

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

PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

HOTMARINA RIASARI SIHOTANG
NIM : P0.73.24.2.15.053

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

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

LAPORAN TUGAS AKHIR

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



Disusun Oleh :

HOTMARINA RIASARI SIHOTANG
NIM : P0.73.24.2.15.053

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

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Nama Mahasiswa: HOTMARINA RIASARI SIHOTANG

NIM : P0.73.24.2.15.053

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui untuk Dipertahankan
Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir
Pematangsiantar, 14 Juli 2018

Pembimbing Utama



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

Pembimbing Pendamping



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

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



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

LEMBAR PENGESAHAN

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

Nama Mahasiswa: HOTMARINA RIASARI SIHOTANG

NIM : P0.73.24.2.15.053

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Di Uji Pada Sidang Ujian Akhir
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan
Pematangsiantar, 14 Juli 2018

Penguji I



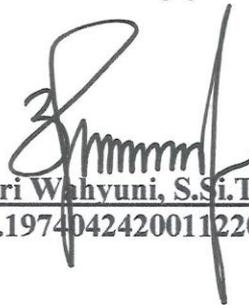
Renny Sinaga, S.Si.T, M.Kes
NIP.197310302001122001

Penguji II



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

Ketua Penguji



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

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



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga dapat terselesaikannya laporan tugas akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. D Masa Hamil, Bersalin, Nifas, BBL, dan KB di BPM L.M Kota 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 banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes, sebagai Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan, yang telah memberikan kesempatan menyusun laporan tugas akhir ini.
2. Ibu Betty Mangkuji, SST, M.Keb, sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Medan Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan menyusun laporan tugas akhir ini.
3. Ibu Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T, M.Keb, sebagai Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberikan kesempatan menyusun laporan tugas akhir ini.
4. Ibu Renny Sinaga, S.Si.T, M.Kes, sebagai pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan dan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Sri Hernawati Sirait, S.Kep.Ns, M.Kes, sebagai pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan.
6. Ibu Bidan L. Mungkur, yang telah memberikan tempat untuk melakukan asuhan pada Ny. D dari masa hamil sampai menjadi akseptor KB, juga memberikan bimbingan di BPM di Pematangsiantar
7. Ny. D yang bersedia menjadi klien masa hamil sampai menjadi akseptor KB selama penyusunan laporan tugas akhir ini.
8. Orangtua terkasih, Abang dan Adik, terimakasih atas dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga laporan tugas akhir ini selesai pada waktunya.

9. Rekan seangkatan dan pihak-pihak yang terkait Yang telah membantu saya.

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

Pematangsiantar, Juli 2018

HOTMARINA RIASARI SIHOTANG
NIM:P0.73.24.2.13.053

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR
LAPORAN TUGAS AKHIR

HOTMARINA RIASARI SIHOTANG
PO.73.24.2.15.053

Asuhan Kebidanan Pada NY. D Masa Hamil, Bersalin, Masa Nifas, BBL, dan KB
Di BPM L.M Kota Pematangsiantar

ABSTRAK

Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Beberapa Negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di Negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. D merupakan suatu proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai wewenang dan ruang lingkup praktiknya mulai masa hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana. Kerangka pikir yang digunakan dalam pemecahan masalah serta sistematis dan pengumpulan data, analisa, dan diagnosa kebidanan, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta pencatatan asuhan kebidanan.

Ny D 27 tahun, G2P1A0 pertama kali memeriksa kehamilannya usia 12 minggu. HPHT: 30-05-2017, *Continuity of care* dilakukan empat kali, tidak memiliki riwayat penyakit DM, asma, jantung, hipertensi. Kunjungan bayi baru lahir tiga kali, kunjungan nifas empat kali, dan telah mendapat pelayanan KB.

Penerapan ANC yang telah dilakukan pada Ny. D ditemukan masalah anemia ringan pada kehamilan dan telah diberikan tablet Fe dan mengonsumsi makanan yang diperkaya banyak mengandung zat besi, protein nabati, hewani dan mineral. Pada asuhan persalinan tidak ditemukan penyulit tetapi ditemukan komplikasi yaitu ibu mengalami ruptur perineum derajat II, akan tetapi masalah dapat teratasi dengan melakukan hecting derajat II dengan teknik jelujur. Dilakukan IMD selama 30 menit. Pada asuhan Bayi baru lahir tidak ditemukan penyulit dan Bayi lahir normal. Metode yang dipilih jangka pendek yaitu suntik tiga bulan.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. D saat kehamilan tidak ada keluhan serius namun Ny. D mengalami anemia ringan dan anemia pada ibu sudah diatasi. Pada asuhan persalinan ibu mengalami ruptur perieum derajat II, luka perineum sudah dilakukan penjahitan dan masalah sudah teratasi.

Kata kunci : Asuhan berkelanjutan, Anemia, Ruptur perineum.

Daftar Pustaka : 28 sumber (2010-2017)

*HEALTH POLITEKNIK KEMENKES RI MEDAN
MIDWIFERY STUDY PROGRAM PEMATANG SIANTAR
FINAL REPORT*

*HOTMARINA RIASARI SIHOTANG
PO.73.24.2.15.053*

*Midwifery Care in NY. D Pregnancy, Maternity, Postpartum Period, BBL, and KB
at BPM L.M Pematangsiantar City*

ABSTRACT

Maternal death and illness are still a serious health problem in developing countries. According to the World Health Organization (WHO) in 2014 the Maternal Mortality Rate (MMR) in the world is 289,000. Some countries have quite high MMR such as Sub-Saharan Africa 179,000 people, South Asia 69,000 people, Southeast Asia 16,000. Maternal mortality rates in Southeast Asian countries are Indonesia 190 per 100,000 live births, Vietnam 49 per 100,000 live births, Thailand 26 per 100,000 live births, Brunei 27 per 100,000 live births, and Malaysia 29 per 100,000 live births (WHO, 2014).

Midwifery care given to Mrs. D is a process to take decision and actions taken by midwife according to the authority and scope of practice starting from the period of pregnancy, childbirth, postpartum, newborns, and family planning. Thinking framework used in problem solving and systematic and data collection, analysis, and midwifery diagnosis, planning, implementation and evaluation as well as recording midwifery care.

Mrs. D 27 years old, G2P1A0 first examined her pregnancy at 12 weeks. HPHT: 30-05-2017, Continuity of care is done four times, no history of DM, asthma, heart disease, hypertension. Newborn visits three times, postpartum visits four times, and have received family planning services.

ANC application that has been done to Mrs. D found mild anemia problems in pregnancy and had been given Fe tablets and consumed fortified foods containing iron, vegetable protein, animal and minerals. Difficulty were not found in childbirth but complications were found: the mother stricken of perineal rupture, but the problem can be resolved by doing hecting degree II with the technique of brilliance. Doing IMD for 30 minutes. In care, newborns are not found to be difficulty and the baby is born normal. The short-term method is three-month injection.

Midwifery care given to Mrs. D during pregnancy there are no serious complaints but Mrs. D has mild anemia and anemia in the mother has been overcome. At maternal maternity care there is a second degree of perieal rupture, perineal wounds have been sutured and the problem has been resolved.

Keywords : Continuous care, Anemia, Perineal rupture.

Bibliography : 28 sources (2010-2017)

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan	4
1.3 Tujuan Penyusunan LTA	4
1.4 Ruang Lingkup	5
1.5 Manfaat Penyusunan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Kehamilan	7
2.2 Persalinan	21
2.3 Nifas	30
2.4 Bayi Baru Lahir	36
2.5 Keluarga Berencana	41
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	50
3.1 Asuhan Kehamilan	50
3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin	57
3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas	63
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	66
3.5 Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB	70
BAB 4 PEMBAHASAN	71
4.1 Kehamilan	71
4.2 Persalinan	73
4.3 Nifas	76
4.4 Bayi Baru Lahir	78
4.5 Keluarga Berencana	80
BAB 5 PENUTUP	82
5.1 Kesimpulan	82
5.2 Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perhitungan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh	16
Tabel 2.2 TFU berdasarkan usia kehamilan	17
Tabel 2.3. Hasil Pemeriksaan Hb	21
Tabel 2.4 TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi	32
Tabel 2.5 Nilai APGAR	37
Tabel 2.6 Durasi Kebutuhan Tidur	39
Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu	52
Tabel 3.2. Pemeriksaan APGAR Score pada BBL	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Ethical Clearance*
- Lampiran 2 Surat Persetujuan
- Lampiran 3 Partograf
- Lampiran 4 Sidik Kaki Bayi dan Jempol Ibu
- Lampiran 5 Kartu Akseptor KB
- Lampiran 6 Kartu Bimbingan LTA
- Lampiran 7 Presensi menghadiri Seminar Proposal
- Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
APGAR	: Appearance color, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
APD	: Alat Pelindung Diri
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi lahir Rendah
BCG	: Bacille Calmette Guerin
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
HB	: Haemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Massa Tubuh
INC	: Intra Natal Care
IU	: Intra Unit
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death
KIA	: Kesehatan Ibu Dan Anak
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KN	: Kunjungan Neonatal
K/u	: Keadaan umum
LILA	: Lingkaran Lengan Atas
MAL	: Metode Amenore Laktasi
MAL	: Metode Alamiah Laktasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PTM	: Penyakit Tidak Menular
PUS	: Pasangan Usia Subur
PTT	: Peregangan Tali pusat Terkendali
PI	: Pencegahan Infeksi
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDGs	: Sustainable Development Goals

SOAP	: Subjektif Objektif Assesment Perencanaan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toxoid
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
UUK	: Ubin Ubin Kecil
VDRL	: Veneral Disease Research Laboratory
VT	: Vagina Toucher
WHO	: World Health Organization
WUS	: Wanita Usia Subur
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Pelaksanaan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
TTV	: Tanda-Tanda Vital

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Beberapa Negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di Negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (Kemenkes RI, 2015).

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) 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 menjadi 7 kematian, kemudian menurun kembali pada dua tahun terakhir (pada tahun 2015 sebesar 5 kematian dan tahun 2016 sebesar 4 kematian) (Profil Kesehatan Provinsi Sumatra utara, 2016).

Menurut data Riskesdas (2013), kelompok ibu hamil merupakan salah satu kelompok yang berisiko tinggi mengalami anemia. Anemia pada populasi ibu hamil menurut kriteria yang ditentukan WHO dan pedoman Kemenkes 1999, yakni sebesar 37,1% dan prevalensinya hampir sama antara bumil diperkotaan

(36,4%) dan perdesaan (37,8%). Hal ini menunjukkan angka tersebut mendekati masalah kesehatan masyarakat berat (*severe public health problem*) dengan batas prevalensi anemia lebih dari 40% (Riskesdas, 2013).

Salah satu upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi anemia adalah dengan pemberian tablet besi (Fe) sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet besi di Sumatera Utara menunjukkan kenaikan yaitu 62,22% pada tahun 2010 menjadi 75,15% pada tahun 2011 dan 77,37% pada tahun 2012 serta meningkat menjadi 83,94% pada tahun 2013. Cakupan ini hampir sama dengan hasil Riskesdas tahun 2013 di Provinsi Sumatera Utara yaitu sebesar 83,60%. Angka cakupan pemberian tablet besi ini sudah mampu mencapai target nasional yaitu 80%. (Kemenkes RI, 2013).

Menurut data (Kemenkes RI, 2014). salah satu upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi anemia adalah dengan pemberian tablet besi (Fe) sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet besi di Sumatera Utara menunjukkan kenaikan yaitu 62,22%. Pada tahun 2010 menjadi 75,15% pada tahun 2011 dan 77,37% pada tahun 2012 serta meningkat menjadi 83,94% pada tahun 2013 dan tahun 2014 turun menjadi 80,82% walaupun mengalami penurunan angka cakupan pemberian tablet besi ini sudah mampu mencapai target nasional yaitu 80%. (Kemenkes RI, 2014).

Upaya puskesmas berkomitmen terhadap penurunan AKI dan AKB melalui upaya kesehatan-kesehatan ibu, anak, gizi, promosi kesehatan serta penyelenggaraan puskesmas PONED. Bahwa Badan kesehatan dunia (WHO) menargetkan agar minimal terdapat empat puskesmas PONED di tiap kabupaten/kota. Sampai dengan tahun 2014 jumlah kumulatif puskesmas PONED sebanyak 2.855 unit. Terdapat 347 kabupaten/kota (67,77 %) yang telah memenuhi syarat minimal tersebut, angka ini lebih tinggi di bandingkan tahun 2013 sebesar 333 kabupaten/kota (67%). Pada tahun 2014 jumlah kabupaten/kota yang hanya memiliki satu sampai dengan tiga puskesmas PONED sebanyak 130 dan terdapat 34 kabupaten/kota yang belum memiliki puskesmas PONED (Kemenkes RI, 2014).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Pematangsiantar tahun 2016 meningkat menjadi 6 per 1.000 kelahiran hidup, dibandingkan tahun 2014 dan 2015 sebesar 4 per 1.000 kelahiran hidup, angka ini masih rendah dan berkontribusi positif dalam mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan untuk AKB pada tahun 2016 ditargetkan 24 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Sumatra utara, 2016).

Penyebab kematian ibu pada saat proses persalinan yaitu Ruptur perenium. Ruptur perenium ialah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perenium juga menjadi penyebab perdarahan pasca persalinan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor maternal, faktor janin dan faktor penolong. Persalinan dengan robekan perenium apabila tidak ditangani secara efektif menyebabkan perdarahan dan infeksi menjadi lebih berat, serta pada jangka waktu panjang dapat mengganggu ketidaknyamanan ibu dalam hal hubungan seksual (Mochtar R, 2013).

Sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi, kementerian kesehatan menetapkan indikator persentase puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan persentase puskesmas melaksanakan orientasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (p4k). Untuk percepatan penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan dengan penggunaan kb. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih di titikberatkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun. Sampai tahun 2014, tempat pelayanan KB di Indonesia

didominasi oleh bidan swasta (56,34%), klinik KB pemerintah (25,15%), dokter praktik swasta (12,61%) dan tempat pelayanan KB yang paling sedikit ialah klinik KB swasta (5,89%) (Kemenkes RI, 2014).

Pada tahun 2016 di Kota Pematangsiantar paling banyak menggunakan alat kontrasepsi suntik sebesar 27,8%, jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2015 (27,6%) dan tahun 2014 (26,9%). Namun jumlah tersebut menurun dibandingkan tahun 2013 (30,1%). Peserta KB aktif yang menggunakan alat kontrasepsi MOP pada tahun 2016 sama besarnya dengan tahun 2015 yaitu sebesar 0,7%, jumlah tersebut lebih tinggi bila dibandingkan tahun 2014 (0,6%) dan tahun 2013 (0,1%) (Profil Kesehatan Provinsi Sumatra utara, 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis melakukan asuhan kebidanan *secacontinuity of care*, pada Ny. D mulai dari masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB di rumah klien di Jl. Catur, BPM L.M Jl. Kelapa kuning Pematangsiantar.

1.2. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan data diatas, maka asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) perlu dilakukan pada Ny. D 27 tahun G_{II} P₁Ab₀ dimulai pada usia kehamilan 28 minggu sampai masa KB secara berkelanjutan (*continuity of care*).

1.3. Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, Keluarga Berencana (KB) sesuai dengan standard asuhan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP dengan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2. Tujuan Khusus

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

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB .

2. Menyusun asuhan kebidanan secara kontiniu pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara kontiniu pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara kontiniu pada ibu hamil sampai bersalin, nifas, neonatus, dan KB.
5. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan metode SOAP (*Subjektif, Objektif, Assesment, Planning*).

1.4. Ruang lingkup

1.4.1. Sasaran

Asuhan kebidanan pada Ny. D G_{II} P₁Ab₀ dengan memperhatikan *continuity of care* mulai masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.4.2. Tempat

Asuhan kebidanan pada Ny. D umur 27 tahun G_{II} P₁Ab₀ dilakukan di BPM L.M Jl. Kelapa kuning Pematangsiantar dan di rumah Ny. D Jl. Catur

1.4.3. Waktu

Waktu pelaksanaan *continuity of care* pada Ny. D yaitu mulai bulan Agustus 2017 – April 2018.

1.5. Manfaat Penyusunan

1.5.1. Manfaat Teoritis

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

1.5.2. Manfaat Praktis

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, 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).

b. Fisiologi Kehamilan

1) Tanda-tanda kehamilan

a) Amenorea

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan, Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi.

b) Mual dan Muntah

Terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang-kadang oleh muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu.

c) Mengidam

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d) Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga glandula montgomery tampak lebih jelas.

e) Sering Kencing

Terjadi kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar.

f) Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

g) Pigmentasi Kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung dan dahi, kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum (Nugroho Taufan dkk, 2014).

2) Tanda Pasti Kehamilan

a) Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan multigravida pada kehamilan 16 minggu, karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu.

b) Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

c) Denyut jantung janin

Secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan Fetal Elektrokardiograph sistem Doppler pada kehamilan 12 minggu, Stetoskop Laenec pada kehamilan 18-20 minggu.

d) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparetalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Nugroho Taufan dkk, 2014).

c. Perubahan Fisiologi kehamilan

1) Saluran Reproduksi

a) Uterus

Terjadinya perubahan dinding Uterus yaitu relatif lebih tipis yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion. Selama kehamilan, pembesaran uterus terjadi akibat peregangan dan hipertrofi mencolok sel-sel otot. Meskipun mengalami penebalan yang lebih bermakna selama beberapa bulan pertama kehamilan, dinding korpus sebenarnya menipis seiring dengan kemajuan gestasi. Pada aterm, ketebalan dinding ini hanya 1 sampai 2 cm atau kurang. Pada bulan-bulan terakhir, uterus berubah menjadi suatu kantung berotot dengan dinding yang tipis, lunak, dan lentur sehingga janin dapat teraba dari luar.

b) Serviks

Serviks sudah mulai mengalami perlunakan dan sianosis mencolok. Perubahan-perubahan ini terjadi karena peningkatan vaskularisasi dan edema serviks keseluruhan, disertai oleh hipertrofi dan hiperplasia kelenjar serviks.

c) Ovarium

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

d) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan, terjadi peningkatan vaskularitas dan hiperemia di kulit dan otot perineum dan vulva, disertai perlunakan jaringan ikat dibawahnya. Meningkatnya vaskularitas sangat memengaruhi vagina dan menyebabkan warnanya keunguan (*tanda Chadwick*). Dinding vagina mengalami perubahan mencolok sebagai persiapan untuk meregang saat persalinan dan kelahiran.

2) Kulit

a) Aliran darah ke kulit

Meningkatnya aliran darah kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme.

b) Dinding Abdomen

Sejak setelah pertengahan kehamilan sering terbentuk alur-alur kemerahan yang sedikit cekung di kulit abdomen dan kadang di kulit payudara dan paha. Ini disebut *stria gravidarum* atau *stretch marks*.

c) Hiperpigmentasi

Garis tengah kulit abdomen *linea alba* mengalami pigmentasi sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan (*linea nigra*). Perubahan-perubahan pigmentasi ini biasanya hilang, atau paling sedikit berkurang nyata, setelah persalinan. Kontrasepsi oral juga dapat menyebabkan pigmentasi serupa.

d) Perubahan Vaskular

Angioma, yang disebut *vascular spider*, terbentuk pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sekitar 10 persen wanita kulit hitam. Angioma ini bermanifestasi sebagai tonjolan-tonjolan kecil merah di kulit, terutama di wajah, leher, dada atas, dan lengan, disertai jari-jari menjulur keluar dari bagian tengah lesi.

3) Payudara

Pada minggu-minggu awal kehamilan, wanita sering merasakan parestesia dan nyeri payudara. Setelah bulan kedua, payudara membesar dan memperlihatkan vena-vena halus dibawah kulit. Puting menjadi jauh lebih besar, berwarna lebih gelap, dan lebih tegak. Setelah beberapa bulan pertama, Pemijatan lembut pada puting sering menyebabkan keluarnya cairan kental kekuningan (*kolostrum*). Selama bulan-bulan tersebut, areola menjadi lebih besar dan lebih gelap.

4) Perubahan metabolik

Sebagai respons terhadap peningkatan kebutuhan janin dan plasenta yang tumbuh pesat, wanita hamil mengalami perubahan-perubahan metabolik yang besar dan intens. Jelaslah tidak ada proses fisiologis lain selama kehidupan pascanatal yang dapat memicu perubahan metabolik yang besar. Pada trimester ketiga, laju metabolik basal ibu meningkat 10 sampai 20 persen dibandingkan dengan keadaan tak hamil. Hal ini meningkat lagi sebanyak 10 persen pada wanita dengan gestasi kembar. Dari sudut pandang lain, tambahan kebutuhan total energi selama kehamilan diperkirakan mencapai 80.000 kkal atau sekitar 300 kkal/hari.

5) Perubahan Hematologis

a) Volume darah

Setelah 32 sampai 34 minggu kehamilan, hipervolemia yang telah lama diketahui besarnya rata-rata 40 sampai 45 persen di atas volume darah tak hamil.

- (a) Memenuhi kebutuhan metabolik uterus yang membesar dengan sistem vaskular yang mengalami hipertrofi hebat.
- (b) Menyediakan nutrien dan elemen secara berlimpah untuk menunjang pertumbuhan pesat plasenta dan janin.
- (c) Melindungi ibu dan, pada gilirannya, janin, terhadap efek buruk gangguan aliran balik vena pada posisi telentang dan berdiri
- (d) Melindungi ibu terhadap efek buruk kehilangan darah selama proses persalinan

b) Fungsi Imunologis

Kehamilan diperkirakan berkaitan dengan penekanan berbagai fungsi imunologis humoral dan selular untuk mengakomodasi graft janin semialogenik yang “asing”.

c) Jantung

Seiring dengan semakin terangkatnya diafragma, jantung juga tergeser ke kiri dan ke atas serta agak memutar mengelilingi sumbu

panjangnya. wanita hamil secara normal sedikit banyak mengalami efusi perikardium, yang mungkin memperbesar siluet jantung

d) Sirkulasi dan Tekanan Darah

Perubahan pada postur memengaruhi tekanan darah arteri. Tekanan arteri brakialis saat duduk lebih rendah daripada dalam posisi berbaring lateral. tekanan arteri biasanya menurun hingga nadi 24 sampai 26 minggu dan kemudian meningkat. Tekanan diastol menurun lebih daripada tekanan sistol.

6) Saluran Pernapasan

Diafragma terangkat sekitar 4 cm selama kehamilan. Sudut subkosta melebar secara bermakna karena diameter melintang sangkar toraks meningkat sekitar 2 cm. Lingkar toraks meningkat sekitar 6 cm, tetapi tidak cukup untuk mencegah pengurangan volume paru residual yang terjadi akibat naiknya diafragma. Pergerakan diafragma pada wanita hamil sebenarnya lebih besar daripada wanita tak hamil.

7) Sistem Kemih

Pada sistem kemih ditemukan sejumlah perubahan nyata akibat kehamilan. *Ukuran ginjal* sedikit meningkat. Dengan menggunakan radiografi bahwa ginjal 1,5 cm lebih panjang pada awal masa nifas dibandingkan dengan 6 bulan kemudian.

8) Saluran Pencernaan

Seiring dengan kemajuan kehamilan, lambung dan usus tergeser oleh uterus yang membesar. Karena itu, temuan-temuan fisik pada penyakit tertentu mengalami perubahan. Apendiks misalnya, biasanya tergeser keatas dan agak lateral akibat uterus yang membesar. Kadang-kadang apendiks dapat mencapai pinggang kanan.

9) Sistem Endokrin

a) Kelenjar Hipofisis

Selama kehamilan normal, kelenjar hipofisis membesar sekitar 135 persen. Meskipun diperkirakan bahwa pembesaran ini mungkin cukup untuk menekan kiasma optik dan mempersempit lapang-pandang

namun gangguan penglihatan akibat pembesaran fisiologis hipofisis selama kehamilan normal jarang terjadi.

b) Kelenjar Tiroid

Perubahan fisiologis pada kehamilan menyebabkan kelenjar tiroid meningkatkan produksi hormon tiroid hingga 40 sampai 100 persen untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Untuk mencapai hal tersebut, terjadi sejumlah perubahan yang dipicu oleh kehamilan. Secara anatomis kelenjar tiroid mengalami pembesaran selama kehamilan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

c) Kelenjar Paratiroid

Tulang meningkat selama kehamilan normal dan tidak dapat mencapai kadar dasar 12 bulan pascapersalinan. Dapat disimpulkan bahwa kalsium yang dibutuhkan untuk pertumbuhan janin dan laktasi sebagian mungkin diambil dari tulang ibu.

d) Kelenjar Adrenal

Pada kehamilan normal, kelenjar adrenal ibu tidak banyak walaupun terjadi mengalami perubahan morfologis.

e) Sistem Muskuloskeletal

Lordosis progresif adalah gambaran khas kehamilan normal. Lordosis, sebagai kompensasi posisi anterior uterus yang membesar, menggeser pusat gravitasi kembali ke ekstremitas bawah.

f) Mata

Sensitivitas kornea berkurang, dan perubahan terbesar berlangsung pada akhir gestasi. Sebagian besar wanita hamil memperlihatkan peningkatan ringan ketebalan kornea yang diduga disebabkan oleh edema. Karena itu, mereka mungkin mengalami kesulitan memakai lensa kontak yang semula nyaman.

g) Susunan Saraf Pusat

Pada wanita hamil didapatkan adanya penurunan daya ingat terkait kehamilan, yang terbatas pada trimester ketiga. Penurunan ini tidak berkaitan dengan depresi, rasa cemas, keadaan kurang tidur, atau

perubahan fisik lain yang berkaitan dengan kehamilan (Cunningham F. G dkk, 2013).

d. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Kebutuhan Fisik ibu hamil adalah sebagai berikut:

1) Oksigen

Seorang ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20 % (Nugroho Taufan dkk, 2014).

2) Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minuman cukup cairan (menu seimbang) (Romauli, 2016).

3) Personal Hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak terhadap kesehatan ibu dan janin (Nugroho Taufan dkk, 2014).

4) Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini:

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e) Pakaian dalam yang selalu bersih.

5) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena

adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus.

Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi (Romauli, 2016).

6) Seksual

Wanita hamil dapat tetap melakukan hubungan seksual dengan suaminya sepanjang hubungan seksual tersebut tidak mengganggu kehamilan.

Ada beberapa tips untuk wanita hamil yang ingin berhubungan seksual dengan suaminya :

- a) Pilih posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi wanita hamil.
- b) Sebaiknya gunakan kondom, karena prostaglandin yang terdapat dalam semen bisa menyebabkan kontraksi.
- c) Lakukanlah dalam frekuensi yang wajar, $\pm 2-3$ kali seminggu (Nugroho Taufan dkk, 2014).

e. Asuhan Kehamilan

Menurut (Rukiah dan Lia, 2014) asuhan antenatal ini dilakukan dengan cara mengumpulkan dataa dan menetpkan diagnosa rencana tindakan dan melaksanakannya untuk menjamin kemanan dan keluasan serta kesejahteraan janin selama periode kehamilan terutama pada pemeriksaan antenatal pertama ataupun ulangan. Standar minimal ANC adalah 14 T, yaitu :

1) Timbang dan ukur Tinggi badan

Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (BMI: body masa index) dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMI wanita hamil. total pertambahan BB pada kehamilan yang normal 11,5 – 16 kg adapun TB menentukan panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil antara lain <145 cm.

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Tabel: 2.1
Perhitungan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	< 19,8	12, 5-18 kg
Normal	19,8-26	11,5-16 kg
Tinggi	26-29	7-11,5 kg
Obesitas	>29	≥ 7 kg
Gameli		16-20,5 kg

Sumber: Walyani, 2015. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan. Yogyakarta Pustaka Baru Press. Hal 58.

2) Ukur tensi darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi.

3) Tinggi fundus Uteri

Apabila usia kehamilan di bawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan di atas 24 minggu memakai Mc Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus uteri memakai metlin dari tepi atas symphysis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk Badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simpisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
28 minggu	28 minggu	Di tengah, antara umbilicus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	29-35 minggu	-
36 minggu	36 minggu	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Rukiah, 2014. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta.

4) Tetanus Toxoid

Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja imunisasi pertama diberikan pada usia 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibuat jadwal pemberian imunisasi pada ibu.

5) Tablet Fe (min 90 tablet selama hamil)

Zat besi pada ibu hamil (Fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar haemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester 2, karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan 1 kali 1 perhari setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Jika ditemukan anemia berikan 203 tablet zat besi perhari.

6) Tes PMS

Penyakit menular seksual adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Akan berisiko tinggi apabila dilakukan dengan berganti-ganti pasangan. Baik laki-laki maupun perempuan bisa berisiko

tertular penyakit kelamin. Perempuan berisiko lebih besar tertular karena bentuk alat reproduksinya rentan terhadap PMS.

7) Pemeriksaan HB (Haemoglobin)

Dianjurkan pada saat kehamilan diperiksa Haemoglobin untuk memeriksa darah ibu, apakah ibu mengalami anemia atau tidak, mengetahui golongan darah ibu, sehingga apabila ibu membutuhkan donor pada saat persalinan ibu sudah mempersiapkannya sesuai dengan golongan darah ibu.

8) Pemeriksaan VDRL

Menganjurkan ibu pemeriksaan VDRL untuk mendeteksi secara dini resiko penularan penyakit IMS.

9) Perawatan payudara, senam payudara dan tekan payudara

Sangat penting dan sangat dianjurkan selama hamil dalam merawat payudara, karena untuk kelancaran proses menyusui dan tidak adanya komplikasi pada payudara, karena segera setelah lahir bayi akan dilakukan IMD.

10) Pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil

Untuk melatih nafas saat menghadapi proses persalinan, dan untuk menjaga kebugaran tubuh ibu selama hamil.

11) Temu Wicara

Anamnesa meliputi biodata riwayat menstruasi, kesehatan, kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial dan pengetahuan klien.

12) Pemeriksaan protein urine atas indikasi

Sebagai pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan protein urine, karena untuk mendeteksi secara dini apakah ibu mengalami hipertensi atau tidak. Karena apabila hasil protein (positif), maka ibu bahaya PEB.

13) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mendeteksi secara dini ditakutkan ibu mengalami penyakit DM (Diabetes Melitus).

14) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok

Diberikannya terapi tersebut untuk mengantisipasi terjadinya kekurangan yodium, dan mengurangi terjadinya kekerdilan pada bayinya kelak. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria.

f. Anemia pada Kehamilan

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah, bahkan murah. Anemia kehamilan disebut juga '*potensial danger to mother and child*' (potensi membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang berkaitan dalam pelayanan kesehatan (Manuaba dkk, 2014).

Wanita memerlukan zat besi lebih tinggi dari laki-laki karena terjadi menstruasi dengan perdarahan sebanyak 50 sampai 80 cc setiap bulan dan kehilangan zat besi sebesar 30 sampai 40 mg. disamping itu, kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Semakin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan zat besi dan menjadi anemis (Manuaba dkk, 2014).

g. Dampak Anemia pada kehamilan

Tingginya angka kematian ibu berkaitan erat dengan anemia. Anemia dapat menyebabkan rendahnya kemampuan jasmani karena sel-sel tubuh tidak cukup mendapat pasokan oksigen. Pada ibu hamil anemia menyebabkan kematian maternal, angka prematuritas, BBLR.

Pengaruh Anemia Terhadap Kehamilan yaitu:

- 1) Bahaya selama kehamilan: dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, Ketuban Pecah Dini (KPD).

- 2) Bahaya saat persalinan: gangguan His (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.
- 3) Pada kala nifas: terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.
- 4) Bahaya pada janin: janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba dkk, 2014).

h. Diagnosis anemia pada kehamilan

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual-muntah lebih hebat pada hamil muda (Manuaba dkk, 2014).

Pada pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut.

Tabel 2.3
Hasil pemeriksaan Hb

Hb	Keterangan
Hb 11 g%	Tidak anemia
Hb 9-10 g%	Anemia ringan
Hb 7-8 g%	Anemia sedang
Hb <7 g%	Anemia berat

Sumber : Manuaba dkk, 2014. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*.
Jakarta : EGC

Pemeriksaan darah dilakukan inimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu hamil (Manuaba dkk, 2014).

2.2 PERSALINAN

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik itu ibu maupun janin (Hidayat Asri & Sujiyatini, 2017).

Persalinan merupakan proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi servik sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan teratur yang mula-mula kecil kemudian terus menerus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan servik lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Johariah & Ningrum E.M, 2017).

b. Tujuan asuhan persalinan

- 1) Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
- 2) Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
- 3) Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu.
- 4) Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya (Hidayat & Sujiyatini, 2016).

c. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan.

- 1) Estrogen
 - a) Meningkatkan sensitivitas otot Rahim
 - b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostatglandin dan rangsangan mekanik.

Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Johariah & Ningrum E.M, 2017).
- 2) Teori Penurunan Progesterone

Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

 - a) Hipoksia pada myometrium yang sedang berkontraksi
 - b) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan
 - c) Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.

Peritoneum yang berada diatas fundus mengalami peregangan (Sondakh, 2013).

3) Teori Keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi factor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Sondakh, 2013).

4) Teori oksitosin internal

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks
- c) Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

5) Teori prostaglandin

- a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua
- b) Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
- c) Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan.

6) Teori hypothalamus- pituitary dan glandula suprarenalis

- a) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus
- b) Malpar pada tahun 1933 mengangkat otak kelincipercobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
- c) Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hypothalamus dengan mulainya persalinan.
- d) *Glandula suprarenalis* merupakan pemicu terjadinya persalinan.

Bagaimana terjadinya persalinan, tetap belum dapat diketahui dengan pasti, besar kemungkinan semua factor bekerjasama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifactor (Johariah & Ningrum E.M, 2017).

d. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III dan IV)

Kala I

- 1) Yang dimaksud dengan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap.
- 2) Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap.
- 3) Kala I dibagi menjadi dua fase yaitu:
 - a) Fase Laten
 - (a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
 - (b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm
 - (c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam
 - (d) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih antara 20-30 detik.
 - b) Fase aktif

Fase ini berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 macam:

 - (a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (b) Fase dilatasi maksimal
 - (c) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Johariah & Ningrum E.M, 2017).

Kala II (Kala Pengeluaran)

Pada kala II, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 cm menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflekstoris* menimbulkan rasa mencedan.

Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perenium meregang.

Lama kala II pada primigravida adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2 jam sedangkan pada multigravida adalah 0,5 jam sampai dengan 1 jam.

- 1) Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi.
- 2) Gejala dan tanda kala II persalinan
 - a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik
 - b) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
 - c) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
 - d) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vagina
 - e) Perenium menonjol
 - f) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah
 - g) Tanda pasti kala II: pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian yterendah janin di *introitus vagina* (Johariah & Ningrum E.M, 2017).

Kala III (Kala uri)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatanannya dan pengumpulan darah pada ruang utero-plasenter akan mendorong plasenta keluar.

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau kedalam vagina. Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta.

Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya (Walyani & Purwoastuti, 2016).

Kala IV (Kala Observasi)

- 1) Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.
- 2) Kala IV dimulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam
- 3) Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan pascapersalinan sering terjadi pada 2 jam pertama
- 4) Observasi yang dilakukan adalah:
 - a) Tingkat kesadaran penderita
 - b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
 - c) Kontraksi uterus, Tinggi Fundus Uteri
 - d) Terjadinya perdarahan: perdarahan normal bila tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Johariah & Ningrum E.M, 2017).

e. Tanda-tanda Persalinan

Tanda dan gejala menjelang persalinan adalah sebagai berikut :

- 1) *Lightening* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- 2) Perubahan serviks.
- 3) Ketuban pecah.
- 4) *Blood Show* (Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah).

Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi- kontraksi lemah uterus (Hidayat & Sujiyatini, 2017).

f. Faktor Yang Mempengaruhi Pada Persalinan

Faktor yang persalinan menurut Hidayat dan Sujiyatini, 2016 antara lain:

- 1) Tenaga (*Power*)

Power atau tenaga yang mendorong anak
- 2) Passage/panggul

Bagian-bagian tulang panggul, bagian-bagian pervis minor dan bidang panggul dapat mempengaruhi jalan nya persalinan.

3) Passenger/Fetus

Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, sikap janin, posisi janin, dan besarnya ukuran kepala janin.

4) Hubungan janin dan panggul

Untuk memahami keadaan janin di dalam uterus dan panggul istilah

- a) Letak : hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu.
- b) Presentasi : menunjuk pada bagian janin yang ada di atas PAP.

g. Rupture perineum

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan (Mochtar, 2013). Robekan jalan lahir selalu memberikan pendarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus. Diagnosis ruptur perineum ditegakkan dengan pemeriksaan langsung. Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteriil atau pecahnya pembuluh darah vena (Manuaba, 2010).

h. Klasifikasi Rupture Perineum

Tempat yang paling sering mengalami perlukaan akibat persalinan ialah perineum. Klasifikasi Rupture perineum Jenis robekan perineum berdasarkan luasnya adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat I : bila perlukaan hanya terbatas pada mukosa vagina atau kulit perineum
- 2) Tingkat 2 : Robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot perineum.
- 3) Tingkat 3 : perlukaan yang lebih luas dan lebih dalam yang menyebabkan muskulus sfingter ani eksternus terputus di depan (Mochtar, 2013).

i. Tanda-tanda dan gejala robekan jalan lahir

Tanda-tanda dan gejala robekan jalan lahir Tanda dan gejala robekan jalan lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien tiba-tiba mengeluh merasa sakit

- 2) Darah segar yang mengalir setelah bayi lahir
- 3) Uterus tidak berkontraksi dengan baik
- 4) Plasenta tidak normal Gejala yang sering terjadi adalah: Pucat, Lemah, Pasien dalam keadaan menggigil (Prawirohardjo, 2011).

j. Penyebab Robekan Jalan Lahir

Penyebab Robekan Jalan Lahir Yang dapat menyebabkan terjadinya robekan jalan lahir adalah Partus presipitatus.

- 1) Partus Presipitatus
- 2) Kepala janin yang besar dan janin yang besar
- 3) Presentasi defleksi (dahi, muka)
- 4) Primigravida
- 5) letak sungsang
- 6) Pimpinan persalinan yang salah
- 7) Pada obstetri dan embriotomi : ekstraksi vakum, ekstraksi forcep, dan embriotomi (Mochtar, 2013).

i. Penanganan Robekan Jalan Lahir

Penanganan Robekan Jalan Lahir Penanganan robekan jalan lahir adalah

- 1) Untuk mencegah luka yang robek dan pinggir luka yang tidak rata dan kurang bersih pada beberapa keadaan dilakukan episotomi, pada keadaan lain, cukup dengan pimpinan persalinan yang baik.
- 2) Bila dijumpai robekan perineum dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki oleh bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh.
- 3) Dengan memberikan antibiotik yang cukup
- 4) Pada luka perineum lama lakukan perineoplasti dengan membuat luka baru dan menjahitnya kembali sebaik-baiknya (Mochtar, 2013).

j. Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan man selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Tujuan

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

Terdapat lima aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek-aspek tersebut adalah

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Proses pengambilan keputusan klinik: pengumpulan data, diagnosis, penatalaksanaan asuhan dan perawatan, serta evaluasi.

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip asuhan sayang ibu dalam proses persalinan adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

3) Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan (Prawirohardjo, 2014).

4) Pencatatan/Dokumentasi

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik (memungkinkan penolong untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan). Aspek penting dalam pencatatan adalah tanggal dan waktu diberikan, identifikasi penolong, paraf dan tanda tangan penolong, mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, jelas dan dapat dibaca, ketersediaan system penyimpanan catatan, kerahasiaan dokumen (Hidayat & Sujiyatini, 2017)

5) Rujukan

Pada saat ANC jelaskan bahwa petugas akan selalu memberikan pertolongan terbaik, termasuk kemungkinan rujukan bila terjadi penyulit. Masukkan persiapan dan informasi berikut dalam rencana rujukan : siapa yang menemani ibu, tempat rujukan, sarana transportasi, siapa pendonor darah, uang, siapa yang menemani anak di rumah, persiapan merujuk (BAKSOKUDA) (Hidayat & Sujiyatini, 2017).

2.3 NIFAS

2.3.1 Konsep Dasar Nifas

a. 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 (Anggraini & Martini, 2016).

b. Tujuan Masa Nifas

Selama bidan memberikan asuhan sebaiknya bidan mengetahui apa tujuan dari pemberian asuhan pada ibu masa nifas, tujuannya diberikan asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nutrisi, diri, keluarga berencana, menyusui , pemberian imunisasi pada bayi dan dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan KB.
- 5) Mendapatkan kesehatan emosi (Ambarwati & Wulandari, 2013).

c. Tahapan Masa Nifas

Nifas terbagi menjadi 3 tahap masa nifas, yaitu :

- 1) Puerperium dini (*immediate puerperium*)

Waktu 0-24 jam post partum. yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium intermedial (*early puerperium*)

Waktu 1-7 hari post partum. kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium (*later puerperium*)

Waktu 1-6 minggu post partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi (Ambarwati & Wulandari, 2013).

d. Perubahan Fisiologi Pada Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis berikut.

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.4
TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

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

Sumber : Gavi, 2015 *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta Selatan: Pusat pendidikan dan tenaga kesehatan.

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas: bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk

menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata kira-kira 240–270 ml.

Lochea terbagi menjadi 4 tahapan :

a) Lochea Rubra/Merah (*Cruenta*)

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

b) Lochea Sanguinolenta

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

c) Lochea Serosa

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

d) Lochea Alba/Putih

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

3) Proses Laktasi

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

1) Jenis-Jenis ASI

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

2) Beberapa Hormon yang Berperan dalam Proses Laktasi

a) Hormon Prolaktin

Ketika bayi menyusui, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusui, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusui, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.

b) Hormon Oksitosin

Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadangkadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusui. Mengalirnya ASI ini disebut refleksi pelepasan ASI (Gavi, 2015).

e. Perubahan Psikologi Ibu Nifas

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2) Fase *Taking Hold*

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

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Gavi, 2015).

f. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas.

1) Kebutuhan nutrisi

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup

2) Ambulasi

Ibu yang baru melahirkan mungkin enggan untuk bergerak karena merasa lelah dan sakit, namun ibu harus dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam.

3) Eliminasi

Diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena rasa sakit.

4) Kebersihan diri/perineum

Pada ibu masa nifas sebaiknya dianjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah genitalia dengan sabun dan air. Sarankan ibu mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.

5) Istirahat

Ibu pasca

persalinan harus cukup istirahat. selapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis (Anggraini, 2016)

6) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochia telah berhenti. Sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum kehamilan pertama timbul setelah persalinan. Pada saat ini lah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB.

7) Keluarga berencana

Kontrasepsi berarti mencegah dan melawan pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi yang cocok untuk masa nifas adalah Metode Amenorhea Laktasi (MAL), Pil Progestin (mini pil), suntik progestin, kontrasepsi implant, dan alat kontrasepsi dalam Rahim.

8) Senam nifas

Senam nifas mempercepat untuk penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan, otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut (Nanny & Sunarsih, 2017).

2.4 BAYI BARU LAHIR

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500 – 4000 gram.

Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram, dan panjang badan sekitar 48-50 cm (Sondakh, 2013).

b. Tanda-tanda bayi lahir normal

1. A (*Appearance*) : Seluruh tubuh berwarna kemerahan
2. P (*Pulse*) : Frekuensi jantung >100 x/menit
3. G (*Grimace*) : Menangis, batuk/bersin
4. A (*Activity*) : Gerakan aktif
5. R (*Respiratory*) : Bayi menangis kuat

Tabel 2.5
Nilai APGAR

Skor	0	1	2
<i>Appearance color</i> (Warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse (heart rate)</i> atau frekuensi jantung	Tidak ada	<100x/i	>100x/I
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak dada respon	Sedikit gerakan mimic (perubahan mimik wajah hanya ketika dirangsang)	Menangis, batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada gerakan sama sekali	Ekstremitas dalam fleksi sedikit dan sedikit pergerakan	Gerakan aktif, pergerakan spontan
<i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur dan menangis pelan	Normal, tanpa usaha bernafas yg berlebih, menangis kuat.

Sumber: Walyani, 2016, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir Halaman 134

c. Ciri-ciri bayi normal:

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48-50 cm
- 3) Lingkar dada 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit pada saat bayi berumur 30 menit
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 x/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliput *vernix caseosa*.
- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) Reflek isap dan menelan dan moro telah terbentuk.

- 12) Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam Pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).

d. Asuhan bayi baru lahir

- 1) Menilai pernafasan secara cepat,letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu dan dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan nafas tidak terhalang.periksa ulang pernapasan bayi,sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.
- 2) Perawatan Mata
Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual).obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.
- 3) Pemeriksaan Fisik Bayi
 - a) Kepala
 - b) Mata
 - c) Hidung dan mulut
 - d) Telinga
 - e) Leher
 - f) Dada
 - g) Jantung
 - h) Abdomen
 - i) Tali pusat
 - j) Alat kelamin.
- 4) Perawatan lain-lain
 - a) Lakukan perawatan tali pusat
 - b) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah,diberikan imunisasi BCG, Polio dan Hepatitis B (Sondakh, 2013).

e. Asuhan pada bayi 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) Menolong buang air besar (BAB) pada bayi

Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga dan keenam. Feses transisi (kecil-kecil berwarna coklat sampai hijau sampai adanya mekonium) dikeluarkan sejak hari ketiga sampai keenam.

3) Menolong buang air kecil (BAK)

Fungsi ginjal yang mirip dengan fungsi yang dimiliki pada orang dewasa belum terbentuk pada bulan kedua yang dimiliki oleh bayi. Biasanya sejumlah kecil urine terdapat pada kandung kemih saat lahir tapi BBL mungkin tidak mengeluarkan urine selama 12-24 jam. Berkemih 6-10 kali dengan warna urine pucat menunjukkan masukan cairan cukup atau berkemih > 8 kali pertanda ASI cukup.

4) Kebutuhan istirahat tidur

Dalam dua minggu pertama setelah lahir. Bayi sering tidur, neonatus sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan. Menurut (Rukiah, 2013) durasi kebutuhan istirahat bayi, yaitu :

Tabel 2.6
Durasi Kebutuhan Tidur

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 : Rukiah, 2013. *Buku ajar neonatus, bayi dan balita*. Jakarta: Trans Info Media.

5) Menjaga kebersihan kulit bayi

Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum mandikan bayi periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara 36,5°C-37,5°C), jika suhu tubuh bayi masih dibawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya. 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.

6) Menjaga keamanan bayi

Jangan sesekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

7) Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi

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

- a) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 \times /i
- b) 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) Hisapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan
- e) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- f) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAB dalam 24 ajm, tinja lebek atau encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah
- g) Menggigil, rewel, lemas, ngatuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

8) Imunisasi

Imunisasi adalah cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat kedalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral (Rukiah, 2013)

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengerian Keluarga Berencana

Pengertian KB Menurut WHO (Expert Committee, 1970), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk: mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval antara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Anggraini, 2016).

b. Tujuan Program KB:

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

c. Macam-macam Kontrasepsi

1) Pil kombinasi

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron.

Jenis-jenis pil kombinasi adalah sebagai berikut :

- a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dalam dosis sama, dengan tablet tanpa hormon aktif.
- b) Bifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet Tanpa hormon aktif.
- c) Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Cara kerja alat kontrasepsi pil kombinasi adalah menekan ovulasi, mencengah implantasi, mengentalkan lendir serviks dan pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

Keuntungan:

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

Kerugian:

- a) Mahal dan membosankan karena digunakan setiap hari
- b) Mual, 3 bulan pertama
- c) Perdarahan bercak atau perdarahan, pada 3 bulan pertama
- d) Pusing
- e) Nyeri payudara
- f) Kenaikan berat badan
- g) Tidak mencegah PMS
- h) Tidak boleh untuk ibu yang menyusui (Handayani, 2017).

2) Kontrasepsi pil progestin

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesteron (Handayani, 2017).

Jenis – jenis pil progestin adalah sebagai berikut :

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

Cara Kerja kerja kontrasepsi pil progestin adalah Menghambat ovulasi, dan Mencegah implantasi.

Keuntungan pil progestin adalah Sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI, segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan.

Kerugian pil progestin adalah harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari, Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode. (Handayani, 2017).

3) Suntikan

a) Suntikan Kombinasi

Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron (Handayani, 2017).

Jenis – jenis suntik kombinasi adalah sebagai berikut :

- (a) 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol valerat.
- (b) 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat.

Mekanisme kerja suntikan kombinasi adalah Menekan ovulasi, Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Keuntungan:

- (a) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (b) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (c) Klien tidak perlu menyimpan obat
- (d) Jangka panjang.

Kerugian:

- (a) Perubahan pola haid:tidak teratur,perdarahan bercak,perdarahan sela sampai 10 hari
- (b) Awal pemakaian:mual,pusing,nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga
- (c) Klien haarus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
- (d) Penambahan berat badan. (Handayani, 2017).

b) Suntikan progestin

Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron (Handayani, 2017).

Mekanisme kerja suntikan kombinasi adalah Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Arum & Sujiyatini, 2017).

Keuntungan:

- (a) Sangat efektif
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- (d) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI (Arum & Sujiyatini, 2017).

Kerugian:

- (a) Sering ditemukan gangguan haid
- (b) Bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan
- (c) Permasalahan berat badan (Arum & Sujiyatini, 2017).

4) Implant

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Handayani, 2017).

Jenis :

- a) Norplant : Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- b) Implanon : Terdiri dari satu batang silastik lembut berongga dengan panjang kira-kira 4,0 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 ketodeogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- c) Jadena dan indoplant : Terdiri dari 2 batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm, diameter 2,5 mm, berisi 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun (Arum & Sujiyatini, 2017).

Cara kerja :

- a) Lendir serviks menjadi kental.
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- c) Mengurangi transportasi sperma.
- d) Menekan ovulasi (Arum & Sujiyatini, 2017).

Keuntungan:

- a) Daya guna tinggi

- b) Perlindungan jangka panjang (bisa sampai lima tahun untuk jenis norplant)
- c) Pengambilan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- e) Bebas dari pengaruh estrogen
- f) Tidak mengganggu proses senggama
- g) Tidak mempengaruhi ASI
- h) Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan (Arum & Sujiyatini, 2017).

Kerugian:

- a) Harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih
- b) Lebih mahal
- c) Akseptor tidak dapat menghentikan implan sekehendaknya sendiri (Handayani, 2017).

Kontra indikasi:

- a) Kehamilan atau disangka hamil
- b) Penderita penyakit hati akut
- c) Kanker payudara
- d) Kalainan jiwa
- e) Penyakit jantung,hipertensi,diabetes mellitus (Handayani, 2017).

5) Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Pengertian AKDR

AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang. (Handayani, 2017).

Cara kerja :

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, dan

memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Arum & Sujiyatini, 2017).

Jenis AKDR:

- a) AKDR yang ber kandungan tembaga, yaitu copper T (CuT 380A) dan nova T.
- b) AKDR yang ber kandungan hormon progesteron, yaitu Mirena
- c) AKDR lebih dari 20 tahun, akan didapati dalam bentuk lipes loop (terbuat dari plastik) (Meilani dkk, 2010).

Keuntungan :

- a) Efektif segera setelah pemasangan
- b) Metode jangka panjang (10 tahun)
- c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- d) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- e) Tidak mengganggu hubungan seksual
- f) Dapat dipasang segera setelah melahirkan ataupun pasca abortus (apabila tidak terjadi infeksi) (Handayani, 2017).

Kerugian :

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- b) Haid lebih lama dan banyak
- c) Perdarahan (spotting) antara menstruasi
- d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS (Handayani, 2017).

Yang Boleh Menggunakan AKDR:

- a) Ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- b) Setelah melahirkan dan menyusui ataupun tidak menyusui bayinya
- c) Setelah mengalami abortus dan tidak terjadi infeksi
- d) Resiko rendah dari IMS (Pinem, 2014).

Yang Tidak Boleh Menggunakan AKDR:

- a) Kemungkinan hamil atau sedang hamil.
- b) Perdarahan vagina yang belum jelas penyebabnya.
- c) Sedang mengalami infeksi alat genital.

- d) Kanker alat genital.
- e) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Pinem, 2014).

6) Kontrasepsi Suntik

Pengertian Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi hormonal jenis KB suntikan ini di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah dan aman. Sebelum disuntik, kesehatan ibu harus diperiksa dulu untuk memastikan kecocokannya. Suntikan diberikan saat ibu dalam keadaan tidak hamil. Umumnya pemakai suntikan KB mempunyai persyaratan sama dengan pemakai pil, begitu pula bagi orang yang tidak boleh memakai suntikan KB, termasuk penggunaan cara KB hormonal selama maksimal 5 tahun

Efektivitas :

Efektivitas kontrasepsi suntik adalah antara 99% dan 100% dalam mencegah kehamilan. Kontrasepsi suntik adalah bentuk kontrasepsi yang sangat efektif karena angka kegagalan penggunaannya lebih kecil. Hal ini karena wanita tidak perlu mengingat untuk meminum pil dan tidak ada penurunan efektivitas yang disebabkan oleh diare atau muntah.

Kerugian :

- a) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak atau amenore
- b) Keterlambatan kembali subur sampai 1 tahun
- c) Depresi
- d) Berat badan meningkat
- e) Galaktore
- f) Setelah diberikan tidak dapat di tarik kembali
- g) Dapat berkaitan dengan osteoporosis pada pemakaian jangka panjang
- h) Efek suntikan pada payudara

Keuntungan :

- a) Efektivitas tinggi
- b) Bertahan sampai 8-12 minggu
- c) Penurunan dismenorea dan menoragi yang menyebabkan anemia berkurang.
- d) Penurunan gejala pramenstruasi
- e) Penyakit radang panggul berkurang
- f) Kemungkinan penurunan endometriosis karena pengentalan lendir serviks
- g) Efektivitas tidak berkurang karena diare, muntah atau penggunaan antibiotik.

Kontraindikasi Mutlak :

- a) Kehamilan
- b) Perdarahan saluran genital dan tidak terdiagnosis
- c) Penyakit arteri berat di masa lalu atau saat ini.
- d) Kelainan lipid yang hebat
- e) Penyakit trofoblastik baru-baru ini.
- f) Efek samping serius yang terjadi pada kontrasespsi oral kombinasi (COC) yang bukan disebabkan oleh estrogen.
- g) Adanya penyakit hati, adenoma, atau kanker hati.

Kontraindikasi Relatif

- a) Penyakit sistemik kronis
- b) Faktor risiko penyakit arteri (kelainan lipid dapat memburuk karena POP)
- c) Kanker bergantung steroid seks, mis, kanker payudara.
- d) Depresi berat.

Tipe Metode

Ada dua jenis suntikan :

- a) Depoprovera

Depoprovera (disingkat DMPA) berisi depot medoksiprogesteron asetat dan diberikan dalam suntikan tunggal 150 mg secara intra muskular setiap 12 minggu. DMPA saat ini tersedia dalam spuit yang sebelumnya

telah diisi dan di anjurkan untuk diberikan tidak lebih dari 12 minggu dan 5 hari setelah suntikan.

b) Noristerat

Noristerat (disingkat NET EN) berisi noretisteron enantat dan diberikan dalam suntikan tunggal 200 mg secara intramuskular setiap 8 minggu.

Efek Samping :

- a) Sakit kepala
- b) Kembung
- c) Depresi
- d) Berat badan meningkat
- e) Perubahan mood
- f) Perdarahan tidak teratur
- g) Amenore. (Everett S, 2015)

BAB 3
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. D
DI KLINIK BIDAN L.M PEMATANGSIANTAR

3.1 ASUHAN KEHAMILAN

3.1.1 Kunjungan I

Tanggal :16 Desember 2017

Tempat : BPM L.M Jl. Kelapa Kuning Kota Pematangsiantar

Pukul :16.45 WIB

Identitas

Ibu		Suami
Nama	: Ny. D	Tn. Z
Umur	: 27 Tahun	33 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Pendidikan	: S1	S1
Pekerjaan	: Wiraswasta	Karyawan BUMN
Alamat	: JL Catur	JL Catur
	Kota Pematangsiantar	Kota Pematangsiantar

DATA OBJEKTIF (ANAMNESIS)

1. Kunjungan saat ini Kunjungan pertama Kunjungan Ulang

Keluhan utama : Tidak ada

2. Riwayat Perkawinan

Menikah : 1 Kali

Menikah umur : 22 tahun

3. Riwayat Menstruasi

a. Haid pertama : Umur 13 tahun

b. Teratur/tidak teratur : Teratur

c. Siklus : 28 hari

d. Lamanya : 3-4 hari

- e. Banyaknya : 3 x ganti doek dalam sehari
- f. Sifat darah : Kental
- g. Hari pertama haid terakhir : 03-05-2017
- h. TTP : 10-02-2018

4. Riwayat Kehamilan

- a. Riwayat ANC
 - ANC sejak umur kehamilan : 12 minggu
 - Tempat : Klinik bidan L.M
 - Frekuensi
 - Trimester I : 1 Kali
 - Trimester II : 1 Kali
 - Trimester III : 1 Kali
- b. Pergerakan janin yang pertama : 16 minggu
 - Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : Lebih dari 15 kali
- c. Pola nutrisi
 - Makan
 - Frekuensi : 3x sehari
 - Jenis : Nasi+Sayur+Lauk+Buah
 - Minum
 - Frekuensi : ± 8 gelas/ hari
 - Jenis : Air putih
- d. Pola Eliminasi
 - BAB
 - Frekuensi : ± 1 x/ hari
 - BAK
 - Frekuensi : ± 5-6 x/ hari
 - Warna : Normal
- e. Pola Aktivitas
 - Pekerjaan : Tidak terganggu
 - Seksualitas : Tidak terganggu

f. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi : 2x/ hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin : Setiap kali buang air kecil dan buang air besar

Kebiasaan mengganti pakaian dalam: 2x/ hari

g. Imunisasi

TT1 : Sudah diberikan

TT2 : Belum diberikan

5. Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	Tgl Lahir/ Umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Penolong	Bayi		Nifas	
					Ibu	Bayi		PB/BB Jenis	Keadaan	Keada an	Laktasi
1	2 tahun 7 bulan	Aterm	Normal	Klinik Bidan	Tid ak ada	Tida k ada	Bidan	48 cm /2,800 gram/ ♂	Baik	Baik	Lancar
2	K E H A M I L A N S E K A R A N G										

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Tidak ada

7. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/ sedang diderita : Tidak ada

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita : Tidak ada

c. Riwayat keturunan kembar : Tidak ada

d. Kebiasaan – kebiasaan

Merokok : Tidak ada

Minum jamu-jamuan : Tidak pernah

e. Perubahan pola makan : Tidak ada

DATA OBJEKTIF**1. Pemeriksaan Fisik**

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Stabil

b. Tanda vital

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

Suhu : 36,8°C

c. TB : 155 cm

BB sebelum hamil : 54 kg

BB setelah hamil : 58 kg

LILA : 25 cm

d. Kepala dan leher

Edema wajah : Tidak ada

Cloasma gravidarum : Tidak ada

Mata : Konjungtiva anemis dan sklera tidak ikterik

Mulut : Lidah tidak berslak dan gigi tidak ada karies

Leher : Tidak ada pembengkakan

Payudara : Tidak ada benjolan

Bentuk : Simetris

Aerola mammae : Hitam

Puting susu : Menonjol

Kolostrum : Belum ada

e. Abdomen

Bentuk : Simetris

Bekas luka : Tidak ada

Striae gravidarum : Tidak ada

Palpasi Leopold

Leopold 1 : 3 jari di atas pusat (30 cm) dan teraba bulat, melebar, dan melunak.

Leopold 2 : Bagian sisi kanan *abdomen* ibu teraba keras, panjang dan memapan

Leopold 3 : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras dan melenting

Leopold 4 : Belum masuk PAP

- TBBJ : 2.635 gram
- Auskultasi
- DJJ : Ada
- Frekuensi : 140 x/i
- f. Ekstremitas
- Edema : Tidak Ada
- Varices : Tidak ada
- Refleks patela : Kanan (+) , kiri (+)
- Kuku : Bersih
- g. Genetalia luar
- Tanda chadwich : Tidak dilakukan
- Varices : Tidak ada
- Bekas luka : Tidak ada
- h. Anus : Tidak dilakukan
- i. Hemoroid : Tidak ada

2. Pemeriksaan penunjang

- USG : Tidak ada dilakukan
- Pemeriksaan Lab Lengkap : Hb : 10,8 gr%
- Protein urin : Negatif (-)
- Glukosa urin : Negatif (-)

Analisa

1. Diagnosa : kemungkinan usia kehamilan 32-33 minggu, letak membujur, punggung kanan, presentasi kepala, belum masuk PAP, hidup tunggal *intrauterin*, ibu dengan anemia ringan. keadaan ibu dan janin baik.
2. Masalah : Ibu mengeluh sering BAK pada malam hari.
3. Kebutuhan :
 1. Cara mengatasi BAK di malam hari
 2. Informasi tentang penanganan anemia ringan.

Pelaksanaan

- 1 Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Seperti melakukan vital sign, dan hasil pemeriksaan Leopold, juga memberitahu hasil pemeriksaan kadar haemoglobin dalam darah ibu.
- 2 Beritahu ibu cara mengatasi BAK di malam hari.
Menjelaskan pada ibu tentang penyebab terjadinya sering buang air kecil malam hari dan cara mengatasinya yaitu segera BAK jika merasa ingin BAK, mengurangi konsumsi air mineral pada malam hari dapat digantikan pada siang hari untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh, membatasi minum minuman yang mengandung kafein seperti kopi, teh karena dapat menyebabkan sering BAK.
- 3 Mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan personal hygiene seperti rajin mengganti celana dalam yang basah karena ibu sering kencing dan jangan di biarkan menjadi lembab, dan beritahu ibu cara cebok yang benar yaitu di siram dari depan ke belakang.
- 4 Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe dalam kehamilan sejak ibu mengetahui kehamilannya untuk dapat membantu meningkatkan kadar Hb darah ibu, dengan meminum satu tablet per hari, di malam hari dan harus dengan air putih. Dan menganjurkan ibu tetap mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin A.
- 5 Melakukan pendokumentasian kedalam buku KIA.

Kunjungan II

Tanggal : 16 Januari 2018

Tempat : BPM L.M Jl. Kelapa Kuning Kota Pematangsiantar

Pukul : 16.00 WIB

Subjektif :

Ny. D G₁₁P₁Ab₀ usia kehamilan 35 minggu 3 hari datang ke Klinik Bidan L.M ingin memeriksakan kehamilannya, ibu belum mendapatkan TT2

Objektif

Keadaan umum baik TD 100/80mmHg, nadi 82 x/i, suhu 36,0 °C, pernafasan 20x/i, BB 60 kg, konjuntiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, TFU 33 cm, TBBJ 3.255 gr, DJJ 135x/i.

Hasil pemeriksaan laboratorium

Hb : 11 gr %

Pemeriksaan palpasi Leopold

- Leopold 1 : 3 jari di bawah Px
 Leopold 2 : Bagian sisi kanan abdomen ibu teraba keras, panjang dan memapan
 Leopold 3 : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras dan melenting.
 Leopold 4 : Sudah masuk PAP

Analisa

1. Diagnosa : G₁₁P₁Ab₀ usia kehamilan 35-36 minggu letak membujur, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP, hidup tunggal, *intrauterin*, keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Masalah : Nyeri punggung, dan susah tidur.
3. Kebutuhan :
 1. menginformasikan tentang fisiologi kehamilan pada trimester III.
 2. menginformasikan senam hamil
 3. menginformasikan tanda-tanda persalinan.
 4. menginformasikan persiapan kebutuhan persalinan dan pemberian TT2

Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dan janin baik. Pemeriksaan TD 100/80mmHg, nadi 80 x/i, suhu 36,0 °C, pernafasan 20x/i.
2. Memberitahu kepada ibu bahwa nyeri punggung yang dialami adalah hal yang fisiologi dikarenakan kepala bayi semakin turun.

3. Mengajarkan ibu melakukan senam hamil. Senam inti yang dilakukan ibu pada nyeri punggung adalah dengan gerakan melenturkan punggung yaitu dengan posisi seperti merangkak, bahu sejajar dengan kedua lengan yang dibuka sejajar dengan membuka kaki. Selanjutnya mengangkat punggung dan menundukkan kepala sambil menarik nafas sehingga nyeri pada punggung ibu berkurang.
4. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan yaitu, adanya pengeluaran darah campur lendir dari vagina, sakit yang hebat dari pinggang menjalar ke perut, adanya pengeluaran air ketuban.
5. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang pemenuhan kebutuhan fisik (persiapan pakaian ibu dan bedong bayi, serta kartu BPJS kesehatan untuk mencegah jika terjadi komplikasi) dan psikologis ibu saat menghadapi persalinan (memberikan semangat dan motivasi agar ibu tidak takut menghadapi persalinannya).
6. Melakukan pendokumentasian kedalam buku KIA.

3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Kala I

Tanggal 22 Januari 2018

Jam : 01.00 WIB

S : Ny. D dengan $G_{11}P_1Ab_0$, datang ke BPM mengatakan perut terasa mules dan ada keluar lendir campur darah. Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM, tidak ada riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, dan tidak ada riwayat alergi obat.

O : K/U Baik, TD 100/80 mmHg, N 80 x/i, S 36,6 C, P 24 x/i, konjungtiva Sedikit pucat, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol, belum ada pengeluaran kolostrum.

Palpasi :

Leopold I : TFU 2 jari dibawah prosessus xifodeus 32 cm

Leopold II : Teraba dibagian kanan abdomen ibu keras dan memapan yaitu punggung janin.

Leopold III : Bagian terbawah abdomen ibu teraba bulat dan keras yaitu Kepala.

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah memasuki PAP

Pemeriksaan dalam :

penurunan kepala 3/5 di hodge II, His 3x10' durasi 30". VT teraba porsio menipis, selaput ketuban utuh, pembukaan 4 cm.

A :

1. Diagnosa : Inpartu kala 1 fase aktif sub fase akselerasi, janin tunggal, hidup intrauterin.
2. Masalah : Nyeri perut menjalar dari pinggang hingga keperut dan keluar Lendir bercampur darah.
3. Kebutuhan : Pemantauan kemajuan persalinan

P :

Jam 01.05 wib : Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Jam 01.10 wib : Menginformasikan bahwa saat ini pembukaan sudah 4 cm. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pada saat tidak ada his.

Jam 01.20 wib : Mempersiapkan alat, obat dan alat pelindung diri (APD).

Jam 01.30 wib : Memberikan pemenuhan nutrisi ibu. Ibu menghabiskan ½ porsi dan teh manis 1 gelas.

Jam 01.40 wib : Menganjurkan ibu beristirahat.

DATA PERKEMBANGAN

Jam 05.00 wib :

S : Ibu mengatakan perut semakin mules.

O : Melakukan pemeriksaan K/U ibu baik, TD 100/80 mmHg, N 80 x/i, S 36,5 C, P 22 x/i, DJJ 142 x/i, his 4x10'40", VT didapat hasil pembukaan 8 cm, penurunan 2/5 di hodge III.

A :

Diagnosa : Ibu inpartu kala I fase aktif. Sub fase dilatasi maksimal dan keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Nyeri punggung menjalar dari pinggang hingga keperut

Kebutuhan : Pemantauan Kemajuan persalinan.

P :

Jam 05.10 wib : Menganjurkan keluarga untuk mendampingi ibu dan memberi dukungan semangat pada ibu.

Jam 05.25 wib : Memfasilitasi pemenuhan nutrisi ibu dan menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini.

Data Perkembangan Kala II

Jam 06.00 wib :

S :Ibu merasa sangat kesakitan dan terasa semakin panas dari pinggang hingga keperut, sudah ada keinginan seperti mau BAB.

O :K/U ibu baik, TD 100/80 mmHg, N: 80 x/i, S 36,6⁰C, P 24 x/i, his 5x10'45", VT pembukaan lengkap (10 cm), portio tidak teraba, penurunan kepala 1/5, kepala di hodge IV, ketuban utuh dan dilakukan amniotomi, ketuban jernih, Ubun-ubun kecil kanan depan (UKK), DJJ 146 x/i.

A :

1. Diagnosa : Inpartu Kala II dengan kehamilan aterm persalinan kala I fase aktif, janin tunggal, hidup. Intrauterin.

2. Masalah : Tidak ada

3. Kebutuhan : Ibu mulai dipimpin untuk bersalin

P :

Jam 06.00 wib : Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu akan segera bersalin. Alat sudah siap untuk digunakan.

Jam 06.05 wib : Memberikan suami untuk mendampingi, dan memberi dukungan semangat kepada ibu selama proses peralihan.

- Jam 06.15 wib : Mengajarkan ibu cara meneran dan teknik relaksasi, ibu dapat melakukan dengan baik.
- Jam 06.20 wib : Ibu mengatakan ingin meneran dan ibu dipimpin meneran, namun kepala belum juga lahir, kemudian ibu dianjurkan untuk tarik nafas panjang dari hidung dan dilepas dari mulut.
- Jam 06.30 wib : Ibu dipimpin meneran kembali pada saat ibu merasa mules, pada saat kepala tampak divulva dan diameter 5-6 cm tangan kanan penolong melindungi perenium dengan kain, tangan kiri dikepala bayi dan melakukan tekanan secara lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi. Selanjutnya membiarkan kepala bayi lahir, penolong membersihkan jalan nafas dan memeriksa apakah ada lilitan tali pusat atau tidak dan ternyata tidak ada. Peolong menganjurkan kepada ibu untuk tidak mengedan lagi. Penolong menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar dan tepatkan kedua tangan pada posisi biparietal menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, berikutnya dengan lembut menariknya kearah bawah lalu distal, kearah atas lalu distal. Kemudian tangan penolong berada pada posisi bipolda 1 jari didada dan 4 jari diskavula. Kemudian tangan kiri penolong menelurusi bayi dari punggung, bokong, kaki maka lahirnlah bayi seluruhnya
- Jam 06.35 wib : Bayi lahir spontan, menangis kuat kemudian membersihkan jalan nafas, segera mengeringkan tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu, dan tetap menjaga kepala bayi tertutup dengan baik.
- Jam 06.37 wib : Melakukan pemotongan tali pusat dengan penjepitan tali pusat dengan klem pada sekitar 3 cm dari dinding perut ibu menekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat kearah ibu (agar tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat), melakukan penjepitan dengan jarak 2 cm dari tempat penjepitan yang pertama, memegang tali pusat diantara kedua

klem tersebut dan menjepit tali pusat dengan umbilikal dan tetap menjaga kehangatan bayi kemudian melakukan IMD

Jam 06.42 Wib : Melakukan palpasi untuk menentukan janin hidup tunggal.

Kala III

Jam 06.45 wib :

S : Ibu mengatakan ada perasaan mules pada perut ibu.

O : K/Ubaik, TFU setinggi pusat, kontraksi baik dan tidak ada tanda tanda pelepasan plasenta.

A 1. Diagnosa : PIIA0 dengan kala III

2. Masalah : Tidak ada

3. Kebutuhan : pengeluaran plasenta dengan manajemen aktif kala III

P :

Jam 06. 50 Wib : Menginformasikan kepada ibu bahwa plasenta belum lahir dan ibu diberikan suntikan *oxytocin* 10 IU IM. Memindahkan klem pada tali pusat kira-kira 5-10 cm dari vulva. Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) kemudian penolong melihat tanda tanda semburan darah secara tiba tiba dan tali pusat memanjang. Tangan kiri penolong menahan fundus dan tangan kanan penolong memegang klem yang ada di tali pusat, kemudian mengarahkan tali pusat keatas lalu distal dan mengarahkan ke bawah lalu distal. Setelah plasenta tampak divulva tangan kiri penolong berada dibawah perenium untuk menampung plasenta dan tangan kanan penolong memilin plasenta searah jarum jam secara perlahan agar selaput plasenta dapat lahir dengan utuh dan tidak ada yang tertinggal.

Jam 07.00Wib : Plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap, panjang tali pusat \pm 55 cm selaput ketuban lengkap. Melakukan masase uterus, kotraksi uterus baik, kandung kemih kosong, dan

mengajarkan keluarga untuk melakukan masase dengan tangan kanan setiap 15 menit searah jarum jam.

Kala IV

S : Ibu sudah merasakan sedikit lemas dan merasa lebih tenang.

O : K/U Baik, TD: 100/ 70 mmHg, N 80 x/i, S 36,5⁰C, P 22 x/i. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea rubra normal.darah ± 300cc

A :

1. Diagnosa : P_{II} Ab₀ dengan post partum kala IV
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : penjahitan perenium dan pengawasan kala IV

P :

Jam 07.10 wib : Memberitahu kepada ibu tindakan yang akan dilakukan dengan melakukan penjahitan perenium dan terlebih melakukan penyuntikan lidocain 1 ampul pada daerah luka perenium, kemudian melakukan penjahitan perenium dengan teknik penjahitan jelujur didalam 3 dan 2 diluar dengan menggunakan cutgut.

Jam 07.30wib : Memberikan asuhan sayang ibu dengan mengestimasi perdarahan memantau keadaan ibu, darah 300cc, keadaan kandung kemih kosong kemudian membersihkan ibu dan memasangkan doek kepada ibu.

Jam 07.45 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu TD 100/80 mmHg, N 78x/i, P 22x/i, memfasilitasi ibu terhadap pemenuhan nutrisi ibu yaitu makan dan minum.

Jam 08.00 wib: Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 100/80 mmHg, N 80x/i, S 36,5⁰C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik.

Jam 08.15 wib: Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 100/70 mmHg,N 78x/i, S 36,5⁰C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawahpusat, jumlah perdarahan normal, kontraksi baik.

Jam 08.30 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 100/80 mmHg, N 80x/i, S 36,5⁰C, P 20x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal \pm 50 cc, kandung kemih telah dikosongkan (urine \pm 150 cc) dan kontraksi baik.

Jam 09.00 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 100/80 mmHg, N 82x/i, S 36,6⁰C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik.

Jam 09.30 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu, TD 100/80 mmHg, N 80x/i, S 36,6C, P 22x/i, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik. Urine 150 cc.

3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Kunjungan I

Tanggal 22 Januari 2018

Jam 12.50 Wib

Di BPM oleh bidan L.M

S : Ny. D melahirkan 6 jam yang lalu, mengatakan masih sedikit lelah dan mengeluh perih pada luka jahitan

O : K/U Baik, TD 100/70 mmHg, N 80x/i, S 36,6⁰C, P 22x/i. Payudara bersih, putting susu menonjol, tidak ada tanda-tanda perdarahan, ASI ada, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, perdarahan normal (\pm 40 cc), lochea rubra, kandung kemih kosong, luka jahitan masih basah.

A :

1. Diagnosa : P₁₁ Ab₀ 6 jam post partum
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Pemberian ASI dan perawatan luka perineum

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan keadaan umum ibu baik
2. Memberitahukan kepada ibu cara perawatan luka pada perenium, dengan cara membersihkan dengan air bersih dengan menggunakan sabun yang dimulai dari atas hingga kebawah kemudian dibilas dengan air bersih,

kemudian dikeringkan dan diberikan betadine lalu dipasangkan dengan doek.

3. Menjaga daerah vulva dan perenium ibu selalu dalam keadaan kering dan bersih
4. Menyarankan ibu untuk mengkomsumsi nutrisi dan makanan bergizi serta mengkomsumsi kebutuhan cairan dalam tubuh sedikitnya minum 8 gelas sehari.
5. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi dan tetap menjaga kehangatan bayi.

Kunjungan II

Tanggal 28 Januari 2018

Jam 17.00 Wib

Di Rumah Ny. D

S : Ny. D melahirkan 6 hari yang lalu. Mengatakan sekarang sudah merasa lebih sehat. ASI sudah keluar banyak dan bayi hanya diberikan ASI saja.

O : K/U Baik, TD 100/ 80 mmHg, N 80 x/i, P 22 x/i, S 36,5⁰C. Tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, TFU pertengahan pusat dan simfisis, kontraksi baik, lochea sanguinolenta berwarna merah kekuningan, kandung kemih kosong penjahitan luka perenium sudah kering.

A :

1. Diagnosa : Ny. D post partum 6 hari dengan keadaan normal
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Pemenuhan nutrisi yang cukup dan perawatan luka perenium.

P :

1. Memberitahu bahwa kondisi ibu baik, involusio uterus berjalan normal dengan cara melakukan palpasi pada abdomen ibu dan memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti demam, bengkak pada kaki, payudara bengkak, dan bayi tidak mau menyusui
2. Melakukan observasi terhadap cara ibu menyusui bayinya dan mengingatkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri dan bayinya.

3. Mengajarkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi dan banyak minum.
4. Mengajarkan ibu untuk tetap melakukan personal hygiene.
5. Mengajarkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan tetap menjaga kebersihan bayinya.

Kunjungan III

Tanggal 05 Januari 2018

Jam 16.00 WIB

Di Rumah Ny. D

S : Ny. S nifas 2 minggu, ibu mengatakan sudah sangat pulih seperti sebelum hamil, ibu sudah bisa merawat bayinya sendiri. Ibu mengatakan sudah mendapatkan nutrisi yang baik.

O : K/U Baik, TD 100/ 80 mmHg, N 80 x/i, P 22 x/i, S 36,5⁰C. Tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, TFU sudah tidak teraba lagi pengeluaran lochea berwarna putih.

A :

1. Diagnosa : Ny. D post partum 2 minggu dengan keadaan normal
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : pemenuhan nutrisi dan pemberian ASI

P :

1. Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik.
2. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat yang cukup.
3. Memastikan ibu tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

Kunjungan IV

Tanggal 5 Maret 2018

Jam 16.30 WIB

Dirumah Ny. D

S : Ny. D nifas 6 minggu, ibu mengatakan sudah pulih seperti sebelum hamil, ibu sudah bisa melakukan pekerjaan rumah sendiri dan juga

merawat bayinya, ibu mengatakan tidak ingin hamil dalam waktu dekat.

O : K/U baik, TD 100/80 mmHg, N 80x/i, P 22x/i, S 36,5C, tidak ada tanda tanda peradangan, ASI ada, TFU sudah tidak teraba lagi, tidak ada pengeluaran lochea.

A :

1. Diagnosa : Ny. D post partum 6 minggu dengan keadaan normal

2. Masalah: Tidak ada

3. Kebutuhan : Konseling KB secara dini dan melihat pemberian ASI eksklusif

P

1. Memberitahu ibu bahawa hasil dalam keadaan baik

2. Memastikan ibu tetap memberikan ASI eksklusif

3. Memberikan konseling KB secara dini dan ibu ingin menjadi akseptor KB karena ingin menunda kehamilan.

3.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Tanggal 22 Maret 2017

Jam : 16.00 WIB

Di BPM oleh bidan L.M

S : Bayi Ny. D baru lahir pukul 06.35 wib, dengan keadaan baik dan sehat, segera menangis dan bergerak aktif, bayi sudah BAB dan BAK

O : Bayi laki-laki lahir spontan, bayi mengangis, Reflek moro baik, reflek palmar graps baik, reflek sucking baik, reflek rooting baik, berat badan 3000 gram, panjang 50 cm, lingkaran kepala 33 cm dan lingkaran dada 34 cm. Tidak ada kelainan kongenital

Tabel 3.2
Pemeriksaan APGAR Score pada BBL

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

A :

1. Diagnosa : Bayi lahir spontan
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan :Penkes tentang pemberian ASI, menghangatkan tubuh bayi dan memberikan salep mata tetrasiklin 1% dan suntikan Vit K.

P :

1. Memeriksa keadaan umum bayi.
2. Memberi bayi ASI.
3. Melakukan perawatan tali pusat dengan cara menjaga kebersihan dan membungkusnya dengan kain kasa steril.
4. Menjaga kehangatan bayi dengan cara membedong bayi

Kunjungan I

Tanggal 23 Januari 2018

Jam 07.00 WIB

Di Rumah Ny. D

S : Bayi Ny. D dengan keadaan baik dan sehat, segera menangis dan bergerak aktif, ibu mengatakan bahwa bayi nya menghisap ASI dengan baik.

O : Keadaan bayi baik, Nadi 144x/i, Suhu 36,7°C, RR 48x/i, tali pusat tidak ada perdarahan

A :

1. Diagnosa : bayi baru lahir 1 hari
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Memandikan bayi dan perawatan tali pusat serta pemberian ASI

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayinya baik dan sehat
2. Memberitahukan kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dengan cara membedong baik dengan benar, serta meminta ibu untuk mengganti pakaian bayi segera jika basah.
3. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga tali pusat agar tetap kering.
4. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI dengan interval 1-2 jam kepada bayi.
5. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berbau dan berbau.

Kunjungan II

Tanggal 25 Januari 2018

Jam 17.00 WIB

Di Rumah Ny. D

S : Bayi Ny. D umur 3 hari, ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan sudah bisa menyusu dengan baik, tali Pusat belum pupus

O : K/U Baik, N 124 x/i', P 45 X/i', S 36,5 °C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, reflex baik kesadaran komposmentis, nadi 134x/i, pernafasan 50x/i, suhu 36,3°C, berat badan 3000 gram, tidak ada tanda-tanda perdarahan atau infeksi dan tali pusat belum pupus

A :

1. Diagnosa : Bayi baru lahir umur 3 hari
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : pemberian ASI

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan baik.
2. Menganjurkan ibu tetap menjaga kehangatan bayi dan kebersihan bayi.
3. Menganjurkan ibu tetap memberikan Asi Eksklusif.

Kunjungan III

Tanggal 29 Januari 2018

Jam 11.00 WIB

Dirumah Ny. D

S : Ibu mengatakan bayinya tidak rewel, ibu hanya memberikan ASI saja dan bayinya menghisap dengan baik.

O : K/U baik, N 124x/i, P 48x/i, S 36,7C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, refleks baik, bayi mengalami peningkatan berat badan 3000 gram.

A :

1. Diagnosa : bayi lahir umur 1 minggu.
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Pemberian ASI eksklusif dan perawatan bayi.

P :

1. Memberitahu ibu pemeriksaan yang dilakukan dan ibu memahaminya
2. Tetap menganjurkan ibu melakukan pemberian ASI eksklusif
3. Memberitahu ibu tetap menjaga kebersihan bayi
4. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan dan ibu memahaminya
5. Memberitahu kepada ibu bahwa bayinya akan diberikan suntikan BCG dan Polio 1.
6. Memberitahu ibu jadwal pemberian imunisasi kepada bayi dan ibu mengerti.
7. Menganjurkan ibu tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi dan tetap menjaga kebersihan pada bayi.

3.5 Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

Tanggal : 15 Februari 2018

Jam 17.00 WIB

- S** : Ingin menjadi akseptor KB suntik 3 bulan karena ingin menjarangkan kehamilan 2 tahun, postpartum 42 hari dan telah haid hari ke-5, sudah konseling dan menandatangani informed consent.
- O** : K/u Baik, TD 100/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,5°C, P 24 x/menit. TFU tidak teraba diatas simfisis.
- A** : P_{III} A₀ ibu akseptor KB suntik.
Kebutuhan : Informasi dan penyuntikan KB suntik
- P** : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
2. Memberitahu ibu keuntungan dan kekurangan pemakaian KB suntik.
3. Memberitahu ibu efek samping pemakaian KB suntik.
4. Melakukan penyuntikan depoprovera yang tidak memiliki pengaruh terhadap ASI secara IM dengan benar.
5. Menjelaskan tentang kunjungan ulang tanggal 1 Agustus 2018, dasar menghitung kunjungan ulang hari – 7, bulan + 3.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pembahasan pada kasus ini perbandingan antara teori dengan asuhan kebidanan yang komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. D umur 27 tahun, dimulai pada usia kehamilan trimester I yaitu 12 minggu tanggal 1 Agustus 2017, persalinan, postpartum (nifas), bayi baru lahir, dan menjadi aks L.M Jl. Kelapa Kuning Kota Pematangsiantar

4.1 Kehamilan

Selama kehamilan, Ny. D memeriksakan kehamilannya sebanyak 6 kali, yang terdiri dari satu kali trimester I, dua kali trimester II, dan tiga kali pada trimester III. Hal ini sesuai dengan teori (Sulistyawati, 2016) yang menyatakan bahwa pemeriksaan kehamilan dilakukan sedikitnya 4 kali kunjungan yaitu satu kali kunjungan selama trimester pertama (<14 Minggu), satu kali kunjungan trimester kedua (14-28 minggu), dan dua kali kunjungan selama trimester ketiga (28-40 minggu). Penulis melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali sejak usia kehamilan 17 minggu - 39 minggu. Pengkajian data yang ditemukan oleh penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

Kunjungan kehamilan yang telah dilakukan ibu sesuai dengan teori kebijakan pemerintah ANC dalam Walyani (2015) yang dilakukan minimal 4 kali kunjungan selama kehamilan. Dalam Antenatal Care ini pelayanan standard yaitu berdasarkan teori terdiri dari 14 T yaitu Tinggi badan/ Timbang berat badan, Tekanan darah, Tinggi fundus uteri, Tetanus toxoid. Tablet besi, Tes penyakit Menular seksual (VDRL), Temu wicara, Tes pemeriksaan HB, Tes pemeriksaan urine protein, Tes reduksi urine, Tekan pijat payudara (perawatan payudara), Pemeliharaan Tingkat kebugaran (senam hamil), Terapi yodium kapsul, Terapi obat malaria. Pada Ny. D hanya mendapatkan 11T, tes penyakit menular seksual (VDRL), terapi obat malaria tidak dapat diterapkan karena tidak ada indikasi pada ibu dan daerah tempat tinggal Ny. D bukan daerah endemik.

Dengan pemeriksaan ANC pada ibu dapat dideteksi sedini mungkin sehingga diharapkan ibu dapat merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinannya. Pentingnya pelayanan ANC karena setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya (Manuaba dkk, 2014). Timbang berat badan, menurut Walyani (2015) rata-rata kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg. Maka hasil pemeriksaan BB ibu sebelum hamil 54 kg dan setelah hamil adalah 60 kg, jadi kenaikan berat badan ibu selama hamil 6 kg. Maka kenaikan berat badan Ny. D selama masa kehamilan adalah normal sesuai dengan teori

Faktor yang mempengaruhi besarnya kebutuhan berat badan, apakah wanita tersebut memiliki berat badan normal, kurang atau lebih sebelum hamil, metode yang digunakan dalam menentukan kondisi berat badan adalah *Body mass Indeks* (BMI), BMI diinterpretasikan dalam kategori sebagai berikut, berat badan kurang atau rendah <19,8 normal 19,8 sampai dengan 26,0, berat badan lebih atau tinggi 26,0 sampai dengan 29 dan obesitas jika >29 (Rukiah dkk, 2011) sehingga indeks masa tubuh pada Ny. D masih dalam batas normal 25. Maka tidak ada kesenjangan teori dengan praktek.

Tinggi badan diukur dalam cm tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproporian* (CPD) (Walyani, E.S. 2015). Dalam pemeriksaan tinggi badan Ny. D adalah 155 cm, maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan.

Imunisasi TT telah didapatkan ibu sebanyak 2 kali dengan interval pemberian 4 minggu. Imunisasi TT₁ didapatkan ibu pada tanggal 16-12-2017 dan TT₂ pada tanggal 16-01-2018. Interval 4 minggu untuk imunisasi TT adalah ketentuan yang ada pada standart asuhan yang dilakukan. Maka, pada Kasus Ny. D pemberian imunisasi TT normal. Telah dilakukan kepada ibu, dimana dari anamnesa dan pemeriksaan tidak ada tanda penyulit.

Pemeriksaan protein urine dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil, protein urine dilakukan untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi (Walyani, 2015), dilakukan pemeriksaan protein urine pada ibu dan

hasilnya negatif maka Ny. D tidak ada didapatkan tanda penyulit selama kehamilan.

4.2 Persalinan

Kala I

Pada tanggal 22 Januari 2018 pukul 23.50 wib, Ny. D datang ke klinik bidan dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dari vagina, terasa sakit pada daerah pinggang menjalar ke daerah perut bagian bawah. Menurut teori dalam (Rukiah dkk, 2015) mengatakan bahwa tanda-tanda persalinan yaitu kekuatan his semakin sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek, dapat terjadi pengeluaran pervaginam yaitu pengeluaran lendir bercampur darah, dapat juga disertai ketuban pecah. Hasil dari data yang ditemukan oleh penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Pada kala I kasus ini, persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (rohani 2015). Pada kala I kasus didasari dengan rasa mules yang dirasakan ibu sejak pukul 23.50 Wib dengan frekuensi his 2x10'x30".

Pada pukul 00.10 wib dilakukan pemeriksaan dalam didapat pembukaan 4 cm, membantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman, ibu dapat mengubah posisi secara teratur, kemudian pada pukul 05.00 dilakukan pemeriksaan dalam dan didapat pembukaan 8 cm, kemudian pada pukul 06.25 wib didapat pembukaan lengkap 10 cm, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan pada pembukaan lengkap penurunan bagian terbawah janin selama 6 jam (Walyani, 2016) kala I berlangsung selama 13 jam dan pada multigravida berlangsung 7-8 jam (Rohani, dkk 2011) dan ternyata Ny. D pada kala I berlangsung selama 7 jam dan kebutuhan nutrisi ataupun cairan pada NY. D diberikan banyak minum untuk mencegah dehidrasi dan ini tidak ada kesenjangan antara teori.

Pada kala I penulis memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan yang diberikan, anamnesa, dan observasi langsung, pemeriksaan fisik : inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi dengan hasil pemeriksaan: Leopold I Tinggi

Fundus Uteri 3 jari dibawah proscus xifodeus teraba lunak. Leopold II bagian kanan abdomen ibu teraba keras, panjang dan memapan, sedangkan bagian kiri abdomen ibu teraba bagian bagian terkecil janin. Leopold III bagian terbawah janin teraba keras, bulat dan leopold IV bagian terbawah sudah masuk PAP, dengan DJJ 140x/menit (teratur).

Penulis memberikan asuhan sayang ibu, asuhan yang diberikan adalah:

1. Merubah posisi ibu dengan posisi yang dapat mempercepat persalinan
2. Menghadirkan pendamping dalam persalinan
3. Mengajarkan teknik bernafas kepada ibu saat ada kontraksi, dengan tujuan untuk mengurangi rasa nyeri akibat kontraksi dan mengupayakan aliran oksigen ke janin tidak terganggu.

Asuhan yang diberikan sesuai dengan standart kebidanan.

Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir. Pada saat ibu memasuki kala II, pembukaan sudah lengkap, ketuban sudah pecah dan kepala bayi sudah turun di Hodge IV (1/5), ibu dipimpin untuk meneran jika ada tanda dan gejala kala II seperti adanya dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, vulva membuka, perineum menonjol, dan adanya keinginan seperti ingin BAB.

Pada pukul 06.30 bayi lahir tindakan yang dilakukan penolong adalah membersihkan jalan nafas, dengan mengisap lendir dari mulut dan hidung menggunakan Slim Zwinger, melakukan rangsangan taktil, dan menjaga kehangatan bayi, pernafasan bayi sudah membaik pada menit kedua, lalu penolong melakukan IMD. IMD berhasil pada menit ke 20 selama ± 8 menit kemudian bayi dibedong agar bayi tetap hangat.

Kala II pada Ny. D berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap pukul 06.25 WIB dan bayi lahir spontan pukul 06.30 WIB. Menurut teori dalam (Prawiroharjo S, 2010) Kala II lama adalah tidak ada penurunan kepala 60 menit untuk primipara dan 30 menit pada multipara. Hasil dari data yang ditemukan oleh penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Kala III

Tanda-tanda pelepasan plasenta dari uterus adalah tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah, bentuk uterus menjadi lebih bulat (JNPK-KR. 2014) Kala III ditegakkan setelah bayi lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir penolong memastikan bahwa tidak ditemukan janin kedua dalam perut ibu. Tanda-tanda pelepasan plasenta dari uterus adalah tali pusat bertambah panjang, adanya semburan darah, dan bentuk uterus menjadi lebih bulat. Kemudian penolong melakukan manajemen aktif kala III dengan cara melakukan penyuntikan oksitosin 10 Unit secara IM, melakukan PTT dan masase uterus, plasenta lahir spontan dan lengkap pukul 06.40 WIB dengan jumlah kotiledon 20 buah, selaput ketuban utuh, dan panjang tali pusat ± 55 cm.

Menurut teori lamanya kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya 5-30 menit setelah bayi lahir (Rohani dkk, 2011). Dalam kasus Ny. D kala III berlangsung selama 10 menit, ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan.

Selanjutnya melakukan evaluasi adanya robekan perineum derajat II yaitu dari mukosa vagina sampai otot perineum. Kemudian melakukan anastesi menggunakan lidocain 1% dilanjutkan penjahitan luka perineum teknik jelujur dan simpul menggunakan nald heating bulat dan benang catgut (Mochtar, 2013).

Pada Ny. D terdapat laserasi jalan lahir derajat dua, robekan mengenai selaput lender vagina dan otot sfingter transversalis, tetapi tidak mengenai spingter ani, dan akan lakukan penjahitan laserasi perineum derajat dua yang bertujuan menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah. Maka dari hasil pemeriksaan sesuai dengan teori.

Kala IV

Ibu sudah merasa lebih tenang dan lebih baik, rasa nyeri pada vulva dan perenium. Ibu inpartu kala IV keadaan umum ibu baik. Memberikan asuhan sayang ibu dengan membersihkan ibu, mengganti pakaian ibu dan memakaikan doek dan mengajarkan ibu untuk melakukan masase perut ibu.

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. pengawasan ini dilakukan selama kurang 2 jam. Dalam tahap ini ibu akan mengeluarkan darah dari vagina tetapi tidak banyak, komplikasi yang dapat terjadi setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika terjadi pendarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan segera (Walyani, 2015).

Pada Ny. D masih mengeluarkan darah dari vagina tetapi sedikit berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan. Hasil observasi pada ibu selama 2 jam postpartum tidak ditemukan tanda-tanda membahayakan, baik dari ibu maupun dari bayinya. Penulis memberikan konseling tentang bagaimana cara menyusui yang benar dan cara personal hygiene yang baik. Asuhan kebidanan pada ibu postpartum sesuai dengan standart kebidanan. Maka dari hasil pemeriksaan sesuai dengan teori.

4.3 Nifas

Dalam masa ini Ny. D telah mendapatkan 4 kali kunjungan nifas yaitu 6 jam, 6 hari postpartum, 2 minggu postpartum dan 6 minggu Pelayanan tersebut sesuai dengan program dan kebijakan mengenai kunjungan nifas yang dilakukan selama 4 kali. Berdasarkan kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan Ny. D dari kunjungan 6 hari sampai 42 hari postpartum tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun. Hasil dari data yang ditemukan oleh penulis tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. D didapatkan TFU 2 jari dibawah pusat segera setelah plasenta lahir. Menurut teori dalam (Rukiah dkk, 2011) segera setelah plasenta lahir, uterus berada 1-2 jari dibawah pusat. Hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Kunjungan I (6 jam post partum) pada tanggal 22 Januari 2018 pada pukul 12.50 wib, keadaan umum ibu baik, TD 100/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Pols 22x/menit Suhu 36,6 °C, puting susu menonjol, ASI keluar. Tidak ada tanda tanda peradangan perdarahan. TFU 2 jari di bawah pusat, lochea rubra, kandung kemih

kosong, kontraksi uterus baik. Menurut teori yang menyatakan bahwa tinggi fundus uteri pada 6 jam postpartum adalah 2 jari dibawah pusat dan terjadi pengeluaran lochea rubra selama 2 hari pasca persalinan. Kunjungan ini bertujuan untuk mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling pada ibu bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi (Marmia, 2015).

Pada Ny. D juga dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara miring kiri, kanan, dan segera bangun dari tempat tidur yang bertujuan untuk mencegah terjadinya thrombosis vena dan juga melancarkan sirkulasi peredaran darah dan pengeluaran lochea. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Kunjungan II (6 hari post partum) pada tanggal 28 Januari 2018 pukul 17.00 wib, keadaan umum ibu baik TD 100/80 mmHg, Nadi 80x/menit, P 22x/menit Suhu 36,5⁰C TFU pertengahan pusat dengan simfisis, lochea sanguinolenta, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong. Kunjungan ini bertujuan untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, menilai adanya tanda-tanda demam, tidak ada perdarahan abnormal, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi, dan perawatan tali pusat (Marmi, 2015). Maka hasil pemeriksaan sesuai dengan teori.

Kunjungan III (2 Minggu postpartum) pada tanggal 05 Januari 2018 pukul 16.00 wib, keadaan umum ibu baik TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Pols 22 x/menit, Suhu 36,5⁰C bertujuan untuk menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik (Walyani, 2015). Hasil pemeriksaan pada Ny. D adalah tinggi fundus uteri pada 2 minggu postpartum sudah tidak teraba lagi dan pengeluaran lochea serosa, berwarna kekuningan atau kecoklatan, ibu memakan makanan bergizi, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan

sesuai dengan kebutuhan bayi, memberikan konseling untuk KB secara dini. tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Kunjungan IV (6 minggu post partum) pada tanggal 05 Maret 2018 pukul 16.30 wib, keadaan umum ibu baik TD 100/80 mmHg, Nadi 80x/i, Pols 22x/i, Suhu 36,5C, tidak ada tanda tanda peradangan, ASI ada, TFU tidak teraba lagi, dan tidak pengeluaran lochea, tidak ada ditemukan kesenjangan teori dan praktek.

penulis melakukan kunjungan nifas, sesuai dengan program yang ada dan hasilnya masa nifas Ny. D berlangsung secara normal tanpa ada komplikasi seperti adanya perdarahan, sub involusi, dan infeksi. Selama melakukan kunjungan nifas penulis melakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas yaitu, menjaga kesehatan bayi baik fisik dan psikologi, menganjurkan ibu untuk sering membersihkan alat genitalia dan melihat pengeluaran ASI.

4.4 Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dikatakan normal jika mempunyai beberapa tanda tanda (reaksi terhadap rangsangan) menangis, *Activity* (tonus otot) gerakan aktif, *Respiration* (usaha nafas), dan segera setelah bayi lahir letakkan diatas kain bersih yang telah disediakan diatas perut ibu pastikan area tersebut bersih dan kering untuk tetap menjaga kehangatan bayi (Rukiyah 2013).

Bayi Ny. D lahir spontan pada tanggal 22 Januari pada pukul 06.30 wib, telah menangis kuat, warna kulit kemerahan, frekuensi jantung 130x/menit, gerakan aktif, pernafasan 40x/menit, jenis kelamin laki laki, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, asuhan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah bebaskan jalan nafas, mengeringkan bayi, memotong tali pusat, menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, pencegahan infeksi.

Untuk memperlambat ikatan batin antara ibu dan bayi, setelah dilahirkan sebaiknya bayi langsung diletakkan diatas dada ibunya sebelum bayi dibersihkan, sentuhan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antara ibu dan bayi (rukiah 2010) , maka bayi Ny. D setelah lahir langsung diletakkan diatas dada ibunya. Maka hasil pemeriksaan sesuai dengan teori.

Pada pukul 08.30 wib bayi Ny. D dalam kondisi baik, Apgar score 9/10, jenis kelamin laki laki, berat badan 3.000 gram, panjang badan 50 cm,lingkar dada 34cm dan lingkar kepala 33 cm, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning, tidak ada perdarahan tali pusat, anus tidak ada kelainan, refleks baik, tidak ada cacat kongenetal. Asuhan yang diberikan adalah menganjurkan ibu tetap memberikan ASI sesering mungkin, bayi telah diberikan salep mata tetrasiklin 1% dan suntikan Vit K.

IMD berhasil. Bayi sudah mendapatkan ASI walaupun yang didapat sedikit, bayi sudah BAB dan BAK. Mekanisme pengaturan temperature bayi belum berfungsi sempurna, oleh karena itu jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia dan beresiko mengalami kesakitan bahkan kematian (Rukiah dkk, 2010). Maka asuhan yang dilakukan adalah memberikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi dan kebersihan bayi, pemberian ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar dan perawatan tali pusat, kemudian menganjurkan ibu untuk memberikan ASI setiap 2 jam sekali. . Maka hasil pemeriksaan sesuai dengan teori.

Pada tanggal 22 Januari 2018 pada pukul 06.40 wib, bayi telah mendapatkan ASI dan tali pusat dibungkus dengan kain kasa sering, dilakukan kontak kulit dengan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi, tidak ada tanda tanda peradangan atau infeksi, dan tidak ada kelainan kongenital

Pada tanggal 22 Januari 2018 pada pukul 10.00 wib, berat badan 3000 gram, nadi 134x/i, pernafasan 50x/i, suhu 36,3C, bayi telah mendapatkan imunisasi Hb0 secara IM. Memberikan imunisasi Hb0 segera setelah bayi lahir atau 0- 7 hari untuk mecegah penyakit hepatitis (Rukiyah dkk, 2010), dan menilai apakah bayi mengalami tanda tanda ikterus, dan menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi.

Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan menyusu dengan baik. Keadaan umum baik, Nadi 124x/menit, RR 45x/menit, Suhu 36,5 C tali pusat sudah puput, kemudian penulis menginformasikan tentang perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI dan mengganti popok bayi sesaat bayi BAB dan BAK, setelah

melakukan pengkajian pada bayi baru lahir, maka penulis menyimpulkan bahwa bayi baru lahir dalam keadaan baik, tidak ada terjadi komplikasi.

Pada tanggal 23 Januari 2018 pada pukul 17.00 wib, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, refleks baik, bayi tetap diberikan ASI, dan melakukan perawatan pada bayi dengan mengganti popok bayi ketika bayi BAB dan BAK, ibu mengatakan bahwa bayinya tidak rewel dan sudah diberikan ASI dengan baik. Hasil pemeriksaan sesuai dengan teori.

Pada tanggal 22 Februari pada pukul 11.00 Wib, bayi telah mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1 untuk mencegah penyakit TBC dan menganjurkan ibu tetap memberikan ASI dan tetap menjaga kebersihan bayi. Hasil pemeriksaan sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

4.5 Keluarga Berencana

Pada 15 Februari 2018 penulis sudah memberikan konseling tentang penggunaan KB dengan Ny. D dimana konseling kontrasepsi adalah komunikasi tatap muka dimana satu pihak membantu pihak lain untuk mengambil keputusan tersebut, berarti unsur yang terkandung jelas, tepat dan benar. Serta kemampuan untuk memahami pihak calon akseptor yang bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan sehingga calon akseptor dapat menentukan sendiri pilihan kontrasepsi yang akan digunakan.

Pada tanggal 27 Februari 2018 Ny. D postpartum 6 minggu mengatakan sudah sangat pulih seperti sebelum hamil, ibu sudah bisa melakukan pekerjaan rumah sendiri dan juga merawat bayinya. Ibu mengatakan sudah haid dan masih ingin memiliki anak. Ibu mengatakan memilih akseptor KB suntik 3 bulan. Keadaan umum ibu baik, K/U Baik, TD 100/ 70 mmHg, N 80 X/i', P 22 X/i', S 36,6⁰C TFU tidak teraba. Asuhan yang diberikan adalah menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, memberikan konseling KB pilihan ibu, menginformasikan cara kerja, kelebihan dan kekurangan dari KB suntik Depo Medroksiprogesteron Asetat. Memberitahu ibu efek samping pemakaian KB suntik, melakukan penyuntikkan secara IM dengan baik dan benar, menjelaskan tentang kunjungan ulang sebulan kemudian pada tanggal 1 Agustus 2018.

Menurut Pinem, (2014) suntikan Depo Medroksiprogesteron Asetat tidak mempengaruhi ASI, dengan adanya konseling ibu tahu KB yang cocok untuk ibu selama menyusui dan memberikan informed consent untuk menetapkan pilihan ibu. Ibu ingin menggunakan KB suntik 3 bulan karena hanya mengandung hormon progestin sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI. Berdasarkan hal tersebut, tidak ada masalah dalam pemakaian alat kontrasepsi.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. D dengan hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan akseptor KB di klinik bidan L. M Pematangsiantar yang dimulai dari tanggal 01 Agustus 2017 sampai tanggal 10 Februari 2018, maka penulis membuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Asuhan kehamilan pada Ny. D dimulai dari kontak pertama pada tanggal 1 Agustus 2017 sampai dengan berakhirnya masa nifas dan telah menjadi akseptor KB pada tanggal 27 Februari. Dari hasil pemeriksaan timbul suatu masalah yaitu anemia pada usia kehamilan 12 minggu dan telah ditanggulangi sesuai dengan standar asuhan.
2. Proses persalinan pada Ny. D dengan gestasi 38 minggu 3 hari, bayi lahir segera menangis. Hal tersebut telah sesuai dengan standar asuhan.
3. Asuhan masa nifas pada Ny. D dimulai dari tanggal 23 Januari - 5 Maret 2018 yaitu dari 6 jam postpartum sampai 6 minggu postpartum, selama pemantauan masa nifas berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan tanda bahaya atau komplikasi
4. Asuhan bayi baru lahir pada bayi Ny. D yang berjenis kelamin laki laki, BB 3000 gram, PB 50 cm, LK 33 cm, LD 34 cm, tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan, salep mata, telah mendapatkan imunisasi HB0 dan imunisasi BCG dan Polio 1 Saat pemeriksaan dan pemantauan bayi tidak ditemukan komplikasi atau tanda bahaya.

5.2. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

2. Bagi Lahan Praktek

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

Peningkatan pelayanan harus terus dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat terutama pada ibu hamil dan bayi untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian.

3. Bagi Pasien

Agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilan selanjutnya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas, BBL dan menjadi akseptor KB dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati Eny Retna & Wulandari Diah, 2013. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Anggraini Yetti, 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Arum Dyah Noviwati Setya & Sujiyatini, 2017. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Chunningham F. G, Leveno K. J, Bloom S. L, Hauth J. C, Rouse D. J, Spong C. Y, 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Dinas kesehatan Provinsi Sumatra Utara, 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatra Utara, 2016*.
- Gavi, 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Tenaga Kesehatan.
- Handayani Sri, 2017. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hidayat Asri & Sujiyatini. 2017. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Johariah & Ningrum Ema Wahyu, 2017. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kemenkes, 2013. *Profil Kesehatan Indonesia 2013*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf> (Diakses tanggal 07 September 2017).
- _____, 2014. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/pofil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf> (Diakses 20 September 2017).
- _____, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2015.pdf> (Diakses tanggal 09 November 2017).
- Manuaba, C.A.I., Manuaba, F.G.B.I., dan Manuaba, G.B.I. 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Ed 2*. Jakarta: EGC.

- Meilani Niken, Setiyawati Nanik, Estiwidani Dwiana, Suherni, 2010. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mochtar Rustam. 2013. *Sinopsis Obstetri: Obstetri fisiologis, Obstetri Patologi Jilid 1*. Jakarta; EGC.
- Nugroho Taufan, Nurrezki, Warnaliza Desi, Wilis, 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pinem, 2014. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Prawirohardjo, Sarwono, 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Riskesdas Prov. Sumut 2013. *Profil Kesehatan Indonesia 2013*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia2013.pdf>. (Diakses tanggal 05 november 2017).
- Romauli Suryati 2016. *Buku Ajar Asuhan Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Penerbit Erlangga.
- Rukiah, 2013. *Buku ajar neonatus, bayi dan balita*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sondakh Jenny J.S, 2013. *Asuhan Kebidanan, Persalinan Bayi Baru Lahir*. Malang: Pernebit Erlangga.
- Sulistiyawati, A. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika
- Vivian. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Walyani Elisabeth Siwi & Purwoastuti Endang 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- WHO, 2014. [httpdigilib.unila.ac.id/2069014BAB%20I.pdf](http://digilib.unila.ac.id/2069014BAB%20I.pdf) (diakses 10 Januari 2018).

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Hotmarina Riasari Sihotang
Tempat/Tanggal Lahir : P. Siantar, 18 Mei 1998
Anak Ke : 3 (Tiga) dari 4 (Empat) Bersaudara
Agama : Kristen Protestan
Nama Ayah : Jaban Sihotang
Nama Ibu : Dameria Simarmata
Nama Abang : Jumiando Perry M. Sihotang
Nama Abang : Doni Hartono P. Sihotang
Nama Adik : Andi Putra S. Sihotang
Alamat : Jl. Ragi Hidup II
Status : Belum Menikah
Telepon / No. Hp : 085362672174
E-mail : Sihotanghotmarina@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK (2002-2003) : Mengikuti pendidikan dan LULUS dari TK Putra II
SD (2003-2009) : Mengikuti pendidikan dan LULUS dari SD Negeri
122351
SMP (2009-2012) : Mengikuti pendidikan dan LULUS dari SMP Negeri 1
Siantar
SMA (2012-2015) : Mengikuti pendidikan dan LULUS dari SMA Negeri
1 Siantar
D3 (2015-2018) : Mengikuti pendidikan dan LULUS dari Poltekkes
Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan
Pematangsiantar