipertrofi, bukan hiperplasia. Tulang panjang tidak mengeras dengan sempurna untuk memudahkan pertumbuhan pada epifise.

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.

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, et al 2012).

2.5.2 Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi menyusui dini adalah bayi mulai sendiri segera setelah lahir. seperti halnya bayi mamalia lainnya, bayi manusia memiliki kemampuan menyusui sendiri. Kontak antara kulit bayi dengan ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayi akan mencari payudara ibu dengan sendirinya.

Prinsip Menyusui atau Pemberian ASI adalah sebagai berikut :

1. Setelah bayi lahir, tali pusat segera diikat.
2. Letakkan bayi tengkurap didada ibu .
3. Biarkan kontak kulit berlangsung setidaknya satu jam.
4. Bayi diberi topi dan diselimuti.
5. Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui.
6. Memberikan colostrum pada bayi.
7. Menyusui dengan kedua payudara secara bergantian.
8. Tidak memberikan makanan pralaktal seperti air gula atau air tajin.
9. Memberi ASI saja selama 6 bulan .

2.5.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi yang baru lahir.

1. Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat.
2. Usahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin.
3. Segera setelah melahirkan badan bayi: Sambil secara cepat menilai pernapasan, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu. Dengan kain bersih dan kering atau kasa lap darah atau lendir dari wajah bayi untuk mencegah udaranya terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi.

Catatan: Sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

- 1) Bila bayi tersebut menangis atau bernafas (terlihat dari pergerakan dada paling sedikit 30x/menit), biarkan bayi tersebut dengan ibunya;
- 2) Bila bayi tersebut tidak bernafas dalam waktu 30 detik, segeralah cari bantuan, dan mulailah langkah-langkah resusitasi bayi tersebut.

1. Klem dan Potong Tali Pusat

- 1) Klemlah tali pusat dengan duah buah klem, pada titik kira-kira 2 dan 3cm dari pangkal pusat bayi (tinggalkan kira-kira satu cm di antara klem-klem tersebut).
- 2) Potonglah tali pusat diantara kedua klem sambil melindungi bayi dari gunting dengan tangan kiri anda.
- 3) Pertahankan kebersihan pada saat memotong tali pusat. Ganti sarung tangan Anda bila ternyata sudah kotor. Potonglah tali pusatnya dengan pisau atau gunting yang tersteril atau didesinfeksi tingkat tinggi (DTT).
- 4) Periksa tali pusat setiap 15 menit. Apabila masih terjadi perdarahan, lakukan pengikatan ulang yang lebih kuat.

2. Jagalah Bayi Agar Tetap Hangat

- 1) Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
- 2) Gantilah handuk/kain yang basah, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut dan jangan lupa memastikan bahwa kepala telah terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
- 3) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit
- 4) Apabila telapak bayi terasa dingin, periksalah suhu aksila bayi, apabila suhu bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$, segera hangatkan bayi tersebut.

3. Kontak Dini dengan Ibu

- 1) Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk:
 - a) Mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir.
 - b) Ikatan batin dan pemberian ASI.

- 2) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah “siap” (dengan menunjukkan refleks rooting). Jangan paksaan bayi untuk menyusui.

4. Pernapasan

Sebagian besar bayi akan bernapas secara spontan . Pernapasan bayi sebaiknya diperiksa secara teratur untuk mengetahui adanya masalah.

Periksa pernapasan dan warna bayi setiap 5 menit

- a. Jika bayi tidak segera bernapas, lakukan hal-hal berikut:
Keringkan bayi dengan selimut atau handuk yang hangat.
- b. Gosoklah punggung bayi dengan lembut. Jika bayi masih belum mulai bernapas setelah 60 detik mulai resusitasi
- c. Apabila bayi sianosis (kulit biru) atau sukar bernapas (frekuensi pernapasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 kali/menit), berilah oksigen kepada bayi dengan kateter nasal.

5. Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0.5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Yang lazim dipakai adalah larutan Perak Nitrat atau Neosporin dan lanngsung. (Sondakh, 2016).

2.5.4 Asuhan Pada Bayi Usia 2-6 Hari

1. Pemberian minum

ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai kualitas dan kuantitasnya untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi (on demand) atau sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam).

2. Menjaga kebersihan kulit bayi

Memandikan harian bayi dilakukan, harus diruang yang hangat, bebas dari hembusan angin langsung dan tergantung dengan kondisi udara. Jangan memandikan bayi langsung saat bayi baru bangun tidur, karena sebelum adanya aktifitas dan pembakaran energi dikhawatirkan terjadi hipotermi.

3. Perawatan tali pusat bayi

Penanganan tidak ada peningkatan kejadian infeksi pada tali pusat bila dibiarkan terbuka dan tidak melakukan apapun selain membersihkan luka tersebut dengan air bersih.

4. Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi

Jika menemukan hal seperti ini harus segera dilakukan pertolongan dan orang tua harus mengetahuinya seperti:

- a. Pernafasan bayi lebih dari 60x/ menit
- b. Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$)
- c. Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar
- d. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah
- e. Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah
- f. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

5. Kebutuhan istirahat tidur

Dalam dua minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, Neonatus sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan.

Tabel 2.7
Durasi Kebutuhan Tidur Bayi/Anak Berdasarkan Usia

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : Maryanti, et al. 2011.

6. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri untuk melawan penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat kedalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral.

2.5.5 Muntah Dan Gumoh

a. Pengertian

Gumoh atau regurgitasi adalah keluarnya kembali susu yang telah ditelan ketika atau beberapa saat setelah minum susu botol atau menyusui dan jumlahnya hanya sedikit tanpa disertai kontraksi ada dinding lambung. Sedangkan muntah adalah keluarnya kembali sebagian besar atau seluruh isi lambung yang terjadi setelah agak lama makanan masuk ke dalam lambung.

b. Etiologi

1. Gumoh bisa terjadi karena bayi minum susu terlalu banyak, sehingga lambung tidak dapat menampung susu yang masuk. Keadaan ini menyebabkan perut kembung.
2. Gumoh bisa juga disebabkan oleh cedera pada kepala bayi akibat persalinan yang sulit atau berlangsung lama. Jika cedera kepala bayi sembuh, perlahan-lahan gejala gumoh juga akan berkurang. Pada beberapa kasus, keadaan ini memerlukan pengobatan.

c. Hal-Hal yang Harus Diwaspadai

Meskipun gumoh tidak membahayakan, namun pada keadaan-keadaan tertentu harus diwaspadai oleh ibu bayi atau bidan, antara lain sebagai berikut:

1. Apabila bayi gumoh hebat dan berlangsung terus-menerus atau terlalu sering. Hal ini biasanya disebabkan oleh gangguan saluran pencernaan. Akibat dari gumoh hebat, bayi bisa kehilangan cairan tubuh (dehidrasi).
2. Selain gumoh hebat, hal yang harus diwaspadai adalah isi dari gumoh. Apakah gumoh berisi lendir saja, bercampur air liur atau darah. Bila isi gumoh bercampur darah atau bayi gumoh lebih dari lima kali sehari maka perlu pemeriksaan di fasilitas pelayanan kesehatan.

d. Penatalaksanaan

Gumoh dapat dicegah dengan cara :

1. Memperbaiki teknik menyusui

Posisi ibu dan bayi yang benar saat menyusui adalah badan bayi harus dihadapkan ke arah badan ibu dan mulutnya dihadapkan pada puting susu ibu, leher bayi harus sedikit ditengadahkan, bayi sebaiknya ditopang pada bahunya

sehingga posisi kepala yang sedikit tengadah dapat dipertahankan. Posisi bibir bawah bayi paling sedikit 1,5 cm dari pangkal puting susu, bayi harus mengulum sebagian besar aerola puting ke dalam mulutnya, bukan hanya ujung puting susu. Hal ini akan memungkinkan bayi menarik sebagian dari jaringan payudara masuk ke dalam mulutnya dengan lidah dan rahang bawah.

2. Sendawakan bayi sesaat setelah minum

Selesai minum bayi jangan langsung ditidurkan tetapi perlu disendawakan terlebih dahulu. Sendawa dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- a) Bayi digendong agak tinggi (posisi berdiri) dengan kepala bersandar dipundak ibu, kemudian punggung bayi ditepuk perlahan-lahan sampai terdengar suara bersendawa.
- b) Menelungkupkan bayi di pangkuan ibu, lalu usap atau tepuk punggung bayi sampai terdengar suara bersendawa (Maryanti, et al 2011).

2.6 Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana (KB)

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

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas (Purwoastuti dan Mulyani, 2016).

2.6.2 Tujuan KB

1. Tujuan Umum : Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang

menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

2. Tujuan Khusus : Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran.

2.6.3 Langkah – Langkah Konseling KB (SATU TUJU)

1. SA : **S**Alam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
2. TA : **T**Aanyakan pada klien informasi tentang dirinya
3. U: **U**raikan kepada klien mengenai pilihannya dan beri tahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.
4. TU : **BanTU**lah klien menentukan pilihannya.
5. J: **J**elaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
6. U: **U**perlunya dilakukan kunjungan Ulang (Arum, 2017).

2.6.4 Kontrasepsi Mantap Pada Perempuan (Tubektomi)

Kontrasepsi mantap merupakan salah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur (pada perempuan) dan saluran sperma (pada laki-laki). Kontrasepsi mantap dijalankan dengan melakukan operasi kecil pada organ reproduksi. Berikut akan dijelaskan kontrasepsi yang dilakukan pada perempuan yaitu tubektomi.

Tubektomi

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Sebelum melakukan tubektomi terlebih dahulu kita lakukan konseling yaitu tim medis atau konselor harus menyampaikan informasi lengkap dan objektif tentang keuntungan dan keterbatasan berbagai metode kontrasepsi itu, jangka waktu

efektifitas kontrasepsi, angka kegagalan, komplikasi dan efek samping dan kesesuaian kontrasepsi dengan karakteristik dan keinginan pasien (Arum, 2017).

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kasuburan.

- a) Jenis : Miniparatomi dan Laparaskopi
- b) Cara kerja : Dengan menutup atau oklusi tuba falopi sehingga spermatozoa tidak dapat bertemu dengan ovum.

Beberapa cara penutupan tuba :

Pengikatan dan pemotongan sebagian tuba merupakan cara yang paling sering dilakukan. Bahan yang dipakai untuk mengikat tuba antara lain silk (benang sutra yang tidak dapat diserap, misalnya zeide), catgut (benang yang dapat diserap misalnya plain maupun chromic catgut).

- a) Cara medlener, pada cara ini dilakukan pemotongan tuba dan dilakukan pengikatan.
- b) Cara pomeroy, tuba dijepit pada 1/3 bagian proksimal diikat dan dipotong.
- c) Cara kroener, bagian dari fimbria dari tuba dikeluarkan dari lubang irisan, diikat dari mesosalping dibawah fimbria dan selanjutnya fimbria dipotong.
- d) Cara irving, tuba dipotong diantara dua ikatan dan selanjutnya ujung proksimal tuba ditanam ke miometrium dan ujung distal ditanam kedalam ligamentum latum.
- e) Cara uchida, daerah ampula tuba disuntik dengan larutan garam fisiologis, sehingga mesosalpingnya mengembang. Tuba dibebaskan dari serosanya, diikat lalu digunting.

Adapun keuntungan tubektomi adalah :

- a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- b) Permanen
- c) Tidak mempengaruhi produksi ASI dan proses menyusui
- d) Tidak dipengaruhi faktor senggama
- e) Baik bagi klien dimana kehamilan menjadi resiko yang serious
- f) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal
- g) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

- h) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek efek pada produksi hormon ovarium)

Kontrasepsi mantap ini juga memiliki keterbatasan yaitu:

- a) Bersifat permanen, kecuali dengan rekanalisasi, maka sebelum tindakan perlu pertimbangan matang dari pasangan.
- b) Klien dapat menyesal di kemudian hari
- c) Ada rasa sakit atau tidak nyaman dalam jangka pendek setelah tindakan.
- d) Harus dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi atau spesialis bedah)
- e) Tidak dapat melindungi infeksi menular seksual, termasuk HIV/AIDS

Indikasi untuk pemasangan tubektomi adalah :

- a) Usia >26 tahun
- b) Yakin telah mempunyai jumlah keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- c) Kehamilannya akan menimbulkan resiko yang serius
- d) Pascapersalinan dan pascakeguguran
- e) Memahami prosedur, sukarela dan setuju menjalaninya

Kontraindikasi untuk pemasangan tubektomi yaitu:

- a) Hamil/ dicurigai hamil
- b) Perdarahan melalui vagina yang belum terjelaskan penyebabnya
- c) Infeksi sistemik atau pelvic akut yang belum sembuh atau masih dikontrol
- d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- e) Belum mantap/kurang pasti dengan keinginannya untuk fertilitas dimasa depan
- f) Belum memberikan persetujuan tertulis

Berikut persiapan pre operatif:

- a) Konseling perihal kontrasepsi dan jelaskan kepada klien bahwa ia mempunyai hak untuk berubah pikiran setiap waktu sebelum prosedur dilakukan.
- b) Menanyakan riwayat medis yang mempengaruhi keputusan pelaksanaan operasi atau anastesi meliputi: penyakit-penyakit pelvis, pernah mengalami

operasi abdominal/pelvis, riwayat diabetes melitus, riwayat penyakit paru-paru, penyakit perdarahan, alergi, dan pengobatan yang dijalani saat ini.

- c) Pemeriksaan fisik: meliputi kondisi-kondisi yang mungkin mempengaruhi keputusan pelaksanaan operasi atau anastesi.
- d) Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan urine dan pap smear
- e) *Informed consent* harus diperoleh. *Standard consent form* harus ditandatangani oleh suami atau isteri yang dari calon akseptor kontrasepsi mantap sebelum prosedur dilakukan. Umumnya penandatanganan dokumen *informed consent* dilakukan setelah pasangan suami isteri mendapat konseling. Dokumen juga dapat ditandatangani oleh seorang/saudara yang bertanggung jawab atas klien bila klien kurang paham atau tidak kompeten secara kejiwaan sehingga tidak dapat memberikan *informed consent*.

Perawatan post operatif laparoskopi yaitu:

- a) Segera setelah operasi, tanda-tanda vital di pantau
- b) Ambulasi dini, diet biasa
- c) Setelah 4-8 jam keluar dari rumah sakit, selanjutnya rawat jalan
- d) Perawatan dirumah tidak ada, hanya harus menjaga luka operasi agar tidak basah
- e) Bila perlu diberikan antibiotika dan analgetika

BAB 3
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN NY. L
DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI Y KOTA PEMATANGSIANTAR

3.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil

KUNJUNGAN II:

Pemeriksaan I Tanggal/ Pukul: 27 Juli 2017/14.00 Wib.

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. L	Nama : Tn. J
Umur	: 33 Tahun	Umur : 34 Tahun
Agama	: Kristen	Agama : Kristen
Suku/Kebangsaan	: Batak/ Indonesia	Suku/Kebang : Batak/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan : SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat	: Jl. Toba No.78 Pematangsiantar	Alamat :Jl.Toba No. 78 Pematangsiantar

S: Ny. L dengan G_{III} P_{II} A₀. Hari Pertama Hari Terakhir (HPHT) : 15-03-2017, Tafsiran Tanggal Persalinan (TTP) : 22-12- 2017. Gerakan janin belum dirasakan. Belum mendapatkan tablet Fe dan belum mendapatkan Imunisasi TT1. Ibu merasa pusing namun tidak sampai mengganggu aktivitas.

Riwayat Obstetri :

Riwayat Kehamilan

1. Anak Pertama

Usia 3 tahun, kehamilan aterm, persalinan normal, tempat bersalin Klinik Bidan, tidak ada komplikasi ibu dan bayi, penolong bidan, jenis kelaminnya perempuan, PB: 48 cm, BB: 3300 gram, keadaan bayi sehat, masa nifas ibu baik dan laktasi/ASI lancar sampai 6 bulan.

2. Kehamilan kedua

Usia 2 tahun, kehamilan aterm, persalinan normal, tempat bersalin Klinik Bidan, tidak ada komplikasi ibu dan bayi, penolong bidan, jenis kelaminnya perempuan, PB: 50 cm, BB: 3000 gram, keadaan bayi sehat, masa nifas baik dan laktasi sampai 6 bulan.

3. Kehamilan sekarang

Tidak memiliki riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, diabetes melitus dan tidak ada riwayat alergi obat. Tidak ada riwayat keturunan kembar, dan tidak ada riwayat kebiasaan yang merugikan kesehatan. Secara psikososial kehamilan ini diterima dengan baik oleh ibu dan keluarga.

O: Usia kehamilan ibu 19-20 minggu, keadaan umum ibu: TD 100/80 mmHg, RR 18 x/i', suhu 36,7⁰C, pols 80 x/i', Tinggi Badan (TB): 150 cm, Berat Badan (BB): 52 Kg, BB sebelum hamil 48 Kg, Lingkar Lengan Atas (LILA) : 24 cm, tidak ada pucat dan bengkak pada wajah, conjungtiva merah dan sklera tidak kuning, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol dan belum ada pengeluaran colostrum.

Hasil Palpasi :

Leopold I : Tinggi Fundus Uteri (TFU) : 3 jari atas simfisis . Pada perut teraba *ballotemen*.

Leopold II : Teraba keras memanjang dan memapan pada kanan ibu

Leopold III : Bagian terbawah teraba keras bulat dan melenting.

Leopold IV : Tidak Dilakukan

Hasil Pemeriksaan Laboratorium:

Pemeriksaan HB : 11 gr%

Pemeriksaan Glukosa urine : Negatif

Pemeriksaan Protein urine : Negatif

Hasil Pemeriksaan tanda kehamilan

HCG : (+)

A: G_{III} P_{II} A₀ usia kehamilan 19-20 minggu dan pada perut teraba *ballotemen*.

Masalah : Ibu merasa pusing tapi tidak mengganggu aktivitas

Kebutuhan : Anjurkan ibu istirahat yang cukup

P: 1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilan yang telah dilakukan.

Tujuan: Agar ibu mengerti keadaannya sekarang.

2. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

Tujuan : Untuk mengatasi pusing yang dialami ibu

3. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya kehamilan

a. Perdarahan pervaginam.

b. Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala yang hebat atau kejang.

c. Air ketuban keluar sebelum waktunya.

d. Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang.

e. Perubahan visual secara tiba-tiba (mata berkunang-kunang).

f. Sakit abdomen atau nyeri pada ulu hati yang hebat.

g. Pergerakan bayi di kandungan kurang tidak seperti biasanya atau bahkan tidak ada pergerakan.

Tujuan : Agar ibu mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan.

4. Ingatkan ibu untuk teratur melakukan kunjungan ulang atau pemeriksaan Antenatal Care (ANC).

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

CATATAN PERKEMBANGAN

Kunjungan III

Pemeriksaan II

Tanggal/ Pukul: 28 September 2017 / 14.00 Wib.

S : Ibu mengatakan bahwa saat ini keadaannya dalam kondisi baik, hanya saja ibu merasa semakin gerah dan sering lembab pada daerah genitalianya.

O : Usia kehamilan ibu 28-29 minggu, Keadaan umum: TD 110/80 mmHg, pols 80 x/i, suhu 36,6⁰C, RR 24 x/i, BB: 55 kg.

Hasil pemeriksaan palpasi:

Leopold I : Perut sudah membesar dan berisi. TFU : 2 jari diatas pusat.

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

Leopold III : Bagian terbawah adalah kepala janin (posisi baik, presentasi terbawah adalah kepala)

Leopold IV : Janin belum masuk PAP (Konvergen).

DJJ: $142 \times i$ dan TBBJ : $(26-13) \times 155 = 2015$ gr.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium:

Pemeriksaan HB : 11 gr

Pemeriksaan Glukosa urine : (-)

Pemeriksaan Protein urine : (-)

A : G_{III} P_{II} A₀ hamil, janin tunggal intra uteri, presentasi kepala dan keadaan ibu dan janin baik.

Masalah : ibu merasa sering gerah dan lembab pada daerah genetalia

Kebutuhan: Informasikan *personal hygiene*.

- P:**
1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilannya.
Memantau keadaan umum ibu dan vital sign yang meliputi tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan suhu.
Tujuan: Agar ibu mengerti keadaannya sekarang.
 2. Memberitahu kepada ibu menjaga kebersihan personal hygienya seperti rajin mengganti pakaian yang basah oleh keringat, mengganti celana dalam yang basah karna ibu sering kencing dan jangan dibiarkan menjadi lembab, serta memberitahu ibu cara cebok yang benar yaitu disiram dari depan ke belakang.
Tujuan : Agar ibu merasa nyaman dan dapat mencegah terjadinya keputihan.
 3. Memberikan tablet Fe dikonsumsi 1 tablet setiap malam
Tujuan : Memenuhi kebutuhan penambah darah ibu

CATATAN PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN III

Pemeriksaan III

Tanggal/ Pukul: 29 Oktober 2017/ 10.00 Wib.

S : Ibu merasa sakit pada punggung bagian bawah dan ibu sudah melakukan personal hygiene dengan baik. Ibu juga merasa takut untuk bersalin normal.

O : Usia kehamilan ibu 32-33 minggu, Keadaan umum: TD 120/80 mmHg, pols 80 x/i, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, RR 24 x/i'.

BB: 56 kg.

Hasil pemeriksaan palpasi:

Leopold I : Perut sudah membesar dan berisi.

Tinggi fundus uteri: pertengahan pusat dan px

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

Leopold III : Bagian terbawah adalah kepala janin (posisi baik, presentasi terbawah adalah kepala)

Leopold IV : Janin sudah masuk PAP (Divergen).

DJJ: $144 \times i$ dan TBBJ : $(29-12) \times 155 = 2635$ gr.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium:

Pemeriksaan HB : 12 gr%

Pemeriksaan Glukosa urine : (-)

Pemeriksaan Protein urine : (-)

A : $G_{III} P_{II} A_0$ hamil 32-33 minggu, Janin tunggal, letak membujur, presentasi kepala. Bagian terbawah abdomen ibu sudah memasuki PAP (Divergen).

Masalah : Ibu merasa sakit pada punggung bagian bawah dan ingin dilakukan suntik TT 1. Dan takut bersalin normal.

Kebutuhan : Menjelaskan bahwa sakit punggung pada kehamilan adalah hal yang fisiologis dan informasikan kegunaan dan lakukan suntik TT di Klinik Bidan atau pelayanan kesehatan lainnya. Jelaskan pada ibu sakit saat bersalin normal adalah hal yang wajar.

- P:**
1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilannya.
Memantau keadaan umum ibu dan vital sign yang meliputi tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan suhu.
Tujuan : Agar ibu mengerti keadaannya sekarang.
 2. Meneruskan personal hygiene.
 3. Menjelaskan pada ibu bahwa sakit punggung adalah hal yang fisiologis dalam kehamilan, cara mengatasinya antara lain :
 - g. Menjaga postur tubuh yang baik.
 - h. Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban dengan cara menekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat beban atau lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain saat menekukkan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.
 - i. Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat.
 - j. Ayunkan panggul atau miringkan panggul.
 - k. Gunakan sepatu tumit rendah.
 - l. Posisi untuk tidur gunakan bantal sebagai pengganjal dan meringankan tarikan atau regangan.
 4. Menjelaskan sakit saat bersalin normal adalah hal yang fisiologis dan menyarankan ibu untuk tetap bersalin secara normal.
 5. Memberitahukan tanda-tanda persalinan.
Tujuan : Agar ibu tahu kapan untuk datang ke Klinik Bidan.
 6. Menganjurkan ibu untuk melakukan Keluarga Berencana
Tujuan : Untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga.

CATATAN PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN IV

Pemeriksaan IV

Hari/tanggal : Selasa, 26 November 2017

Pukul : 14.00 Wib

S : Ibu ingin suntik TT 2, dan ibu mengeluh sering buang air kecil.

Ibu mengatakan ingin bersalin secara *Sectio cesarea*.

O : Ibu dengan usia kehamilan 35-36 minggu, Keadaan umum: TD 120/80 mmHg, pols 80 x/i, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, RR 24 x/i' BB : 57 kg

Palpasi :

Leopold I : Perut mulai membesar, Tinggi fundus uteri : tiga jari dibawah px (33cm).

Leopold II : Bagian kanan abdomen teraba panjang dan memapan (punggung kanan), bagian kiri teraba kosong dan berisi bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Bagian terbawah janin adalah kepala

Leopold IV : Kepala sudah masuk kedalam PAP (divergen).

DJJ: 145x/i dan TBBJ : $(33-11) \times 155 = 3410$ gr.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium:

Pemeriksaan HB : 12 gr%

Pemeriksaan Glukosa urine : (-)

Pemeriksaan Protein urine : (-)

A : Ibu G_{III} P_{II} A₀ dengan usia kehamilan 35-36 minggu, janin hidup tunggal intrauterine, letak janin membujur, punggung kanan, presentase kepala, sudah masuk PAP (divergen), ibu dan janin baik.

Masalah : Ibu sering buang air kecil dan tetap ingin bersalin secara *sectio cesarea*.

Kebutuhan : Jelaskan keadaan sering kencing dalam kehamilan adalah hal yang fisiologis dalam kehamilan dan berikan suntik TT2 serta informasikan persiapan kelahiran.

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaann ibu

Tujuan: Agar ibu tidak khawatir tentang keadaannya

2. Menjelaskan pada ibu bahwa kebiasaan buang air kecil pada trimester 3 adalah hal yang fisiologis untuk mengurangi frekuensi berkemih ibu harus mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga tidak perlu bolak balik kamar mandi pada saat mencoba tidur.

Tujuan : Agar ibu tidak khawatir dan dapat tidur dengan baik dimalam hari.

3. Menganjurkan sekaligus memberitahu ibu bahwa ASI eksklusif baik untuk bayi.

Tujuan: Untuk membangun adanya ikatan batin ibu dan bayi serta meningkatkan kualitas ibu dan bayi.

4. Memberitahu bahwa tafsiran persalinan ibu sebentar lagi akan tiba.

Tujuan: Agar ibu dapat mempersiapkan dirinya.

5. Menginformasikan persiapan untuk persalinan, seperti : pakaian ibu untuk bersalin juga bayi, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi serta calon pendonor darah.

Tujuan : Sebagai perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)

3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Hari/tanggal : Selasa/ 26 Desember 2017

Pukul : 10.00 Wib.

S : Ny. L dengan G_{III} P_{II} A₀, HPHT: : 15-03-2017, TTP : 22-12- 2017. Ingin melahirkan Sectio cesarea dan operasi tubektomi

Riwayat Obstetri:

1. Anak Pertama

Usia 3 tahun, kehamilan aterm, persalinan normal, tempat bersalinin Klinik Bidan, tidak ada komplikasi ibu dan bayi, penolong bidan, jenis kelaminnya perempuan, PB: 48 cm, BB: 3800 gram, keadaan bayi sehat, masa nifas ibu baik dan laktasi/ASI lancar sampai 6 bulan.

2. Anak kedua

Usia 2 tahun, kehamilan aterm, persalinan normal, tempat bersalin Klinik Bidan, tidak ada komplikasi ibu dan bayi, penolong bidan, jenis kelaminnya perempuan, PB: 50 cm, BB: 3500 gram, keadaan bayi sehat, masa nifas ibu baik dan laktasi/ASI lancar sampai 6 bulan.

3. Kehamilan sekarang

Tidak memiliki riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, diabetes mellitus dan tidak ada riwayat alergi obat. Tidak ada riwayat keturunan kembar, dan tidak ada riwayat kebiasaan yang merugikan kesehatan. Secara psikososial kehamilan ini diterima dengan baik oleh ibu dan keluarga.

O : Keadaan umum: TD: 120/70 mmHg, pols: 82x/i, RR: 18x/i, suhu: 36⁰ C.

Hasil pemeriksaan palpasi:

Leopold I : Perut mulai membesar, Tinggi fundus uteri: 2 jari dibawah px

Leopold II : Bagian kanan abdomen teraba panjang dan memapan (punggung kanan), bagian kiri teraba kosong dan berisi bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III : Bagian terbawah janin adalah kepala

Leopold IV : Kepala sudah masuk kedalam PAP (divergen).

DJJ : 147x/i dan TBBJ : (33-11) x 155 = 3410 gr.

A : Ibu pra sectio caesar, janin hidup tunggal intrauterine, letak janin membujur, punggung kanan, presentase kepala, sudah masuk PAP (divergen), ibu dan janin baik.

Masalah : -

Kebutuhan : Mendampingi ibu untuk persiapan pra sectio caesar

P :

Pukul 10.00 WIB : Melakukan registrasi

Pukul 10.40 WIB : Melakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital dan keadaan ibu serta janin, melakukan skin test ceftriaxone 1 gr.

Pukul 11.50 WIB : Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, memasang infus RL dan kateter

- Pukul 12.00 WIB : Memberi injeksi ceftriaxone 1 gr/iv
- Pukul 14.30 WIB : Mengantar ibu masuk ruang OK
- Pukul 14.50 WIB : Bayi lahir. Memberikan Asuhan sayang bayi
Menyuntikkan vitamin Vit K 0,5 cc secara IM sebelah paha kiri, memberikan salep mata tetrasiklin 1%.
Melakukan antropometri meliputi : Panjang bayi : 50 cm, Berat badan bayi : 3.500 gram, Jenis kelamin : Perempuan, Lingkar lengan atas : 11cm, Lingkar Kepala: 32cm, Lingkar Dada: 33 cm. Apgar score: 8/10. Kemudian bayi dibedong.
- Pukul 15.45 WIB : Mengantar ibu dari OK ke ruangan perawatan ibu nifas dalam keadaan sadar, infus terpasang dari OK dengan baik sementara ibu dipuaskan selama 3 jam.
- Pukul 16.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 1 jam post op, tanda-tanda vital ibu TD :110/80 mmHg, pols : 80 x/i, suhu : 36,3⁰ C, RR : 20 x/i, luka operasi baik dan memeriksa perdarahan ibu ± 100 cc, urine 100 cc.
- Pukul 17.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 2 jam post op, yaitu tanda-tanda vital ibu dan memeriksa perdarahan ibu, TD :110/80 mmHg, pols : 80 x/i, suhu : 36⁰C, RR : 22 x/i, perdarahan ibu ± 50 cc, urine 100 cc.
- Pukul 18.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 3 jam post op, yaitu tanda-tanda vital ibu dan memeriksa perdarahan ibu, TD :110/80 mmHg, pols : 82 x/i, suhu : 36,4⁰ C, RR : 22 x/i, perdarahan ibu ± 50 cc, Urine 50 cc. Menginformasikan kepada ibu sudah diperbolehkan untuk minum dan makan.
- Pukul 18.50 WIB : Memberikan pronalges untuk mengurangi rasa nyeri postsectio.
- Pukul 19.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 4 jam post op, tanda-tanda vital ibu, TD :110/80 mmHg, pols : 82 x/i, suhu : 36,5⁰ C, RR : 22 x/i dan memeriksa perdarahan ibu (± 50 cc), urine 200 cc.

- Pukul 23.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 8 jam post op, tanda-tanda vital ibu, TD :110/80 mmHg, pols : 24 x/i, suhu : 36,4⁰C, RR : 20 x/i dan memeriksa perdarahan ibu (\pm 50 cc), urine 200 cc. Ibu sudah dianjurkan untuk melakukan ambulasi dan dapat dilakukan dengan menggerakkan kakinya.
- Pukul 02.45 WIB : Memberikan pronalges pada ibu untuk mengurangi rasa nyeri.
- Pukul 03.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 12 jam post op, memeriksa tanda-tanda vital ibu, TD : 110/80 mmHg, pols : 83x/i, suhu : 36,2⁰C, RR : 22 x/i, perdarahan ibu \pm 50 cc, urine ibu (300 cc).
- Pukul 05.30 WIB : Menyuntikkan HB0 0,5 cc pada bayi secara IM sebelah paha kanan tidak ada pembengkakan
- Pukul 07.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 16 jam post op memeriksa tanda-tanda vital ibu, TD : 110/80 mmHg, pols : 84x/i, suhu : 36,4⁰C, RR : 24 x/i, perdarahan ibu \pm 50 cc, urine ibu (100 cc).
- Pukul 11.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 20 jam post op memeriksa tanda-tanda vital ibu, TD : 110/80 mmHg, pols : 82x/i, suhu : 36,5⁰C, RR : 22 x/i, perdarahan ibu \pm 30 cc, urine ibu (200 cc).
- Pukul 15.45 WIB : Melakukan observasi keadaan ibu 24 jam post op memeriksa tanda-tanda vital ibu, TD : 120/80 mmHg, pols : 80x/i, suhu : 36,6⁰C, RR : 22 x/i, perdarahan ibu \pm 30 cc, urine ibu (200 cc).

3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Hari/Tanggal : Selasa/ 26 Desember 2017

Pukul : 21.00 WIB

- S: P_{III} A₀ Ibu merasa sakit pada bagian bawah abdomen dan sakit di punggung.
- O: Keadaan umum: TD: 110/80 mmHg, nadi: 82x/i, RR: 24x/i. suhu: 36,5⁰ C. Payudara bersih, puting susu menonjol, tidak ada tanda-

tanda peradangan, ASI belum keluar, Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, perdarahan (\pm 50 cc), urine 200 cc

A: Ibu 6 jam postpartum fisiologis

Masalah : Ibu merasa nyeri pada perut bagian bawah.

Kebutuhan : Menginformasikan agar latihan menggerakkan kaki dan apabila ibu merasa sakit disarankan ibu untuk menarik napas.

P:

- Pukul 21.45: 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
2. Menjelaskan pada ibu bahwa sakit atau nyeri yang dirasakan adalah tanda bahwa pengaruh anastesi sudah habis untuk mengurangi rasa sakit, ibu disarankan menarik napas.
3. Melakukan observasi tanda-tanda bahaya masa nifas
4. Menginformasikan pemberian ASI awal terhadap pemenuhan nutrisi ibu.

DATA PERKEMBANGAN MASA NIFAS

Hari/Tanggal: Rabu / 01 Januari 2018

Pukul 14.00 WIB

S : Ibu mengatakan ASI sudah mulai keluar banyak. Bayi sudah menyusui dengan baik.

O : Keadaan umum: TD:120/80 mmHg, nadi: 80x/i, RR: 22x/i, suhu: 36,8⁰ C. ASI lancar, Tinggi Fundus Uteri: pertengahan simpisis dengan pusat, kontraksi baik, perdarahan normal (\pm 30 cc), lochea normal yaitu sanguilenta kuning kemerahan, kandung kemih kosong, luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi.

A : Ibu 6 hari post partum

Masalah : -

Kebutuhan : Mengajarkan teknik menyusui yang benar

P :

Pukul 14.10 : Melakukan penilaian involusi uteri.

Melakukan penilaian tanda-tanda infeksi

Pukul 14.20 : Mengajukan dan mengajarkan teknik menyusui yang benar

Pukul 14.25 : Membersihkan luka jahitan bekas operasi pada abdomen bawah ibu dan mengganti perbannya.

Pukul 14.40 : Memberikan konseling tentang mengasuh bayi yaitu melanjutkan perawatan bayi tetap hangat serta mengajarkan ibu merawat tali pusat seperti tetap kering, jika tali pusat basah terkena air kemih serta BAB bayi dibersihkan dengan air bersih dan keringkan lalu bungkus dengan kain kass steril.

2 Minggu Post Partum

Hari/Tanggal: Selasa/ 9 Januari 2018

Pukul 09.45

S : Ibu mengatakan ASI lancar. Bayi menyusu dengan baik serta tali pusat sudah putus dari pangkalnya.

O : Keadaan umum: TD: 120/80 mmHg, nadi 80x/i, pernapasan: 20x/i, suhu: 36,5⁰ C. Asi lancar, Tinggi fundus uteri tidak teraba lagi, kontraksi baik, lochea keluar berupa kuning keputihan, luka jahitan baik dan tak ada tanda tanda infeksi.

A : Ibu 2 minggu post partum.

Masalah : -

Kebutuhan : Menginformasikan untuk tetap menyusui bayinya.

P :

Pukul 09:55: 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

2. Mengingatkan kembali teknik menyusui dan perawatan payudara.

3. Mengajukan ibu untuk melanjutkan perawatan pada bayi.

6 Minggu Postpartum

Hari/Tanggal: Selasa/6 Februari 2018

Pukul 14.30 WIB

S : Ibu mengatakan sudah nyaman dengan dirinya dan kehadiran bayinya karena sudah mulai beradaptasi dengan bayinya. ASI lancar dan bayi menyusu dengan kuat.

O : Keadaan umum: TD: 120/80 mmHg, nadi 80x/i, pernapasan: 20x/i, suhu: 36,6⁰C. Asi lancar, Tinggi fundus uteri semakin kecil kontraksi baik, luka jahitan baik dan tak ada tanda tanda infeksi, lochea alba.

A : Ibu 6 minggu postpartum

Masalah : -

Kebutuhan : -

P :

14.30: Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Melakukan observasi terhadap penyulit-penyulit yang ibu dan bayi alami.

3.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Hari/Tanggal: Selasa/ 26 Desember 2017

Pukul : 14.50 WIB

S : By. Ny.L baru lahir pukul 14.50 WIB dengan keadaan baik dan sehat. Segera menangis

O : Keadaan umum apgar score 8/10, Jenis kelamin: perempuan, anus +, reflex baik, tidak ada cacar congenital, BB: 3500 gram, TB: 50 cm, Eliminasi BAK ada, mekonium ada kehitaman.

Tabel 3.1
Nilai Apgar Score Bayi Ny. L

Menit	Tanda	0	1	2	Jumlah
1	Warna	() Biru/pucat	() Badan merah (eks pucat)	(✓) warna kulit merah	2
	Frekuensi jantung	() Tidak ada	() < 100	(✓) > 100	2
	Refleks	() Tidak bereaksi	(✓) Eks, fleksi sedikit	() Gerakan aktif	1
	Tonus otot	() Lumpuh	(✓) gerakan sedikit	() Menangis	1
	Usaha bernafas	() Tidak ada	() lambat tidak teratur	(✓) Menangis Kuat	2
5	Warna	() Biru/pucat	() Badan merah (eks pucat)	(✓) warna kulit merah	2
	Frekuensi jantung	() Tidak ada	() < 100	(✓) > 100	2
	Refleks	() Tidak bereaksi	(✓) Eks, fleksi sedikit	(✓) Gerakan aktif	2
	Tonus otot	() Lumpuh	() gerakan sedikit	(✓) Menangis	2
	Usaha bernafas	() Tidak ada	() lambat tidak teratur	(✓) Menangis Kuat	2

A : Bayi baru lahir Ny.L

Masalah : -

Kebutuhan : Diberikannya asuhan bayi baru lahir.

P :

Pukul 14.50 : Memberikan penyuntikan Vit. K kiri anterolateral. Memberikan salep mata. Melakukan antropometri : panjang bayi : 50 cm, berat badan bayi : 3.500 gram, Lingkar lengan atas : 11cm, lingkar kepala : 33cm, lingkar dada: 35 cm. Jenis kelamin perempuan

Pukul 16.50 : Memberikan susu formula 20 cc pada bayi

Pukul 05.30 : Menyuntikkan HB0 0.5 cc secara IM paha kanan anterolateral

KUNJUNGAN I

Bayi Baru Lahir Fisiologis 6 jam (Kunjungan Neonatal 1)

Hari/Tanggal : Kamis /26 Desember 2017

Pukul: 20.50 WIB

S : Ibu mengatakan bayi tidak rewel dan menyusu kuat.

O : Keadaan umum: pols: 129 x/i, RR: 45x/i, suhu: 36,5⁰C, tidak ada kelainan atau cacar bawaan, reflex baik.

A : Bayi fisiologis usia 6 jam

Masalah : -

Kebutuhan : Diberikannya perawatan tali pusat dan memenuhi nutrisi pada bayi

Pukul 21.00 : Melakukan perawatan tali pusat, dan memberikan susu formula 20 cc pada bayi.

Pukul 21.30: Melakukan pemeriksaan tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

KUNJUNGAN II

Bayi Baru Lahir Fisiologis 2 hari (Kunjungan Neonatal 2)

Hari/Tanggal : Kamis/28 Desember 2017

Pukul: 11.30 WIB

S : Ibu mengatakan bayi tidak rewel dan menyusu kuat, tidak ikterik.

O : Keadaan umum: nadi: 129 x/i, pernapasan: 45x/i, suhu: 36,5⁰C, tidak ada kelainan atau cacar bawaan, reflex baik.

A : Bayi fisiologis usia 2 hari

Masalah : -

Kebutuhan : Diberikannya perawatan tali pusat

P

Pukul 08.45: Melakukan perawatan tali pusat,

Pukul 09.00: Melakukan pemeriksaan tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

KUNJUNGAN III

Bayi Baru Lahir Fisiologis usia 6 hari (Kunjungan Neonatal 3)

Hari/Tanggal : Kamis/01 Januari 2017

Pukul 08.30 WIB

S : Ibu mengatakan tali pusat sudah pupus tadi pagi dan bayi menyusu kuat, tidak rewel dan bayi muntah setiap selesai minum susu.

O : Keadaan umum: nadi: 130x/i, pernapasan: 45x/i, suhu: 36,6⁰ C, tidak ada kelainan neonatus, reflex baik.

A : Neonatus 6 hari fisiologis.

Masalah : -

Kebutuhan : Diberikannya asuhan bayi baru lahir 6 hari

P :

Pukul 08.40: Memberitahu ibu untuk menyendawakan bayi setelah menyusui dengan cara :

a. Bayi digendong agak tinggi (posisi berdiri) dengan kepala bersandar dipundak ibu, kemudian punggung bayi ditepuk perlahan-lahan sampai terdengar suara bersendawa atau dengan,

b. Menelungkupkan bayi di pangkuan ibu, lalu usap atau tepuk punggung bayi sampai terdengar suara bersendawa

Menilai tanda bahaya pada bayi

Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital bayi

Mengganti popok

Bayi Baru Lahir Fisiologis usia 14 hari (Kunjungan Neonatal 3)

Hari/ Tanggal: Jumat/ 09 Januari 2018

Pukul : 09.00

S : Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan menyusui dengan baik

O : Keadaan umum: nadi: 130x/i, pernapasan: 50x/i, suhu: 36,6⁰ C, tidak ada kelainan neonatus, reflex baik.

A : Bayi Baru Lahir spontan 14 hari fisiologis.

Masalah : -

Kebutuhan : Menilai tanda infeksi tali pusat

P :

Pukul 09.00: Menilai tanda infeksi tali pusat

Menilai Tanda-Tanda Vital

Menilai tanda-tanda bahaya

Mengganti popok bayi

Bayi Baru Lahir Fisiologis usia 28 hari (Kunjungan Neonatal 4)

Hari/ Tanggal: Jumat/ 23 Januari 2018

Pukul : 09.00

S : Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan menyusu dengan baik

O : Keadaan umum: nadi: 130x/i, pernapasan: 50x/i, suhu: 36,6⁰C, tidak ada kelainan neonatus, reflex baik.

A : Bayi Baru Lahir spontan 28 hari fisiologis.

Masalah : -

Kebutuhan : Menilai tanda infeksi tali pusat

P :

Pukul 09.00: Menilai tanda infeksi tali pusat

Menilai Tanda-tanda vital

Menilai tanda-tanda bahaya

Mengganti popok bayi

3.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Tanggal : 26 Desember 2017

Pukul : 10.00 WIB

S: Ny. L memakai KB tubektomi. Keadaan baik, dan ibu tidak ingin hamil lagi.

O: Keadaan umum: TD: 110/80 mmHg, nadi: 80x/i, suhu: 36,5⁰ C, pernapasan: 20x/i. Payudara terlihat bersih, puting susu menonjol. BB: 56 kg.

A: P: III A: 0 Ibu ingin menjadi akseptor KB Tubektomi.

Pukul 10.10: Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan dan ibu memahaminya.

Memberikan konseling tentang dari alat kontrasepsi dan mengadakan pendekatan kepada ibu.

Menjelaskan manfaat, efek samping, cara kerja, penggunaan bagi kontrasepsi tubektomi sebagai alat kontrasepsi yang dipilih.

Memastikan klien tidak memiliki kontraindikasi untuk penggunaan alat kontasepsi.

Pukul 15.05: Dilakukan tubektomi pada ibu oleh dokter obgyn.

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Masa Kehamilan

Ibu dengan identitas Ny. L, hamil anak ketiga dan usia ibu 33 tahun. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang tidak direncanakan. Selama kehamilan ini Ny.L memeriksakan kehamilannya namun tidak pada trimester satu. Ny. L tidak ingin terjadi masalah dengan kehamilannya serta menghindari terjadinya masalah persalinan nanti.

Pada kehamilan trimester pertama ibu tidak melakukan pemeriksaan kehamilannya, ibu melakukannya pada trimester II sebanyak 1 kali, dan trimester III sebanyak 3 kali. Sementara pada teori disebutkan bahwa minimal kunjungan ANC adalah 4 kali, yaitu trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 1 kali dan trimester III sebanyak 2 kali (Kemenkes, 2016).

Pemeriksaan kehamilan yang pertama sekali dilakukan penulis dimulai pada tanggal 27 Juli 2017 di Bidan Praktek Mandiri Y. Ibu dikatakan hamil karena sudah 4 bulan lebih tidak haid dan sudah dilakukan tes HCG (Human Chorionic Gonadotropin) dengan hasil positif. Penulis melakukan pemeriksaan terhadap Ny. L usia kehamilan 19-20 minggu dengan HPHT: 15-03-2017. TD: 100/80 mmHg, pols: 80 x/i', suhu: 36,7 °C, RR: 18 x/i. Pemeriksaan tinggi badan sebelum hamil 150 cm dan berat badan 48 kg. Setelah hamil tinggi kehamilan tidak berubah dan berat badan menjadi : 52 kg. Ukuran lingkar lengan atas 24 cm. tidak ada pucat dan bengkak pada wajah, konjungtiva merah dan sklera tidak kuning, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol dan belum ada pengeluaran kolostrum. Palpasi Leopold TFU 3 jari atas simfisis. Pada perut teraba *ballotemen*. Diusia kehamilan ini ibu mengatakan pusing tetapi tidak mengganggu aktivitas. Pemberian konseling dan pemecahan masalah (temu wicara) seperti informasi tanda-tanda bahaya kehamilan, pemecahan masalah dengan keluhan yang dialami ibu. Pemeriksaan HCG (+).

Pada trimester 2 ibu merasakan nyeri pada kepalanya, hal ini termasuk ketidaknyamanan yang dirasakan ibu hamil. Nyeri kepala diperkirakan berasal dari jaringan serabut saraf sensorik yang tersebar luas dan mengelilingi pembuluh darah intrakranial. Serabut saraf sensorik ini berasal dari ganglia trigeminus dan ditemukan dalam tunika adventisia semua pembuluh darah utama otak. Nyeri kepala dapat disebabkan oleh stimulasi langsung serabut-serabut ini, sehingga menimbulkan nyeri. Ibu hamil harus ditanyai perihal gejala neurologis yang terkait dengan nyeri kepala. Pemeriksaan harus dimulai dengan pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan fisik umum. Sakit kepala bisa menjadi satu masalah tersendiri ketika sang perempuan mengalami kesulitan tidur akibat meningkatnya ukuran abdomen serta rasa tidak nyaman (Varney, 2007).

Pemeriksaan pada kunjungan ketiga pemeriksaan kedua yang dilakukan penulis pada tanggal 28 September 2017. Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. L dengan usia kehamilan 28 - 29 minggu meliputi berat badan : 55 kg. Tinggi fundus uteri: 26 cm. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan yaitu HB ibu 11 gr%, protein urin negatif dan glukosa urin juga negatif Ibu mengeluh mengatakan gerah dan lembab didaerah genitalia. Tanda-tanda vital dengan TD: 110/80 mmHg, pols 80 x/i, suhu 36,6 °C, RR 24 x/i dan ibu diberikan tablet ferum.

Kenaikan berat badan yang dialami Ny. L pada Trimester III adalah 3 kg yaitu dari berat badan 52 kg ke 55 kg. Jarak pemeriksaan berat badan dari kunjungan pertama ke kedua adalah 8 minggu. Pada trimester III seorang wanita yang sedang hamil akan mengalami penambahan berat badan kira-kira 0,35-0,4 kg perminggu. Jika dihitung dengan rumus kenaikan berat badan 8 minggu x 0,38 (kg) perminggu = 3,04 kg. Kenaikan berat badan Ny.L tidak begitu jauh dengan hasil seharusnya (Prawirohardjo, 2014).

Keluhan gerah dan lembab karena keputihan pada vagina dikarenakan pada kehamilan kadar estrogen dan glukosa yang tinggi dalam sirkulasi darah sehingga mendukung pertumbuhan *Candida* dan peningkatan pertumbuhan jamur ini menyebabkan iritasi lokal, produksi sedikit sekret berwarna kuning keju (Rukiyah, 2013). Temu wicara dalam pemecahan masalah ibu dianjurkan untuk

menjaga *personal hygiene* terutama pada daerah genitalia. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan (Walyani, 2016).

Kunjungan ketiga Pemeriksaan ketiga pada Ny. L dilakukan pada tanggal 29 Oktober 2017. Pemeriksaan yang dilakukan di usia 32-34 minggu meliputi berat badan : 56 kg. Tanda-tanda vital, TD 120/80 mmHg, pols 80 x/i, suhu 36,7 °C, RR 24 x/i. Tinggi fundus uteri: 29 cm, kepala sudah masuk PAP. Pemeriksaan laboratorium dengan hasil; pemeriksaan HB: 12 gr%, protein urin : (-), glukosa: (-). Ibu merasa sakit pada punggung bagian bawah dan ingin dilakukan suntik TT 1. Ibu juga merasa takut bersalin normal karena takut terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada bayinya jadi ibu ingin bersalin secara *sectio cesarea*.

Imunisasi Tetanus Toxoid perlu diberikan pada ibu hamil, guna memberikan kekebalan pada janin terhadap infeksi tetanus (Tetanus neonatorum) pada saat persalinan. Bila seorang wanita selama hidupnya mendapat imunisasi sebanyak lima kali berarti akan mendapat kekebalan seumur hidup, pemberian TT diberikan minimal 2 kali injeksi yaitu pada kunjungan antenatal pertama dan kedua, empat minggu setelah kunjungan pertama (Walyani, 2016). Pada masa kehamilan ibu mendapat imunisasi sebanyak 2 kali. Hal ini sesuai dengan teori yang ada.

Nyeri punggung bagian bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring bertambahnya usia kehamilan karena nyeri ini merupakan pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberikan perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkungan ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

Ibu menolak untuk perencanaan bersalin normal. Ibu mengatakan tidak tahan sakit dan takut terjadi apa-apa dengan bayinya dan tidak ingin mengambil

resiko. Ibu sudah dijelaskan bahwa resiko Sc juga lebih besar meskipun dapat membantu persalinan dalam keadaan darurat. Untuk itu ibu meminta waktu untuk berdiskusi dengan keluarga mengenai hal ini.

Kunjungan keempat pada Ny. L dilakukan pada tanggal 28 November 2017. Pemeriksaan yang dilakukan di usia 35-36 minggu meliputi berat badan : 57 kg. Tanda-tanda vital, TD 120/80 mmHg, pols 80 x/i, suhu 36,7 °C, RR 24 x/i. Tinggi fundus uteri: 33 cm, janin hidup tunggal intrauterine, letak janin membujur, punggung kanan, presentase kepala, kepala sudah masuk PAP. Pemeriksaan laboratorium dengan hasil; pemeriksaan HB: 12 gr%, protein urin : (-), glukosa: (-). Ibu merasa sering buang air kecil dan ingin dilakukan suntik TT 2. Ibu sudah memutuskan untuk bersalin secara *sectio cesarea* dan ibu sudah diberitahu persiapan pra operasi.

Frekuensi berkemih pada trimester ketiga terjadi karena efek lightening. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini menyebabkan wanita perlu berkemih. Uterus yang membesar atau bagian dari presentasi uterus juga mengambil ruang didalam ruang panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum tersebut merasa perlu berkemih. Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih adalah menjelaskan mengapa hal itu terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur (Varney, 2007).

Selama kehamilan ini ibu mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10 kg, yaitu berat badan sebelum hamil 48 kg, dan berat badan pada usia kehamilan 39-40 minggu menjadi 58 kg. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah 10-12,5 kg (Prawirohardjo, 2014).

Pada kehamilan diperlukan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kondisi ibu dan janinnya, pemeriksaan ini berupa pemeriksaan hemoglobin (HB), dan urine protein. Setelah dilakukan pemeriksaan diketahui Hb ibu 12 gr%, Hb ibu termasuk dalam kategori normal karena berada diantara 11-14 gr% (Manuaba, 2014). Pemeriksaan berikutnya yaitu pemeriksaan protein urine yang

dikatakan normal apabila hasilnya negatif. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan yang terjadi karena pada pemeriksaan protein urine ditemukan negatif (urine jernih) (Walyani, 2016).

Ibu memutuskan untuk bersalin dengan *sectio cesarea* (Sc) karena ibu takut terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada bayi dan dirinya sendiri, meskipun penulis juga sudah menjelaskan bahwa persalinan normal lebih baik karena ibu tidak ada indikasi medis yang mengharuskan ibu mengikuti proses Sc. Penulis juga menjelaskan bahwa resiko yang ditakutkan oleh ibu sangat minim karena ibu dan janin dalam keadaan baik dan sangat memungkinkan untuk ibu melahirkan normal selain itu persalinan *sectio cesarea* dengan indikasi sosial akan memakan lebih banyak biaya karena tidak ditanggung oleh asuransi yang dimiliki oleh ibu. Kemudian masa pemulihan bekas luka operasi abdomen ibu akan memperlambat masa pemulihan organ reproduksi dan dapat memperpanjang masa nifas. Penulis juga tidak lupa memberitahu ibu bahwa tindakan SC ini mempunyai akibat buruk pada ibu, antara lain: infeksi, perdarahan, luka pada kandung kemih. Namun begitu ibu tetap pada pendiriannya, memilih bersalin secara *sectio cesarea* ibu tidak ingin terjadi apa-apa pada bayinya dan ibu merasa tidak yakin dengan dirinya bahwa dia bisa kuat bersalin secara normal. Berdasarkan teori Sc harus dilakukan berdasarkan indikasi medis seperti panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang kuatnya stimulasi, adanya tumor jalan lahir, stenosis serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri, kelainan otak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, dan mencegah hipoksia janin karena preeklamsi, riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia fetal distress, preeklamsi berat, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu atau gemeli. Pelaksanaan persalinan SC tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali telah melalui konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan SC, bila pasien dengan sadar dan tanpa tekanan memutuskan untuk dilakukan persalinan SC, surat permintaan tindakan medis harus ditandatangani oleh ibu, saksi dari keluarga, dokter, dan saksi dari kalangan medis dengan demikian ibu

akan diperbolehkan untuk mengikuti persalinan secara *sectio cesarea* dengan indikasi sosial karena ini adalah permintaan ibu sendiri (Mitayani, 2009)

Ibu perlu mengetahui persiapan preoperasi meliputi persiapan psikis dan persiapan fisik. Persiapan psikis yaitu, Membantu ibu mengetahui tentang prosedur tindakan yang akan dialami sebelum operasi, memberikan informasi tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami selama proses operasi, menunjukkan kepada kamar operasi dan lain-lain. Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan ibu menjadi lebih siap menghadapi operasi. Memberikan penjelasan terlebih dahulu prosedur tindakan setiap sebelum tindakan persiapan pre operasi. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Hal ini diharapkan dengan pemberian penjelasan prosedur yang lengkap dapat menurunkan kecemasan ibu sebelum operasi dilakukan. Memberikan kesempatan kepada ibu dan keluarga untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada. Dan memberi kesempatan pada ibu dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum ibu diantar ke kamar operasi. Memberitahu Keluarga bahwa diberikan kesempatan untuk mengantar ibu sampai di ruang tunggu yang terletak didepan ruang operasi. Dan persiapan fisik meliputi Pemasangan infus, puasa, pencukuran daerah operasi, pemasangan kateter, anastesi, latihan nafas, penyuntikan, dan pemberian obat-obatan. Status kesehatan fisik secara umum meliputi identitas klien penyakit Status Nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lingkaran lengan atas, kadar protein darah. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat dirumah sakit. Komplikasi lain yang sering terjadi adalah infeksi pasca operasi (Taylor, 2010).

Pada diagnosis di atas penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang telah di lakukan berdasarkan masalah yang muncul.

4.2 Masa Persalinan.

Pada tanggal 26 Desember 2017 Ny.L datang ke rumah sakit H untuk dilakukan tindakan *Sectio cesarea* dengan indikasi sosial atau atas permintaan ibu sendiri. Pada pukul 10.00 Wib ibu melakukan registrasi pendaftaran. Berdasarkan

teori tindakan sectio cesarea dilakukan bila kematangan paru sudah dipastikan, setelah pemeriksaan diketahui bahwa keadaan ibu dan janin baik, tidak ada kontraksi, tidak ada pembukaan. Sectio cesarea dilakukan sekaligus dengan tindakan tubektomi/ sterilisasi. Persiapan psikis preoperasi telah dilakukan pada ibu. Ibu sudah mengetahui tentang prosedur tindakan yang akan dialami sebelum operasi, ibu sudah menerima informasi tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami selama proses operasi, menunjukkan kepada pasien kamar operasi (Taylor, 2010).

Pukul 10.40 wib mulai dilakukan dan didapat TD : 120/70 mmHg, Pols : 82 x/i, RR : 20 x/i, Tinggi fundus uteri ibu 33 cm, DJJ : 147 x/i, punggung kanan, kepala sudah masuk PAP setelah itu dilakukan skin test ceftriaxone 1 gr. Pukul 11.50 memasang infus RL dan kateter lalu pukul 12.00 wib memberi injeksi ceftriaxone 1 gr/ iv. Hal ini sesuai dengan persiapan fisik praoperasi (Taylor, 2010). Pukul 14.30 wib Ny.L masuk ke ruang OK sebelum masuk ibu dan keluarga di beri kesempatan untuk berdoa dan diijinkan mengantar ibu sampai di ruang tunggu didepan ruang OK.

Bayi lahir tanggal 26 Desember 2017 pukul 14.50 wib hidup Melakukan antropometri meliputi : Panjang bayi : 50 cm hal ini masih normal berdasarkan teori, Berat badan bayi : 3.500 gram sesuai dengan teori hal ini masih wajar karena batas normal berat bayi baru lahir antara 2500-4000 gr, Jenis kelamin : Perempuan, Lingkar lengan atas : 11cm, lingkar kepala: 33cm hal ini sesuai dengan teori karena lingkar kepala bayi normal yaitu 33-35 cm., lingkar dada: 35 cm masih dalam batas normal yaitu diantara 30-38 cm. Apgar score: 8/10. Setelah setelah bersalin menyuntikkan vitamin Vit K 0,5 cc secara IM sebelah paha kiri,dan memberikan salep mata tetrasiklin 1% pada bayi.dan keesokkaan harinya dilakukan penyuntikkan HB0 0,5 cc secara IM sebelah paha kanan tidak ada pembengkakan, terdapat kesenjangan dalam hal ini penyuntikkan vit.K dilakukan satu jam pertama setelah bayi lahir dan penyuntikkan HB0 seharusnya dilakukan dua jam setelah persalinan (JNPK-KR, 2016)

Pukul 15.45 wib ibu diantar ke ruangan perawatan ibu nifas, lalu dilanjutkan dengan observasi dimana observasi ini dilakukan selama 24 jam. Observasi

pertama dilakukan 1 jam post op selama 4 jam dan berikutnya setiap empat jam (Cunningham et al, 2012). 1 jam post op keadaan ibu baik pernapasan ibu dalam batas normal. Ibu sudah diperbolehkan makan dan minum 3 jam post op. Hal ini tidak sesuai dengan teori karena seharusnya ibu diijinkan makan 8 jam post op (Cunningham et al, 2012). 8 jam post op ibu sudah dianjurkan untuk melakukan ambulasi dengan menggerakkan kakinya. Selama observasi post op selama 24 jam diketahui keadaan ibu baik dimana jumlah perdarahan ibu dalam batas normal, dan tidak ada kesenjangan dalam pemeriksaan tanda-tanda vital ibu.

4.3 Masa Nifas

Kunjungan nifas dilakukan pada ibu yaitu pada 2 jam setelah melahirkan, 1 minggu pertama, minggu kedua setelah melahirkan yang bertujuan agar penulis mengetahui keadaan yang dialami ibu saat ini. Kunjungan selanjutnya dilakukan pada 6 minggu setelah melahirkan sesuai dengan jadwal kunjungan nifas yaitu pada waktu 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan dan 6 minggu setelah persalinan (Anggraini, 2016).

Selama masa nifas dilakukan kunjungan pertama (6-8 jam). Penulis melakukan pemantauan keadaan ibu di rumah sakit, dengan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD : 110/80 mmHg, pols : 82 x/m, RR : 24 x/i, suhu : 36,5 °c, Konjungtiva tidak anemis, puting susu menonjol dan sudah ada colostrum, Tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, lochea rubra berisi darah segar. Penulis melakukan pemantauan selama 6-8 jam post dengan keadaan ibu baik. Ibu sudah melakukan ambulasi dan sudah dapat menggerakkan kakinya (Cunningham et al, 2012). Hal ini sesuai dan tidak terdapat kesenjangan didalamnya.

Pada kunjungan kedua tanggal 01 Januari 2018 ibu mengatakan merasa lelah, sudah turun dari tempat tidur dan ibu sudah menyusui bayinya. TD 120/80 mmHg, pols 80 x/i, RR 22 x/i, Suhu 36,8 °c, TFU pertengahan pusat dengan simfisis, kontraksi, lochea sanguilenta kuning kemerahan, uterus baik. Membersihkan luka jahitan operasi ibu pada abdomen bawah dan mengganti perban luka operasi ibu (Cunningham et al, 2012). Memberikan konseling pada

ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

Pada kunjungan ketiga pada tanggal 09 Januari 2018 hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik TD 120/80 mmHg, pols 80 x/i, RR 20 x/i, S 36,5 °C, Tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simfisis, lochea keluar berupa kuning keputihan, kontraksi uterus baik, ASI masi keluar. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. Pada kunjungan ke empat pada tanggal 6 Februari 2018 hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik 120/80 mmHg, pols 80 x/i, RR 20 x/i, Suhu 36,6 °C, Tinggi fundus uteri bertambah kecil, kontraksi uterus baik, lochea alba, tidak ada tanda-tanda infeksi. Tidak ada penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan yang terjadi.

4.4 MASA BAYI BARU LAHIR

Pada tanggal 26 Desember 2017 pukul 15.00 WIB hasil pemeriksaan keadaan umum bayi baik, dimana tanda-tanda vital pada bayi yaitu BB : 3500 gr, PB 50 Cm, , lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 35 Cm Apgar score : 8/10, jenis kelamin perempuan, warna kulit kemerahan, bergerak aktif, bayi menangis kuat, Kepala tidak ada molase, tidak ada caput suksedanium, telinga simetris, mata simetris, konjungtiva merah muda sklera putih, lidah bersih, denyut jantung normal, tali pusat segar dan tidak ada perdarahan, ada lubang uretra, anus, berlubang, sudah ada pengeluaran mekonium, gerakan tangan dan kaki normal, jumlah jari lengkap, vernik kaseosa sedikit, kulit merah muda dan banyak lanugo. Ada rooting refleks, sucking refleks, glabella refleks, swallowing refleks, dan Moro refleks (+), hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan kecuali dalam pengukuran BB bayi, berdasarkan pemeriksaan kehamilan TBBJ menurut tinggi fundus uteri yaitu $33-11 \times 155 = 3410$ gram tetapi BB bayi baru lahir adalah 3500 gram hal ini bisa terjadi karena ditunjang oleh kenaikan BB ibu .

Bayi diberikan salep mata dan vitamin K satu jam setelah lahir . Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan untuk mencegah infeksi, dan pemberian vitamin K yang

diberikan secara IM dengan dosis 1 mg. Hal ini sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan (JNPK-KR, 2016).

Bayi diberikan imunisasi Hepatitis B0 pada 2 jam setelah lahir dan pada usia 1 bulan diberikan imunisasi BCG dan polio 1, menurut teori imunisasi Hepatitis B0 diberikan pada bayi baru lahir satu jam setelah Vit K, Hepatitis B0 diberikan dipaha sebelah kanan antero lateral (JPNK-KR, 2016). Namun Bayi Ny.L mendapat suntikan imunisasi Hepatitis B0 ± 14 jam kemudian yaitu pukul 05.30.

Pada saat melakukan perawatan tali pusat, tali pusat dibalut dengan kassa steril setelah dibersihkan terlebih dahulu dan ibu tidak dianjurkan untuk memberikan cairan atau bahan apapun ke tali pusat, hanya dibersihkan dengan air bersih, lalu keringkan dan tutup dengan kain kassa yang kering untuk mencegah sentuhan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa perawatan tali pusat jangan mengoleskan cairan/bahan apapun ke tali pusat, mengoleskan alkohol masih diperkenankan, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab (JPNK-KR, 2016).

Asuhan yang diberikan yaitu memastikan ibu menyusui dengan teknik yang benar dan ASI mampu memenuhi kebutuhan bayi namun sebelum kondisi ibu benar-benar lebih baik post operasi untuk memenuhi nutrisi bayi maka diberikan susu formula 20 cc 2 jam setelah bayi lahir.

4.5 Metode Kontrasepsi

Pada tanggal 29 Oktober 2017 konseling yang diberikan penulis yaitu menjelaskan beberapa metode kontrasepsi yang dapat digunakan ibu sesuai dengan keadaan ibu yang tidak ingin menambah anak lagi. Berdasarkan kondisi Ny. L ibu dianjurkan untuk memilih kontrasepsi mantap yaitu tubektomi.

Ibu bersedia menjadi akseptor kb tubektomi, ibu ingin mengetahui tentang efek samping tubektomi dan meminta penjelasan mengenai kontrasepsi ini. Kontrasepsi tubektomi/sterilisasi adalah kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur, mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Tubektomi ini sangat efektif (0,5

kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak berpengaruh terhadap produksi ASI, tidak ada efek samping dalam jangka panjang dan tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

- a. Penulis mampu melakukan asuhan kehamilan kepada Ny. L dari awal pemeriksaan kehamilan pada tanggal 27 Juli 2017 sampai dengan 28 November 2017. Ibu pertama kali mendapat tablet Fe di trimester kedua karena tidak pernah melakukan kunjungan di trimester pertama. Namun meskipun begitu, tidak mengganggu kesehatan ibu dan janin karena HB ibu masih dalam batas normal yaitu 11 gr%
- b. Persalinan Ny. L berlangsung dengan sectio cesarea dengan indikasi sosial. Ibu dan bayi lahir dalam keadaan baik pada tanggal 26 Desember 2017 pada Ny. L usia gestasi 40 minggu.
- c. Penulis mampu melakukan asuhan nifas pada Ny. L dari tanggal 26 Desember 2017 sampai 6 Februari 2018. Yaitu 6 jam post partum sampai 6 minggu post partum, selama pemantauan masa nifas, berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan tanda bahaya atau komplikasi,
- d. Penulis mampu melakukan asuhan bayi baru lahir kepada Bayi Ny. L yang berjenis kelamin perempuan, BB: 3500 gram, PB: 50 cm. Tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan salep mata dan Vitamin K 0,5 mg, dan HB 0.
- e. Asuhan pada pemakaian alat kontrasepsi pada Ny. L akseptor Keluarga Berencana tubektomi dilakukan tanggal 26 Desember 2017, saat pemasangan tidak adanya penyulit, sebelum pemasangan alat kontrasepsi ibu telah diberi konseling. Hasil dari penggunaan kontrasepsi pada Ny. L berlangsung secara baik tanpa ada komplikasi dan menyusui dengan baik dan lancar.
- f. Penulis mampu melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana dengan menggunakan SOAP.

- g. Ada beberapa kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek dalam memberikan asuhan pada Ny.L. Pertama pada kehamilan terjadi kesenjangan dimana ibu tidak pernah melakukan kunjungan ditrimester pertama. Kedua pada masa bersalin, saat observasi 3 jam post op ibu sudah diijinkan untuk makan dan minum dimana seharusnya ibu diberikan makan 8 jam post op. Ketiga pada bayi baru lahir, seharusnya bayi diberikan suntikkan imunisasi HB0 2 jam setelah lahir namun ternyata bayi baru diberikan suntikkan imunisasi HB0 pada pukul 05.30 WIB atau \pm 14 jam setelah lahir.

5.2 SARAN

a. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan asuhan sesuai standard pelayanan kebidanan yang telah diterapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang telah diberikan kepada profesi bidan. Serta diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dan *continuity of care* terhadap klien.

b. Bagi Institusi dan Pendidikan

Sebagai bahan evaluasi institusi terhadap kemampuan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan secara berkelanjutan mulai dari sejarah kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana serta perlu penambahan bahan bacaan bagi mahasiswa tentang asuhan kebidanan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Yetti. 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta. Pustaka Rihama
- Arum, Dyah Novianti Setya et al. 2017. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Jakarta. Nuha Medika
- Cunningham, et al. 2012. *Obstetri Williams Edisi 23*. Jakarta. 2012
- Dewi, V.N.L. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta. Salemba
- Dinkes. 2016. *Status derajat Kesehatan Pematangsiantar*
- Fraser, D.M & Cooper M. 2012. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta. EGC
- JNPK-KR. 2016. *Asuhan Persalinan Normal & inisiasi menyusui dini*. Jakarta. Health Service Program
- Kemenkes. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2012.pdf> (diakses tanggal 24 Maret 2018)
- _____. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2015.pdf> (diakses tgl 16 November 2017)
- _____. 2016. *Profil Kesehatan Sumatera Utara Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta. Bina Rupa Aksara Publisher
- Maryanti, D, et al. 2011. *Buku Ajar Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta. Trans Info Media
- Manuaba, Ida Ayu Candranita. 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta. EGC
- Mitayani, 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta; Salemba Medika
- Murray, Michelle & Gayle M. 2013. *Persalinan & Melahirkan Praktik Berbasis Bukti*. Jakarta. EGC
- Muslihatun, W.N. 2014. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta. Fitramaya
- Novianti, Ika S & Dwi S. 2017. Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Riskesdas 2013). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, vol. 8, no 2, dilihat 14 Januari 2017. ejournal.litbang.depkes.go.id
- Prawihardjo, Sarwono, 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka

- Rasjidi, I.2009. *Manual seksio sesarea dan laparotomi kelainan adneksia*.Jakarta: Sagung Seto
- Reeder,Martin.2011.*Keperawatan amaternitas, Volume 2 Edisi 18, Maternity Nursing Family Newborn and Woman's Health Care*. Jakarta: EGC
- Rukiah,Ai Yeyeh et al.2013.*Asuhan Kebidanan 1*.Jakarta. TIM
- Rochmah, et al.2012. *Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*.Jakarta.EGC
- Setyawan,Dodiet Aditya. 2012. *Praktik dan Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga*.
- Sondakh,Jenny JS.2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. Erlangga
- Sofian,Amru.2013.*Synopsis Obstetri*.Jakarta.EGC
- Sulistiyawati,Ari.2016. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta. Salemba Medika
- Tando,Naomy Marie.2016.*Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. In Media
- Taylor,Cynthia M. 2010. *Diagnosa Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan*.. Jakarta. EGC
- Varney,Helen, Jan K, Carolyn L, 2007.*Buku Ajar Kebidanan Ed 4*.Jakarta.EGC
- Walyani,Elisabeth Siwi. 2016. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta. Pustaka Baru Press
- Walyani,Elisabeth Siwi & Purwoastuti.2016.*Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*.Yogyakarta.Pustaka Baru Press
- Yanti.2017.*Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*.Yogyakarta.Pustaka Rihama

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

1. Nama Lengkap : LISTIARI
2. Tempat, Tanggal Lahir : Teluk Kuantan, 05 Agustus 1997
3. Domisili : Pangkalan Kerinci
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Kristen Protestan
6. Nama Orangtua
Ayah : Rensus Manurung
Ibu : Heddi Sinaga
7. Anak Ke : 3 dari 5 Bersaudara
8. Nama Saudara : Sinta Mustika Pertiwi Manurung S.Pd
Hotma Yanti Manurung Am.Keb
Siska Agus Tina Manurung
Daniel Manurung
9. Status : Belum Menikah
10. Telepon : 082160761573
11. E-mail : listiari67@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. 2003-2009 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SD NEGERI 004 Bukit Agung
2. 2009-2012 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SMP NEGERI 18 KABUPATEN SIAK
3. 2012-2015 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari SMA SWASTA PELITA PEMATANGSIANTAR
4. 2015-2018 : Mengikuti Pendidikan dan Lulus dari POLTEKKES KEMENKES MEDAN PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR