

**ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR, SAMPAI AKSEPTOR KB PADA
NY. D DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI R M
KOTA PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

ELLY INDRIYANI BR PURBA

NIM : P0.73.24.2.15.047

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN

PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN

PEMATANGSIANTAR

TAHUN 2018

**ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR, SAMPAI AKSEPTOR KB PADA
NY. D DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI R 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 :

ELLY INDRIYANI BR PURBA

NIM : P0.73.24.2.15.047

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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN,
NIFAS, BAYI BARU LAHIR, SAMPAI MENJADI
AKSEPTOR KB PADA NY. D DI BIDAN PRAKTIK
MANDIRI R M KOTA PEMATANGSIANTAR

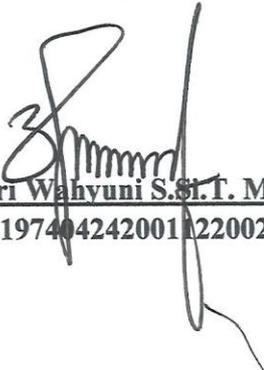
NAMA : ELLY INDRIYANI BR PURBA

NIM : P0.73.24.2.15.047

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Dipertahankan
Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir
Tanggal, 16 Juli 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


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


Inke Malahayati, SST. M.Keb
NIP. 197605102008012021

Plt. Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan


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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, SAMPAI AKSEPTOR KB PADA NY. D DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI R M KOTA PEMATANG SIANTAR

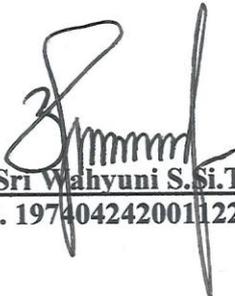
NAMA : ELLY INDRIYANI BR PURBA

NIM : P0.73.24.2.15.047

Laporan Tugas Akhir ini Telah Di Uji Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan Pematangsiantar
Tanggal, 16 Juli 2018

Penguji I

Penguji II


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

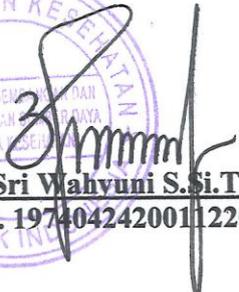

Safrina Daulay, SST, MPH
NIP. 196208221997032001

Ketua Penguji



Ribka Nova Sartika Sembiring, SST, M.Kes
NIP. 197905272002122001

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 diselesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul, **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. D Masa Hamil, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, sampai dengan Keluarga Berencana di Klinik Bidan R M Pematangsiantar”** sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan Program Studi Kebidanan Pematangsiantar.

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

1. Ibu Dra.Ida Nurhayati, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
2. Ibu Betty Mangkuji, SST, M.Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
3. Ibu Tengku Sri Wahyuni, S.S.iT, M.Keb selaku Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar dan selaku dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan.
4. Ibu Inke Malahayati, S.S.iT, M.Keb selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan.
5. Bapak/Ibu Dosen beserta staf pegawai di Prodi Kebidanan Pematangsiantar.
6. Ibu bidan R.M, yang telah memberikan kesempatan untuk praktek dan membimbing dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB di BPM.
7. Ibu Dila dan keluarga yang telah bersedia menjadi klien Laporan Tugas Akhir.
8. Orangtua tercinta M. Purba dan R. Saragi, serta keluarga, adik dan kakak angkat saya serta seluruh keluarga dan teman-teman yang telah memberikan

dukungan, nasehat, baik secara materi maupun spiritual sehingga Laporan Tugas Akhir ini selesai pada waktunya.

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

Pematangsiantar, Juli 2018
Penulis,

Elly Indriyani Br Purba
NIM.P0.73.24.2.15.047

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR
LAPORAN TUGAS AKHIR, 16 JULI 2018

ELLY INDRIYANI BR PURBA
NIM. P0.73.24.2.15.047

Asuhan Kebidanan Pada Ny D Masa Hamil Sampai Dengan Akseptor KB Di Klinik Bidan R Manurung Pematangsiantar

ABSTRAK

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu bagian dari upaya peningkatan derajat kesehatan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) indonesia 2030. Indikator tercapainya target tersebut jika Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi (AKB) menurun serta akseptor Keluarga Berencana (KB) meningkat. Keadaan ibu yang fisiologis saat hamil diharapkan berkelanjutan sampai masa nifas berakhir. Laporan ini bertujuan agar penulis dapat menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan pada ibu mulai masa hamil sampai KB sesuai dengan standar asuhan dan pendekatan manajemen kebidanan.

Metode yang digunakan adalah studi kasus dan pendokumentasian dengan manajemen SOAP.

Ny D umur 23 tahun, GII PI A0. Ibu mengalami anemia sedang pada kehamilan trimester III dan diberikan asuhan dengan pemberian tablet Fe dan kembali normal pada usia kehamilan 39-40 minggu. Pada asuhan persalinan ibu mengalami Ruptur perineum derajat II dan dilakukan penjahitan dengan tehknik simpul menggunakan benang cut gut. Pada masa nifas tidak ditemukan masalah. Bayi baru lahir dengan BB 3300 gram, PB 48 cm, *apgar score* 8/10, JK laki-laki. Ny D menjadi akseptor KB 3 bulan.

Penerapan pola pikir asuhan kebidanan yang dilakukan pada Ny D dengan *continuity of care* dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak.

Kata kunci : *continuity of care*, anemia dalam kehamilan, ruptur perineum

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR
THE FINAL TASK REPORT, 16th JULY 2018

ELLY INDRIYANI BR PURBA
P0.73.24.2.15.047

Midwifery Care in Mrs D continuity from pregnancy until Acceptor KB in Clinical Midwife

ABSTRACT

Maternal and child health is one part of efforts to improve health degree in Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia 2030. Indicator of the target achievement is if Maternal Mortality Rate (MMR), Neonatal Mortality Rate (AKN) and Infant Mortality Rate (IMR) decreased As well as Family Planning acceptors (KB) increased. The physiological mothers' condition during pregnancy is expected to continue until the postpartum period ends. This report aims to apply continuity midwifery care to mothers from pregnancy to family planning according to the standard of care and approach to midwifery management.

The method used is study case and documentation with SOAP management.

Mrs D is 23 years old, secundgravida, giving birth I, abortion 0. Mothers with moderate anemia in the third trimester pregnancies were treated with administration of Fe tablets and returned to normal at 39-40 weeks' gestation. At the time of delivery there is perineal rupture of grade II and sutures with a knot technique using cut-cut yarn. The postpartum period is normal. The new born baby with weight: 3300 gr, the body length: 48 cm, apgar score 8/10, gender: male. Mrs D becomes acceptor of 3 month injection of family planning.

The implementation of midwifery care mindset that is done to Mrs D with continuity of care can improve maternal and child health.

Keywords : *continuity of care, anemia in pregnancy, perineal rupture*

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
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	5
1.4. Sasaran, Tempat, Waktu Asuhan Kebidanan	6
1.5. Manfaat	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Asuhan kebidanan.....	7
2.2. Persalinan.....	17
2.3. Masa Nifas.....	30
2.4. Bayi Baru Lahir	35
2.5. Keluarga Berencana.....	38
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	42
3.1. Asuhan Kebidanan Pada Ibu hamil	42
3.2. Asuhan Persalinan	51
3.3. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.....	57
3.4. Asuhan Bayi Baru Lahir	61
3.5. Asuhan Keluarga Berencana	65
BAB 4 PEMBAHASAN	66
4.1. Kehamilan.....	66
4.2. Persalinan.....	67
4.3. Nifas.....	69
4.4. Bayi Baru Lahir	69
4.5. Keluarga Berencana.....	70
BAB 5 PENUTUP	72
5.1. Kesimpulan.....	72
5.2. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman :
Tabel 2.1 Imunisasi TT	14
Tabel 2.2 Perubahan Normal Uterus Selama Post Partum	31
Tabel 2.3 Perubahan Lochea	32
Tabel 2.4 Tanda Apgar	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

2 Etichal Clearens

3 Partograf

4 Sidik Kaki Bayi dan Jempol Ibu

5 Kartu Akseptor KB

6 Kartu Bimbingan LTA

7 Kartu Revisi LTA

8 Presensi menghadiri Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir

9 Daftar riwayat Hidup Penulis

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Ante Natal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi lahir Rendah
DM	: Diabetes Melitus
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DMPA	: <i>Depo Medroxy Progesterone Acetate</i>
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
Hb	: Haemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, Edukasi
KH	: Kelahiran Hidup
KPD	: Ketuban Pecah Dni
KR	: Kesehatan Reproduksi
K/u	: Keadaan umum
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: Metode Amenore Laktasi
N	: Nadi
P	: Pulse
PB	: Panjang Badan
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PTT	: Peregangan Tali pusat Terkendali
PX	: Prosesus Xifedeus
PUS	: Pasangan Usia Subur
S	: Suhu

TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tubercolocis
TD	: Tekanan Darah
TT	: Tetanus Toxoid
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
VDRL	: <i>Veneral Desease Research Laboratory</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WUS	: Wanita Usia Subur

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

Pelayanan kesehatan ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Setiap ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi dengan sehat (Kemenkes, 2015).

Kematian Ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular. Secara global 80 % kematian ibu tergolong pada kematian ibu langsung. Pola penyebabnya yaitu, perdarahan (25%, biasanya perdarahan pasca persalinan), Sepsis (15 %), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), komplikasi aborsi tidak aman (13%), sebab-sebab lain (8%). Penyebab kematian ibu di Indonesia yaitu, Perdarahan(28%), komplikasi aborsi (11%), partus macet (9%), sepsis (10%) (Wiknjosastro, 2014).

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 gr% sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Simanjuntak mengemukakan

bahwa sekitar 70% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia akibat kekurangan zat besi yang dapat diatasi dengan pemberian zat besi secara teratur dan peningkatan gizi (Manuaba, 2014).

Ibu dengan usia kehamilan aterm secara fisiologis akan mengalami proses persalinan. Persalinan normal suatu keadaan fisiologis, normal dapat berlangsung sendiri tanpa intervensi penolong. Kelancaran persalinan tergantung lima faktor yaitu : *power, passage, passager*, psikologi ibu dan penolong saat bersalin dan posisi ibu saat bersalin. Tetapi persalinan tidak selalu berjalan lancar terkadang ada masalah yang akan terjadi seperti ruptur perineum (Imron dkk, 2016).

Sekitar 90% penyebab kematian ibu di Indonesia terjadi pada saat persalinan. Perdarahan post partum sebagai penyebab utama yaitu menyumbang sebesar 40%. post partum terjadi diantaranya karena adanya robekan jalan lahir atau perineum. Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua dari perdarahan post partum. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi perdarahan post partum yaitu dengan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) serta penjahitan luka jalan lahir dengan tepat, namun upaya ini masih kurang optimal (Manuaba Dkk, 2014).

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

Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus diperhatikan yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (ruptur uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir yang dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah vena. Penyebab terjadinya

robekan jalan lahir adalah partus presipitatus dengan : kepala janin besar, presentasi defleksi (dahi, muka), primipara, letak sungsang, pimpinan persalinan yang salah, pada obstetri dan embriotomi: ekstraksi vakum, ekstraksi forcep, dan embriotomi. Terjadinya rupture perineum disebabkan oleh faktor ibu (paritas, jarak kelahiran dan berat badan bayi), pimpinan persalinan tidak sebagaimana mestinya, riwayat persalinan. ekstraksi cunam, ekstraksi vakum, trauma alat dan episiotomi (Pasiowan dkk,2015).

Asuhan pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran. Cakupan kunjungan neonatal KN 1 sebesar 95,84% dan KN lengkap yaitu 89,60%, angka ini tidak jauh berbeda dengan pencapaian tahun 2012 yaitu KN 1 sebesar 95,84% dan KN lengkap 89,97%. Dibandingkan tahun 2011 angka tersebut mengalami peningkatan, dimana KN1 yaitu 91,28% dan KN3 yaitu 85,94% (Dinkes Prov. Sumut, 2013).

Berdasarkan laporan profil kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2013 dari 267.239 bayi lahir terdapat 2.696 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini, diperhitungkan Angka (AKB) di Sumatera Utara adalah 10/1.000 Kelahiran Hidup (KH) dan AKI yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2013 adalah 95/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Prov. Sumut, 2013).

Angka Kematian Neonatal di Kota Pematangsiantar pada Tahun 2016 mengalami peningkatan menjadi 4/1.000 kelahiran hidup, dibandingkan tahun sebelumnya, yakni Tahun 2014 dan Tahun 2015 sebesar 3/1.000 kelahiran hidup, dan terendah pada Tahun 2013 sebesar 2/1.000 kelahiran hidup. Adapun penyebab kematian pada kelompok Neonatal di Kota Pematangsiantar Tahun 2016 disebabkan oleh BBLR sebanyak 50% (Dinkes Kota Pematangsiantar, 2016).

Pelayanan kesehatan pada ibu tidak cukup hanya pada masa kehamilan dan persalinan saja, akan tetapi tidak kalah penting pelayanan kesehatan yang diberikan setelah bersalin ataupun pada masa nifas. Nifas merupakan masa yang rentan bagi kelangsungan hidup ibu baru bersalin. Sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa nifas, sehingga pelayanan masa nifas berperan penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (Riskesdas, 2013). Pada tahun 2014, rata-

rata cakupan pelayanan ibu nifas di provinsi Sumatra Utara mencapai 84,62% angka ini mengalami penurunan bila dibandingkan capaian tahun 2013 yaitu 86,7%; tahun 2012 yaitu 87,39%; dan tahun 2011 yaitu 87,10% (Diskes Provinsi Sumatra Utara, 2014).

Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan diantaranya dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititikberatkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana. Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. PUS bisa mendapatkan pelayanan kontrasepsi di tempat-tempat yang melayani program KB (Profil Kesehatan Indonesia 2016).

Upaya untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak dilakukan dengan pendekatan yang berkelanjutan (*Continuity Of Care*) karena akan memberikan dampak yang signifikan. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis menjadikan Ny. D sebagai subjek dilakukannya asuhan kebidanan sesuai dengan manajemen kebidanan.

1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan data diatas, maka asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) perlu dilakukan pada Ny D mulai hamil, bersalin, masa nifas, neonatus, dan KB.

1.3 Tujuan Penyusunan Laporan Tugas Akhir

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan pada Ny.D Umur 23 tahun secara *continuity of care* mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan akseptor KB sesuai dengan standar asuhan kebidanan dan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

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

1. Melakukan Pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan calon akseptor KB.
2. Menyusun diagnosa Kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan calon akseptor KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan calon akseptor KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil sampai bersalin, masa nifas, neonatus dan calon akseptor KB.
5. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan calon akseptor KB.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan calon akseptor KB.

1.4 Sasaran, tempat dan waktu asuhan kebidanan

1.4.1 Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny.D dengan memberikan asuhan kebidanan yang berkelanjutan mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai mendapatkan pelayanan menjadi akseptor KB (*Continuity Of Care*).

1.4.2 Tempat

Asuhan kebidanan Ny. D dilaksanakan di Bidan Praktik Mandiri R. M Jln. Medan Kota Pematangsiantar dan dirumah Ny. D BDB Lorong 24 Kota Pematangsiantar.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan *Continuity of Care* adalah Januari-Juni 2018.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

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

1.5.2 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 Asuhan Kebidanan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

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 atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama 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) (Saifuddin, 2016).

2.1.2 Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Pada Ibu Hamil

a. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen, dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh dibawah ini :

1. Sistem reproduksi

a) Uterus

Menurut Prawiroharjo (2014), Pembesaran uterus merupakan perubahan anatomik yang paling nyata pada ibu hamil. Peningkatan konsentrasi hormon estrogen dan progesteron pada awal kehamilan akan menyebabkan hipertrofi miometrium. Hipertrofi tersebut dibarengi dengan peningkatan yang nyata dari jaringan elastin dan akumulasi dari jaringan fibrosa sehingga struktur dinding uterus menjadi lebih kuat terhadap regangan dan distensi. Hipertrofi miometrium juga disertai dengan peningkatan vaskularisasi dan pembuluh limfatik.

Uterus bertambah besar, dari yang beratnya 30 gr. Menjadi 1000 gr saat akhir kehamilan (40 minggu). Pembesaran ini di sebabkan oleh peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hipertofi dari otot-otot rahim, dan perkembangan desidua dan pertumbuhan janin.

Trimester III (> 28 minggu)

Pada akhir kehamilan dinding uterus mulai menipis dan lebih lembut. Pergerakan janin dapat diobservasi dan badannya dapat diraba untuk mengetahui posisi dan ukurannya, korpus berkembang menjadi segmen bawah rahim.

Pada minggu ke-36 kehamilan terjadi penurunan janin ke bagian bawah rahim, hal ini disebabkan melunaknya jaringan-jaringan dasar panggul bersamaan dengan gerakan yang baik dari otot rahim dan kedudukan bagian bawah rahim.

b) Serviks

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunak. Sebab pelunakan ini adalah pembuluh darah dalam serviks bertambah dan karena timbulnya oedema dari serviks dan hyperplasia serviks. Pada akhir kehamilan, serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek (lebih dari setengahnya mendatar) dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari.

c) Vagina

Pada trimester I, terjadi peningkatan vaskularisasi karena pengaruh hormon estrogen, peningkatan vaskularisasi menimbulkan tanda chadwick (warna merah tua atau kebiruan) pada vagina sampai minggu ke-8 kehamilan dan sekresi vagina menjadi lebih kental.

Pada trimester II, sekresi vagina meningkat, hal ini normal jika tidak disertai gatal, iritasi atau berbau.

Pada Trimester III, estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan epitelium. Lapisan otot membesar, vagina lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah janin (Indrayani, 2011).

d) Ovarium

Tidak terjadi pembentukan folikel baru dan hanya terlihat perkembangan dari korpus luteum (Hani, 2011).

e) Payudara

Konsentrasi tinggi estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh plasenta menimbulkan perubahan pada payudara (tegang dan membesar). Adanya *chorionic somatotropin (Human Placental Lactogen/HPL)* dengan muatan laktogenik akan merangsang pertumbuhan kelenjar susu di dalam payudara dan berbagai perubahan metabolik yang mengiringinya (Asrinah dkk, 2015).

2. Sistem pencernaan

a) Mulut dan Gusi

Peningkatan estrogen dan progesteron meningkatnya aliran darah ke rongga mulut, hipervaskularisasi pembuluh darah kapiler gusi sehingga terjadi oedema.

b) Lambung

Estrogen dan hCG meningkat, dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar/ perasaan ingin makan terus (mengidam), juga akibat peningkatan asam lambung.

c) Usus Halus dan Usus Besar

Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi.

3. Sistem perkemihan

Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Kencing lebih sering, laju filtrasi meningkat. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun, namun ini dianggap normal.

4. Sistem kardiovaskuler

Meningkatnya beban kerja menyebabkan otot jantung mengalami hipertrofi, terutama ventrikel kiri sebagai pengatur pembesaran jantung. Kecepatan darah meningkat (jumlah darah yang dialirkan oleh jantung dalam setiap denyutnya) sebagai hasil dari peningkatan curah jantung. Ini meningkatkan volume darah dan oksigen ke seluruh organ dan jaringan ibu untuk pertumbuhan janin (Asrinah dkk, 2015).

5. Sistem integumen

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *Melanophore Stimulating Hormon lobus hipofisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada *striae gravidarum livide*, atau *alba*, *aerola mammae*, *papilla mammae*, *linea nigra*, *chloasma gravidarum*. Setelah persalinan hiperpigmentasi akan menghilang.

6. Sistem pernapasan

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

7. Metabolisme

- a. Metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga. Kesimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan adanya hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang dibutuhkan janin.
- b. Kebutuhan protein perempuan hamil semakin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- c. Kebutuhan kalori didapatkan dari karbohidrat, lemak, dan protein.
- d. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil:

- 1) Kalsium 1,5 gram tiap hari, 30 sampai 40 gram untuk pembentukan tulang janin.
 - 2) Fosfor, rata-rata 8 gram sehari.
 - 3) Zat besi, 800 mg atau 30 sampai 50 mg sehari.
 - 4) Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan kemungkinan terjadi retensi air.
- e. Berat badan ibu hamil bertambah.
- f. Berat badan dan Indeks Masa Tubuh (IMT)

Perkiraan peningkatan berat badan adalah 4kg dalam kehamilan 20 minggu, dalam 20 minggu kedua 8,5 kg (0,4 Kg/minggu dalam trimester akhir) dan totalnya sekitar 12,5 kg (Asnariah dkk, 2015).

Pertambahan berat badan ini sebagai berikut :

- 1) Berat janin \pm 3-3,5 kg
- 2) Berat plasenta \pm 0,5 kg
- 3) Cairan amnion \pm 1,0 kg
- 4) Berat uterus \pm 1,0 kg
- 5) Timbunan lemak \pm 1,5 kg
- 6) Timbunan protein \pm 2 kg
- 7) Retensi air garam \pm 1,5 kg.

IMT diklasifikasikan dalam 4 kategori:

- 1) IMT rendah ($<19,8$)
- 2) IMT normal ($19,8-26$)
- 3) IMT tinggi ($>26-29$)
- 4) IMT obesitas (>29)

b. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

- 1) Perubahan Psikologis pada trimester ke-3
 - a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
 - b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi bayi tidak lahir tepat waktu.
 - c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f) Merasa kehilangan perhatian.
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif).

2.1.3 Kebutuhan Psikologis dalam Masa Kehamilan

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

a. Trimester Ketiga

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

2.1.4 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan (*Antenatal care*)

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

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

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

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu dan bayi.
3. Menemukan secara dini adanya masalah masalah/gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan

4. Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Standart Minimal ANC adalah 10 T

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

1) Pengukuran tinggi badan cukup satu kali.

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

2) Tekanan Darah

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

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

4) Pengukuran Tinggi Rahim

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

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

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

Tabel 2.1
Imunisasi TT

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

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

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

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

- 7) Pemberian Tablet Tambah darah

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

- 8) Tes Laboratorium.

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

- 9) Konseling atau penjelasan

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

10) Tata laksanaan atau mendapatkan pengobatan

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

2.1.5 Anemia dalam Kehamilan

a. Pengertian *Anemia*

Anemia secara praktis didefinisikan sebagai kadar *Hematokrit*, konsentrasi *Haemoglobin*, atau hitung eritrosit dibawah batas normal. Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi *eritropoetin*. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun peningkatan olume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi *hemoglobin* (Hb) akibat *hemodilusi*.

Ekspansi volume plasma merupakan penyebab anemia fisiologik pada kehamilan. Volume plasma yang terekspansi menurunkan hematokrit (Ht), konsentrasi *hemoglobin* darah (Hb), dan *eritrosit*, tetapi tidak menurunkan jumlah absolut Hb atau eritrosit dalam sirkulasi

Ekspansi volume plasma mulai pada minggu ke-6 kehamilan dan mencapai maksimum pada minggu ke-24 kehamilan, tetapi dapat terus meningkat sampai minggu ke 37. Pada titik puncaknya, volume plasma sekitar 40% lebih tinggi pada ibu hamil dibandingkan perempuan yang tidak hamil. Penurunan hematokrit, konsentrasi *hemoglobin*, dan *eritrosit* biasanya tampak pada minggu ke-8 kehamilan dan terus menurun sampai minggu ke-16 sampai ke-22 ketika titik keseimbangan tercapai. Umumnya ibu hamil dianggap anemi jika kadar *hemoglobin* dibawah 11 g/dl atau *hemotokrit* kurang dari 33%. Namun dalam praktik rutin, konsentrasi Hb kurang dari 11 g/dl pada akhir trimester pertama <10,5 g/dl pada trimester kedua dan ketiga (Wiknjosastro, 2014).

b. Penyebab *Anemia*

penyebab *anemia* tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi yang bersifat multipel dengan manifestasi klinik yang disertai infeksi, gizi buruk, atau kelainan seperti *hemoglobinopati*. Namun, penyebab mendasar anemia meliputi asupan

yang tidak cukup, absorpsi yang tidak adekuat, dan bertambahnya zat gizi yang hilang. Sekitar 75% *anemia* dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi zat besi, anemia megaloblastik yang dapat disebabkan oleh defisiensi asam folat dan B12 (Prawirohardjo, 2014).

c. Kebutuhan Zat Besi pada Wanita Hamil

Wanita hamil memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Pada kehamilan relatif terjadi *anemia* karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi dengan peningkatan volume 30-40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Setelah persalinan dengan lahirnya plasenta dan perdarahan, ibu akan kehilangan zat besi sekitar 900 mg. Dalam keadaan anemia, laktasi tidak dapat dilaksanakan dengan baik (Manuaba, 2014).

d. Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Untuk menegakkan diagnosa *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, 2014).

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami *anemia*, maka dilakukan pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut.

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

e. Pengaruh Anemi pada Kehamilan dan Janin

1. Pengaruh anemia pada kehamilan

- a) Bahaya selama kehamilan : dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD)

- b) Saat persalinan : Gangguan His, kala pertama dan kedua dapat berlangsung lama, retensio plasenta, dan atonia uteri.
 - c) Kala nifas : perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperim, pengeluaran ASI berkurang, dan anemia kala nifas (Manuaba, 2014).
2. Bahaya anemia terhadap janin
- a) Mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim
 - b) Abortus
 - c) Kematian intrauterin
 - d) Persalinan prematuritas tinggi dan BBLR
 - e) Dapat terjadi cacat bawaan Bayi mudah mendapat infeksi (Manuaba, 2014).

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Rohani, 2014).

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

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase Laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.

2. Fasa aktif (Pembukaan serviks 4- Fase Aktif (pembukaan serviks 4-10 cm) : berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase:
- a) Periode *Akselerasi* : Berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode *Dilatasi maksimal* : Berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - c) Periode *Deselerasi* : Berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam (Rohani dkk,2014).

Tanda dan gejala kala II

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit
2. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
3. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada ruktum dan/atau vagina.
4. Perineum terlihat menonjol.
5. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
6. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Perubahan Psikologis Kala II

Pada kala II, his terkoordinasi kuat, cepat, dan lebih lama; kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan ruktum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. (Rohani dkk,2014).

Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Rohani dkk, 2014)

Perubahan fisiologis kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan imlantasi plasenta karena tempat implantasi semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina. (Rohani dkk,2014)

Tanda-tanda lepasnya plasenta

1. Prubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundud biasanya dibawah pusat.

2. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld)

3. Semburan darah mendadak dan singkat

Apabila kumpulan darah dalam ruangan diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. (APN)

Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut .Observasi yang harus dilakukan

1. Tingkat kesadaran

2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah, nadi, dan pernapasan

3. Kontraksi uterus

4. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc

Asuhan dan Pemantauan pada Kala IV

1. Lakukan rangsangan taktil(seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.

2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.

3. Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.

4. Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi)
5. Evaluasi kondisi ibu secara umum.
6. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi Persalinan

Persalinan dapat berjalan normal (Eutocia) apabila ketiga faktor fisik 3 P yaitu *Power*, *passage*, dan *passanger* dapat bekerjasama dengan baik. Selain itu terdapat 2 P yang merupakan faktor lain yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi jalannya persalinan, terdiri atas psikologi dan penolong.

1. *Power* (Tenaga/kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otototot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

2. *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulan yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

3. *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Cara penumpang (*passanger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

4. Psikis (Psikologis)

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan di awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelega hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

5. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

2.2.2 Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Rohani dkk, 2014)

60 Langkah(Asuhan Persalina Normal (APN)

Melihat Tanda dan Gejala Kala II

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi/steril) dan meletakkan kembali di partus set /wadah desinfeksi tingkat tinggi (steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkan dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (Meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi).
8. Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah , sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0.5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal ($120-160^x/i$).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f. Menganjurkan asupan cairan peroral.
 - g. Menilai DJJ setiap 15 menit.
 - h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum terjadi segera dalam waktu 120 menit atau 2 jam meneran untuk ibu primipara atau 60 menit atau 1 jam, untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan meneran.
 - i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman.
 - j. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi
 - k. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit menerat, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm tangan kanan penolong menahan perineum dengan 1 tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat kepada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu

22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksinya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk

menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior atau bagian atas untuk mengendalikan siku tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir meneruskan tangan yang ada di atas atau anterior dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penangan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat atau dalam 30 detik kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya atau bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan. Bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama atau kearah ibu.
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk memastikan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M. di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penanganan tali pusat terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan kontraksi palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan putting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregang tali pusat selama 15 menit.
 - c. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
 - d. Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - e. Meminta keluarga untuk meminta rujukan.
 - f. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - g. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpelin dengan lembut dan perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
 - a. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan servik ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan uterus

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi atau fundus menjadi keras.

Menilai Perdarahan

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta didalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perenium dan segera menjahit laserasi yang mengalami pendarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tari pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45. Mengikat 1 lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti bayi kembali dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasien persalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam ke 2 pasca persalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri.
 - e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesia local dan menggunakan tehnik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus .
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selamam jam ke 2 pasca persalinan.
 - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan Dan Keamanan

53. Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5%, untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban. Lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) (Prawirohardjo (2014).

2.2.3 Perlukaan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua dari perdarahan pasca persalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan kontraksi uterus yang baik umumnya disebabkan oleh robekan jalan lahir (ruptur perineum dinding vagina dan robekan serviks). Hal ini dapat diidentifikasi dengan cara melakukan pemeriksaan yang cermat dan saksama pada jalan lahir.

Penyebab yang paling sering adalah pimpinan persalinan yang salah seperti pembukaan yang belum lengkap sudah dilakukan pimpinan persalinan dan tindakan mendorong kuat pada fundus uteri.

Menurut (JPNPK-KR, 2014) ruptur perineum terdiri dari 4 derajat, yaitu

1. Derajat satu
Mukosa vagina – *Komisura posterior* – Kulit perineum.
Penanganan tak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan oposisi luka baik.
2. Derajat dua
Mukosa vagina – *Komisura posterior* – Kulit perineum – Otot Perineum.

Penanganan dengan melakukan penjahitan dengan teknik yang telah ditentukan.

3. Derajat Tiga

Mukosa vagina – *Komisura posterior* – Kulit perineum – Otot Perineum – Otot sfingter ani.

4. Derajat empat

Mukosa vagina – *Komisura posterior* – Kulit perineum – Otot Perineum – *Otot sfingter ani* – Dinding depan rektum.

Tindakan yang dilakukan sebagai berikut :

- 1) Lakukan eksplorasi dan mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan.
- 2) Lakukan irigasi pada empat luka dan bubuhi antiseptik.
- 3) Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap.
- 4) Lakukan penjahitan luka mulai dari bagian yang paling distal terhadap operator.
- 5) Khusus pada ruptur uteri komplet (hingga anus dan bagian rektum) dilakukan penjahitan lapis demi lapis dengan bantuan busi pada rektum (Rohani dkk, 2014).

2.3 Masa Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian nifas

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

b. Tahapan masa nifas

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

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

a. Fisiologis Masa Nifas

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

1. Perubahan pada sistem reproduksi

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

- a. Involusio

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

Tabel 2.2
Perubahan normal uterus selama post partum

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

Sumber: Anggarini, 2016. Asuhan Kebidanan Masa nifas. Yogyakarta.

- b. Lochea

Akibat involusio uteri, lapisan desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan

lochea. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Tabel 2.3
Perubahan Lochea

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

Sumber: Anggarini. 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta.

c. Vulva, vagina dan perineum

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

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

d. Perubahan pada sistem pencernaan

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

e. Perubahan pada sistem perkemihan.

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

f. Perubahan pada tanda-tanda vital

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

g. Payudara

1. Anatomi

Pada payudara terdapat puting susu yang terletak setinggi *interkosta IV*. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara dan *duktus laktiferus*, ujung-ujung syaraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat otot polos sirkuler. Payudara terdiri dari 15-25 lobus. Masing-masing terdiri dari 20-40 lobulus, selanjutnya masing-masing lobules terdiri dari 10-100 alveoli dan masing-masing dihubungkan dengan saluran air susu sistem duktus. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram.

b. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Berikut ini adalah tanda-tanda bahaya masa nifas menurut Manuaba, dkk (2014)

1. Infeksi masa nifas

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

2. Subinvolutio uteri

Segera setelah persalina berat rahim sekitar 1000 gram dan selanjutnya mengalami masa pemulihan kembali ke bentuknya semula. Pada beberapa

keadaan, terjadi proses involusio rahim tidak berjalan dengan semestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat dan keadaan ini disebut dengan subinvolusio uteri.

3. Perdarahan kala nifas sekunder

Perdarahan kala nifas sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama

4. Flegmasia alba dolens

Flegmasia alba dolens merupakan salah satu bentuk infeksi puerperium yang mengenai pembuluh darah vena femoralis.

5. Bendungan ASI

Bendungan ASI terjadi karena sumbatan saluran ASI, tidak dikosongkan seluruhnya. Keluhan yang muncul mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

6. Mastitis dan abses payudara

Pada kondisi ini terjadi bendungan ASI merupakan permulaan dari kemungkinan infeksi payudara. Infeksi menimbulkan demam, nyeri local pada payudara, terjadi pembengkakan payudara dan terjadi perubahan kulit payudara, bakteri yang menyebabkan infeksi payudara adalah stafilokokus aureus. Dan infeksi payudara dapat berkelanjutan menjadi abses payudara dengan kriteria kulit menjadi merah, terdapat nyeri, terjadi pembengkakan dan terdapat cairan di bawah kulit.

2.3.3. Asuhan Nifas

a. Tujuan Nifas

Tujuan asuhan masa nifas (Dewi, 2013) :

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

4. Memberikan pelayanan keluarag berencana (KB)
5. Mendapatkan kesehatan emosi.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

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

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal :

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

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

Tabel 2.4
Tanda Apgar

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

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

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

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Perawatan segera bayi baru lahir

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

- a. Pencegahan kehilangan panas
- b. Membersihkan jalan napas
- c. Memotong tali pusat
- d. Midentifikasi
- e. Pengkajian kondisi bayi
- f. Pemberian vitamin K.

2. Pelayanan *essensial* pada bayi baru lahir oleh dokter/bidan/perawat (Kemenkes RI, 2016) meliputi :

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

Menurut maternal neonatal health, *bounding attachment* merupakan kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada saat persalinan kala III sampai dengan psotpartum. Elemen-elemen *bounding attachment* menurut Muslihatun (2014) :

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

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk :

1. Mendapatkan obyektif – obyektif tertentu
2. Menghindarkan kelahiran yang tidak diinginkan
3. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan
4. Mengatur interval diantara kelahiran
5. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri.
6. Menentukan jumlah anak dalam keluarga (Pinem S, 2014).

Dari defenisi diatas dalam pelayanan Kependudukan/KB, secara garis besar mencakup beberapa komponen yaitu :

1. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
2. Konseling
3. Pelayanan kontrasepsi
4. Pelayanan infertilitas
5. Pendidikan seks
6. Konsultasi pra-perkawinan dan konsultasi perkawinan
7. Konsultasi genetic
8. Test keganasan
9. Adopsi

B. Langkah-Langkah Konseling KB

Dalam memberikan konseling hendaknya diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU TUJU. Kata kunci SATU TUJU untuk memudahkan petugas mengingat langkah – langkah yang perlu dilakukan tetapi dalam penerapannya tidak harus dilakukan secara berurutan.

Kata kunci SATU TUJU dalah sebagai berikut :

- a) SA yaitu Sapa dan Salam kepada klien secara sopan dan terbuka. Berikan perhatian sepenuhnya tanyakan klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan yang akan akan diperolehnya. Usahakan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya dan yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri.
- b) T yaitu Tanya klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya, bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman ber-KB, tentang kesehatan reproduksi, tujuan dan harapannya dan tentang kontrasepsi yang diinginkannya.
- c) U yaitu Uraikan kepada klien mengenai pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Uraikan juga mengenai risiko penularan HIV/AIDS tau pilihan metoda ganda.
- d) TU yaitu BanTULah klien menentukan pilihannya. Bnatu klien berfikir mengenai kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya dan dorong klien untuk mengajukan pertanyaan. Tanggapi klien secara terbuka. Bantu klien untuk mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya memberi dukungan terhadap kontrasepsi yang dipilihnya. Pada akhirnya yakinkan klien bahwa dia telah membuat suatu keputusan yang tepat dan kemudian petugas dapat menanyakan : apakah anda telah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi
- e) J yaitu Jelaskan secara lengkap tentang kontarsepsi pilihannya setelah klien memilih kontasepsinya. Jika perlu perlihatkan alat/obat kontasepsi tersebut, bagaimana cara penggunaannya dan kemudian cara bekerjanya. Dorong klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara secara lengkap dan terbuka.

- f) U yaitu perlunya melakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buat perjanjian kapan klien perlu kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan agar kembali bila terjadi suatu masalah (Pinem S, 2014).

C. Jenis-Jenis Kontrasepsi

1. Kontrasepsi Suntik

a) Suntik 3 bulan (tribulan)

Suntik tribulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap 3 bulan. Cara kerja suntik 3 bulan adalah dengan mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri, dan menghambat implantasi ovum dalam endometrium.

Cara kerja:

Mekanisme metode suntik keluarga berencana (KB) tribulan yaitu:

1. Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan releasing factor dan hipotalamus.
2. Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri
3. Menghambat implantasi ovum dalam endometrium.

Keuntungan metode suntik tribulan:

1. Efektifitas tinggi.
2. Sederhana pemakaiannya.
3. Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali dalam setahun)
4. Cocok untuk ibu-ibu yang menyusui.
5. Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, serta beberapa penyebab penyakit akibat radang panggul.
6. Menurunkan krisis anemia
7. Kekurangan metode suntik tribulan :
 1. Terdapat gangguan haid seperti amenor.
 2. Timbulnya jerawat di badan atau wajah.
 3. Berat badan bertambah.

4. Pusing dan sakit kepala.

2.5.2 Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan pada Ibu/akseptor keluarga berencana (KB) merupakan bentuk catatan dari asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu yang akan melaksanakan pemakaian KB atau calon akseptor KB seperti pil, suntik, implant, IUD dan lain sebagainya.

1. Mengumpulkan data
2. Melakukan interpretasi data dasar
3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.
4. Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan dalam mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial kemungkinan sehingga ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial ibu/akseptor KB seperti ibu ingin menjadi akseptor KB Pil dengan antisipasi masalah potensial seperti potensial terjadinya peningkatan berat badan, potensial fluor albus meningkat, obesitas, mual dan pusing.
5. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada ibu, akseptor KB
6. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh
Rencana asuhan menyeluruh pada ibu/akseptor KB yang dilakukan sebagaimana contoh berikut: apabila ibu adalah akseptor KB pil, maka jelaskan tentang pengertian dan keuntungan KB pil, anjurkan menggunakan pil tersebut secara dini bila ada keluhan.
7. Melaksanakan perencanaan
8. Evaluasi

Evaluasi pada ibu/akseptor KB dapat menggunakan SOAP sebagai berikut:

- 1) S : Data Subyektif
- 2) O : Data Obyektif
- 3) A : Analisis dan interpretasi
- 4) P : Perencanaan

BAB 3
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

3.1. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Datang ke BPM Tanggal, 19-01-2018

Pukul : 14.00 WIB

Pengumpulan Data

Biodata

Nama Klien	: Ny.D	Nama Suami	: Tn. D
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 26 Tahun
Suku/Bangsa	: Indonesia	Suku/Bangsa	: Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: BDB Lorong 24	Alamat	: BDB Lorong 24

SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini : Kunjungan Pertama Kunjungan ulang
Keluhan Utama : Mudah Pusing
2. Riwayat Menstruasi
Menarche : 13 tahun Siklus : ± 28 hari
Lama : ±5 hari Banyaknya : 3 x ganti pembalut
Warna : Merah Dismenorrhoe : Tidak Ada
Teratur/Tidak : Teratur
3. Riwayat Kehamilan
 - a. HPHT : 20-06-2017
 - b. TTP : 27-03-2018
 - c. Pergerakan janin yang pertama kali usia kehamilan 16 minggu(bulan ke 4)
 - d. Status emosional : Stabil

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

N O	Umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi	Penolong	Bayi		Nifas	
							PB/B B/ JK	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	1,8 th	Aterm	Spontan	Klinik Bidan	Tidak Ada	Bidan	49/ 3400/ Pr	Baik	Baik	Lancar
2	KEHAMILAN SEKARANG									

5. Riwayat kesehatan

Tidak ada riwayat penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita ibu dan keluarga

6. Riwayat sosial ekonomi

a. Kawin 1 kali pada umur 20 tahun, suami umur 23 tahun

b. Kehamilan direncanakan dan diterima

c. Riwayat kontrasepsi yang pernah digunakan : tidak ada

d. Pola diet/makan

makan dalam sehari : 3 x sehari (nasi + sayur + lauk + buah)

Nafsu makan : Bertambah

e. Pola istirahat

Siang : ± 1 jam

Malam : ± 7 jam

f. Pola eliminasi

BAB : 1 x sehari

BAK : 8 x sehari

g. Aktifitas sehari-hari

Seksualitas : Tidak terganggu

Pekerjaan : tidak terganggu, dan dapat dikerjakan sendiri

h. Imunisasi : TT1 sudah di dapat di klinik bidan pada hari ini.

OBJEKTIF**Pemeriksaan Fisik**

1. TB : 165 cm
BB : 60 kg
BB sebelum hamil : 55 kg
2. Tanda vital
 - a. Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - b. Denyut nadi : 80 x/i
 - c. Pernafasan : 20 x/i
 - d. Suhu : 36,2° C
3. LILA : 24 cm
4. Pemeriksaan Fisik
 - a. Rambut : bersih, tidak rontok, rambut warna hitam
 - b. Muka : tidak edema
 - c. Mata
 - Kelopak mata : normal
 - Konjungtiva : anemis
 - Sklera : tidak ikterik
 - d. Mulut dan gig : bersih tidak ada caries
 - e. Lidah dan geraham : bersih dan utuh
 - f. Kelenjar tiroid : tidak ada pembengkakan
 - g. Kelenjar getah bening : Tidak ada pembengkakan
 - h. Payudara
 - Pembesaran : tidak ada kelainan
 - Aerola mammae : hiperpigmentasi
 - Puting susu : menonjol
 - Bentuk : simetris
 - Benjolan/tumor : tidak ada
 - Pengeluaran : tidak ada
 - Rasa nyeri : tidak ada

- i. Punggung dan pinggang
Pinggang nyeri tidak ada
- j. Ekstremitas atas dan bawah
Edema, kekuatan sendi, kemerahan, varises tidak ada
Refleks patela : kanan (+), kiri (+)
- k. Abdomen
Bekas luka operasi : tidak ada
Pembesaran : sesuai usia kehamilan
Konsistensi : keras
Benjolan : tidak ada
Palpasi :
Leopold I : TFU 2 jari diatas pusat (26 cm)
Leopold II : Pada sisi kanan abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan
Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba keras, bulat dan melenting
Leopold IV : Bagian terbawah belum masuk PAP
Fetus :
Pergerakan janin sudah dapat dirasakan
DJJ : 133 x/i
- l. Genetalia
Varises : tidak ada
Luka : tidak ada
Pengeluaran : tidak ada keputihan
- m. Anus
Hemoroid : tidak ada

Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan Lab : Hb : 8,4 gr%
Protein dan Glukosa urin : tidak dilakukan

ANALISIS

1. Diagnosa kebidanan
GII PI A0 usia kehamilan 30-31 minggu, intrauterin, janin hidup tunggal, punggung kanan, presentasi kepala, belum masuk PAP, KU ibu baik.
Ibu dengan anemia sedang.
2. Masalah
Mudah pusing dan lelah
3. Kebutuhan
Penkes mengkonsumsi tablet Fe dosis 2x1 dan makanan yang bergizi

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu TD : 100/70 mmHg, N : 80 x/menit, P : 20 x/menit, S : 36,2°C, BB : 60 kg, dan usia kehamilan 30-31 minggu.
2. Memberikan penyuluhan kesehatan tentang :
Mengonsumsi makanan yang bergizi
Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi yang mengandung zat besi misalnya sayuran hijau, tempe, tahu, kacang merah, kacang hijau, dan kacang-kacangan lainnya, ikan, telur, dan daging, Konsumsi protein nabati maupun hewani, asam folat yang didapat dari sayuran berwarna hijau (seperti bayam), jus jeruk, buncis, kacang-kacangan dan roti gandum.
3. Memberikan ibu tablet Fe dan menjelaskan cara minum tablet tambah darah yang benar yaitu diminum dengan air putih untuk membantu penyerapannya. Jangan diminum dengan susu atau kopi karena akan menghambat penyerapan. Diminum malam hari sebelum tidur untuk mengurangi mual, 2 tablet tiap hari.
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang jika mengalami salah satu tanda bahaya kehamilan seperti bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang, janin dirasakan kurang bergerak seperti sebelumnya, sakit kepala hebat, jantung berdebar-debar atau nyeri di dada.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN II

Tanggal 07 Maret 2018

Jam 13.00 WIB

Di BPM R.M Pematangsiantar

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keadaannya saat ini dalam keadaan baik, ibu telah mendapat TT2 di klinik bidan pada tanggal 20 Februari 2018.

OBJEKTIF

K/U Baik TD 110/70 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,3°C, BB 64 kg, Lila: 26 cm, Conjungtiva pucat, sklera tidak kuning, kelenjar limfe dan kelenjar tyroid tidak ada pembengkakan, eksteremitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+), ibu dengan anemia ringan (9,6 gr%).

Pemeriksaan HB : 9,6 gr%

Pemeriksaan Glukosa urine : Negatif

Pemeriksaan Protein urine : Negatif

Hasil pemeriksaan Palpasi Leopold:

Leopold I : TFU pertengahan px dan pusat (30 cm)

Leopold II : Bagian kanan abdomen ibu teraba bagian keras panjang dan memapan dan bagian kiri abdomen ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

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

Leopold IV : Bagian terbawah sudah masuk PAP tetapi masih goyang.

TBBJ : 2790 gram

DJJ : 136 x/i

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan

GII PI A0 usia kehamilan 37-38 minggu, intrauterin, janin hidup tunggal, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP tetapi masih goyang, KU ibu baik.

Ibu dengan anemia ringan.

2. Masalah
Mudah pusing dan lelah
3. Kebutuhan
Tetap menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi yang mengandung Zat besi dan tetap mengkonsumsi tablet Fe.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilannya.
Memantau KU ibu dan vital sign yang meliputi tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan suhu agar ibu mengetahui keadaannya sekarang.
2. Mengingatkan ibu untuk selalu mengkonsumsi tablet penambah darah.
Untuk mencegah terjadinya anemia yang lebih berat lagi pada ibu dan untuk persiapan persalinan.
3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi yang mengandung zat besi misalnya sayuran hijau, tempe, tahu, kacang merah, kacang hijau, dan kacang-kacangan lainnya, ikan, telur, dan daging, Konsumsi protein nabati maupun hewani, asam folat yang didapat dari sayuran berwarna hijau (seperti bayam), jus jeruk, buncis, kacang-kacangan dan roti.
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup agar keadaan ibu dan janinnya tetap baik.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN III

Tanggal 14 Maret 2018

Jam 14.30 WIB

Di BPM R.M Pematangsiantar

SUBJEKTIF

Ibu mengeluh sering Buang Air Kecil (BAK).

OBJEKTIF

K/U Baik TD 110/80 mmHg, N 78 x/i, S 36,6 °C, P 20 x/i, BB sekarang 65 kg, LILA 26 cm, Hb 10,7 g%,

Hasil pemeriksaan Leopold:

Leopold I : TFU 3 jari dibawah px (32 cm).

Leopold II : Bagian kanan abdomen ibu teraba keras, panjang, dan memapan.

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

Leopold IV : Bagian terbawah sudah memasuki PAP.

TBBJ : 3255 gram

DJJ : 139 x/i

ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan

GII PI A0 usia kehamilan 38-39 minggu, intrauterin, janin hidup tunggal, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP, KU ibu baik.

2. Masalah

Ibu mengalami ketidaknyamanan pada kehamilan trimester ketiga yaitu sering buang air kecil.

3. Kebutuhan

KIE pada ibu tentang masalah sering buang air kecil.

PENATALAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan dan hasil pemeriksaan fisik secara keseluruhan didapati bahwa kondisi ibu dan janin saat ini dalam kondisi baik
2. Menjelaskan kepada ibu perubahan fisiologis pada ibu hamil yang menyebabkan ibu sering BAK.
3. Menganjurkan ibu untuk banyak minum saat siang hari dan sedikit pada malam hari, agar istirahat malam ibu tidak terganggu karena bolak balik kencing.
4. Menganjurkan ibu untuk mengganti pakaian dalam apabila lembab, agar tidak terjadi Infeksi Saluran Kemih (ISK).
5. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi yang mengandung zat besi misalnya sayuran hijau, tempe, tahu, kacang merah, kacang hijau, dan kacang-kacangan lainnya, ikan, telur, dan daging, Konsumsi protein nabati maupun hewani, asam folat yang didapat dari sayuran berwarna hijau (seperti bayam), jus jeruk, buncis, kacang-kacangan dan roti gandum dan memberikan tablet Fe.

6. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup agar keadaan ibu dan janinnya tetap baik.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN IV

Kunjungan IV

Tanggal 25 Maret 2018

Jam 16.00 WIB

Di Rumah Ny. D BDB Lorong 24 Pematangsiantar.

SUBJEKTIF

Ny D mengatakan tidak ada keluhan

OBJEKTIF

K/U Baik TD 120/70 mmHg, N 78 x/i, S 36,5 °C, P 20 x/i, BB sekarang 67 kg, LILA 27 cm, Hb 11,2 g%, hasil pemeriksaan Leopold:

Leopold I : TFU 2 jari di bawah Px (33 cm)

Leopold II : Bagian kanan abdomen ibu teraba keras, mendatar, dan memapan.

Leopold III : Bagian bawah abdomen ibu teraba bulat, keras dan tidak melenting.

Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP)

TBBJ : 3410 gram

DJJ : 144 x/i

ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan

GII PI A0 usia kehamilan 39-40 minggu, intrauterin, janin hidup tunggal, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk PAP, KU ibu baik.

2. Masalah

Tidak ada

3. Kebutuhan

KIE pada ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah dari kemaluan, adanya His semakin sering dan teratur dan kadang-kadang pecah ketuban sebelumnya.
3. Beritahu ibu untuk mempersiapkan perlengkapan untuk persalinan seperti : Perlengkapan bayi (popok, bedong, baju, dll) serta pakaian ibu.
4. Memberitahu ibu tentang manfaat dan cara pemberian Inisiasi Menyusui Dini (IMD) serta ASI eksklusif.
5. Memberikan informasi kepada ibu mengenai alat kontrasepsi jangka panjang.

3.2 Asuhan Persalinan**Catatan Perkembangan Kala I**

Pada Tanggal : 03 April 2018

Pukul : 17.10 WIB

SUBJEKTIF

Ny D datang ke klinik bidan dengan keluhan perutnya terasa mules dan keluar darah bercampur lendir dari alat kemaluan, terasa sakit pada daerah pinggang yang menjalar ke daerah perut bagian bawah sejak pukul 11.30 WIB, HPHT 20-06-2017.

OBJEKTIF

Keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, N 78 \times /menit, S 36,5 °C, konjungtiva merah, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol, pengeluaran Kolostrum sudah ada, TFU 33 cm, presentasi kepala, punggung kanan sudah masuk PAP, TBBJ 3255 gram, DJJ 140 \times /menit, His 4 \times 10 menit dengan durasi 30 detik, portio lunak, pembukaan 6 cm, selaput ketuban utuh, kepala di Hodge II.

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan
Ibu GII PI A0 usia kehamilan 39-40 minggu, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif sub fase dilatasi maksimal, janin hidup, tunggal, intra uterin KU ibu dan janin baik.
2. Masalah
Ibu merasa kesakitan
3. Kebutuhan
Nutrisi dan Istirahat.
Pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri/ ke kanan agar mempercepat pembukaan.
3. Anjurkan ibu untuk makan dan minum
4. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
5. Memantau kemajuan persalinan.

Catatan Perkembangan Kala II

Pukul 19.15 Wib

SUBJEKTIF

Ibu merasa ingin BAB dan meneran

OBJEKTIF

K/u baik, TD 120/80 mmHg, N 76 \times /menit, P 22 \times /menit, S 36,7 °C, His 5 \times 10 menit dengan durasi 45 detik, DJJ 148 \times /menit, portio lunak, pembukaan lengkap, selaput ketuban (+) Kepala di Hodge IV.

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan
Ibu GII PI A0 inpartu kala II, janin hidup, KU ibu dan janin baik.
2. Masalah
Ibu kesakitan dan lemas

3. Kebutuhan
Pertolongan persalinan

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yg akan diberikan.
2. Melakukan pimpinan persalinan dengan memberitahu ibu posisi dan cara mengejan yang baik serta menolong persalinan.
3. Mengajak suami atau keluarga mendampingi ibu, untuk memijat atau menghusap punggung ibu.
4. Mengajarkan teknik bernafas kepada ibu saat ada kontraksi, dengan tujuan untuk mengurangi rasa nyeri akibat kontraksi dan mengupayakan aliran oksigen ke janin tidak terganggu.
5. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan. Selanjutnya penolong meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi, meletakkan kain yang bersih dibawah bokong ibu. Kemudian membuka partus set dan memakai sarung tangan DTT.
6. Melakukan Amniotomi
7. Ibu merasa mules yang kuat, rasa ingin mendedan dan kepala maju sedikit, diantara his ibu mendedan dan menganjurkan ibu untuk tarik napas. Diantara his penolong mendengarkan DJJ. Selang 2 menit pada setiap mendedan dan pada saat mendedan yang ketiga kalinya maka kepala tampak divulva dengan diameter 5-6 cm tangan kanan penolong melindungi perenium dengan kain, letakkan tangan kiri dikepala bayi dan melakukan tekanan 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. Penolong menganjurkan kepada ibu untuk tidak mendedan 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. Untuk melahirkan punggung kanan, kemudian tangan penolong 4 jari berada pada dada dan 1 jari berada skapula.

Kemudian tangan penolong menelusuri bayi dari punggung, bokong, kaki, maka lahirlah bayi seluruhnya

8. Pukul 19.40 WIB bayi lahir spontan, jenis kelamin laki-laki, BB 3300 gram, PB 48 cm, bayi menangis kuat dan kulit berwarna merah, menangis kuat, APGAR SCORE: 8/10.

Catatan Perkembangan Kala III

Pada tanggal 03 April 2018 pukul 19.40 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan perut masih terasa mules dan merasa lelah, bayi sudah lahir dan mengatakan senang dengan kelahiran bayinya

OBJEKTIF

Keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, N 80 ×/menit, S 37C, P 22 ×/menit, bayi sudah lahir, TFU setinggi pusat, kontraksi baik, tidak terdapat janin ke kedua, tali pusat tampak di vulva.

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan
Ibu PII A0 inpartu kala III, keadaan umum ibu baik.
2. Masalah
Tidak ada
3. Kebutuhan
Pengeluaran plasenta dengan manajemen aktif kala III

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
2. Melakukan pemeriksaan palpasi daerah perut, kandung kemih kosong, tidak terdapat janin kembar, kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat.
3. Menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM, di 1/3 paha bagian luar (antero lateral).
4. Kemudian tangan kiri berada pada fundus untuk menilai adanya kontraksi. jika ada kontraksi lakukan peregangan tali pusat terkendali. Jika tidak ada kontraksi hentikan peregangan tali pusat terkendali. Jika tali pusat bertambah

panjang pindahkan klem. Jika ada kontraksi lagi lakukan peregangan tali pusat terkendali. Kemudian penolong melihat tanda-tanda pelepasan plasenta dengan adanya semburan darah secara tiba-tiba dan tali pusat memanjang. Setelah plasenta tampak divulva tangan kiri penolong berada dibawah perineum 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.

5. Pukul 19.55 WIB plasenta lahir spontan, jumlah kotiledon lengkap 20 buah, panjang tali pusat \pm 52 cm, perdarahan \pm 50 cc.
6. Melakukan massase 15 kali dalam waktu 15 detik searah jarum jam dan menilai perdarahan.
7. Memeriksa laserasi jalan lahir.

Catatan Perkembangan Kala IV

Pada tanggal 03 April 2018 pukul 20.00 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengeluh lemas, terasa nyeri pada vulva dan perineum

OBJEKTIF

Keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, N 72 \times /menit, P 22 \times /menit, S 36,7 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 100 cc, terdapat ruptur perineum derajat II.

ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan
Ibu PII A0 inpartu kala IV, Ruptur perineum derajat II
2. Masalah
Ibu merasa lemas dan nyeri pada perineum
3. Kebutuhan
Penjahitan luka perineum dan pengawasan kala

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Melakukan penyuntikan lidocain 1 % pada daerah luka perineum

3. Setelah 1-2 menit pembiusan dilakukan penjahitan luka perineum dengan teknik simpul, dengan menggunakan benang Chromic Catgut
4. Memastikan luka sudah terjahit dan memastikan jahitan tidak sampai ke anus.
5. Mengestimasi jumlah perdarahan \pm 120 cc
6. Memberikan asuhan sayang ibu, membersihkan ibu, menggantikan pakaian dan sarung ibu, dan memakaikan doek kepada ibu.
7. Memberikan ibu makan dan minum teh manis untuk memenuhi kebutuhan ibu dan memulihkan tenaga ibu.
8. Melakukan pengawasan, tiap 15 menit pada 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit pada 1 jam berikutnya.
9. Menganjurkan ibu untuk memberi ASI eksklusif

Hasil Pemantauan

- 20.15 WIB Keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, N 76 \times /menit, P 20 \times /menit, S 36,7 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normala \pm 20 cc, kandung kemih telah dikosongkan (urine 200 cc), kontraksi uterus baik.
- 20.30 WIB Keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 78 \times /menit, P 22 \times /menit, S 36,5 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normala \pm 20 cc, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.
- 20.45 WIB Keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 76 \times /menit, P 24 \times /menit, S 36,6 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normala \pm 20 cc, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.
- 21.00 WIB Keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, N 76 \times /menit, P 24 \times /menit, S 36,6 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normala \pm 20 cc, kandung kemih telah dikosongkan (urine 150 cc), kontraksi uterus baik.
- 21.30 WIB Keadaan umum baik, TD 120/70 mmHg, N 76 \times /menit, P 22 \times /menit, S 36,5 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normala \pm 10 cc, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.
- 22.00 WIB Keadaan umum baik, TD 120/70 mmHg, N 78 \times /menit, P 22 \times /menit, S 36,6 °C, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan normala \pm 10 cc, kandung kemih dikosong, kontraksi uterus baik.

Total Perdarahan	Kala I	: 0 cc
	Kala II	: ± 50 cc
	Kala III	: ± 70 cc
	Kala IV	: ± 100 cc
	Total	: ± 220 cc

3.3 ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS

Kunjungan I

Pada tanggal 04 April 2018 pukul 03.00 WIB

SUBJEKTIF

Ny D mengeluh perih pada luka bekas jahitan dan takut untuk jalan ke kamar mandi. Makan dan minum terakhir pukul 20.00 wib.

OBJEKTIF

Keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, N 80 ×/menit, P 22 ×/menit, S 36,4 °C, bayi lahir pukul 19.40 Wib, TFU 2 jari dibawah pusat, bekas luka jahitan baik, lochea rubra, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, pengeluaran ASI sudah ada.

ANALISA

1. Diagnosa
P₂ A₀ post partum 6 jam dan K/u ibu baik.
2. Masalah
Nyeri pada luka perineum.
3. Kebutuhan
Perawatan luka jahitan perineum, KIE tentang nyeri pada luka jahitan dan Mobilisasi

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisinya dalam keadaan baik, ibu menerima hasil pemeriksaan dan senang.
2. Memastikan kandung kemih kosong dan memantau tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan, keadaan ibu baik.

3. Melakukan observasi terhadap kenormalan involusi uterus, adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal pada ibu dan cara ibu menyusui serta tanda-tanda penyulit pada ibu
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini dan jangan takut untuk melakukan pergerakan karena bekas luka jahitan seperti miring ke kiri atau kanan dan dapat berjalani ke kamar mandi untuk BAK sendiri. Ibu sudah turun dari tempat tidur.
5. Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan banyak minum
6. Memberitahukan ibu untuk melakukan personal hygiene yaitu dengan cara membersihkannya menggunakan air bersih dan menggunakan sabun, membersihkannya dari atas kebawah. Kemudian dibilas dengan menggunakan air bersih, dikeringkan dengan menggunakan handuk, oles betadine dengan kassa, ditempelkan diluka perineum, dan gunakan pembalut. Ganti setiap buang air kecil dan setiap ganti pembalut .

Kunjungan II (6 Hari postpartum)

Pada tanggal 09 April 2018 pukul 15.00 WIB

SUBJEKTIF

ibu mengatakan kondisi ibu sudah mulai membaik, perut sudah tidak mules lagi, bayi menyusu kuat, istirahat ibu cukup dan tidak ada keluhan nyeri luka jahitan.

OBJEKTIF

K/u baik, Td 120/70 mmHg, N 80 x/menit, P 24 x/menit, S 36,7 °C, TFU 3 jari diatas simfisis, puting susu lecet, ASI sudah ada, lochea sanguinolenta, luka jahitan sudah kering.

ANALISA

1. Diagnosa
P2 A0 post partum 6 hari dan K/u ibu baik.
2. Masalah
tidak ada

3. Kebutuhan

Perawatan luka jahitan perineum dan pemenuhan nutrisi.

PENATALAKSANAAN

1. Mengonfirmasikan hasil pemeriksaan kepada ibu.
2. Memfasilitasi pemberian ASI Eksklusif tanpa makanan tambahan
3. Memberikan konseling untuk tetap menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum.
4. Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan banyak minum yaitu :

Nasi/penukar	4 ¾ porsi
Daging/penukar	2 ½ potong
Tempe/penukar	6 potong
Sayur	3 mangkok
Buah	3 potong
Minyak/penukar	2 ½ sdm
Kacang hijau	2 ½ sdm
Tepung saridele	4 sdm
Susu	2 ½ sdm
Gula	2 sdm
5. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang jika ada keluhan dan memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah kembali pada 17 April 2018.

Kunjungan III (2 Minggu post partum)

Pada tanggal 17 April 2018 pukul 16.00 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keadaannya sudah semakin membaik dan tidak ada keluhan terhadap luka jahitan perineum.

OBJEKTIF

K/u baik, TD 120/80 mmHg, N 78 ×/menit, P 24 ×/menit, S 36,6°C, TFU tidak teraba lagi, puting susu baik, ASI lancar, lochea serosa, luka jahitan sudah membaik.

ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan
Ibu PII A0 post partum 2 minggu yang lalu dengan KU baik.
2. Kebutuhan
Observasi keadaan nifas dan bayi

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu
2. Menganjurkan ibu untuk mempertahankan dalam mengkonsumsi makanan yang bergizi..
3. Memastikan kembali bahwasanya involusi uteri berjalan normal dan tidak ada tanda-tanda abnormal pada masa nifas
4. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif sesering mungkin, minimal per 3 jam.
5. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah kembali pada 15 Mei 2018

Kunjungan IV

Pada tanggal 15 Mei 2018 pukul 16.30 WIB

SUBJEKTIF

Ny D mengatakan sudah tidak ada pengeluaran darah dari kemaluannya, ibu masih memberikan ASI, dan sudah datang haid sehari yang lalu.

OBJEKTIF

K/u baik, TD 120/80 mmHg, N 70 \times /menit, P 22 \times /menit, S 36,8 °C, TFU tidak teraba lagi, tidak ada pengeluaran lochea, puting susu baik, ASI lancar, luka jahitan sudah baik.

ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan
Ibu PII A0 postpartum 6 minggu dengan KU baik
2. Kebutuhan
Konseling KB

PENATALAKSANAAN

- 1 Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu
- 2 Memberitahu ibu untuk memenuhi nutrisi ibu dan bayinya
- 3 Menganjurkan ibu untuk menggunakan Alat kontrasepsi

3.4 ASUHAN BAYI BARU LAHIR

Pada tanggal 03 April 2018 pukul 19.40 WIB

SUBJEKTIF

By Ny D lahir 19.40 WIB dengan normal dan sehat.

OBJEKTIF

K/u baik, jenis kelamin laki-laki, BB 3300 gram, PB 48 cm, apgar score 8/10, LK 34 cm, LD 32 cm, Lila 10 cm, tidak ada cacat congenital.

ANALISA

1. Diagnosa Kebidanan
Bayi baru lahir
2. Kebutuhan
 - a) Menjaga kehangatan bayi
 - b) Nutrisi atau ASI

PENATALAKSANAAN

1. Melakukan pemotongan tali pusat antara klem 1 dan klem ke 2 dengan jarak \pm 3 jari umbilikus. Kemudian memotong bagian tengah yang sudah di klem. Kemudian menjepit tali pusat dengan klem umbilikus dan melepaskan klem yang ada, membungkus bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat. Dan melakukan IMD
2. Membersihkan jalan nafas dengan kassa, melakukan rangsangan taktil, dan menjaga kehangatan bayi
3. Memberikan ASI pada bayi dengan melakukan IMD
4. Pemberian salep mata tetrasiklin 1% dan Vit Neo K 1 Mg/0,5 cc di 1/3 bagian paha luar sebelah kiri
5. Melakukan rooming in
6. Mengobservasi KU, tali pusat, BAB, dan BAK bayi

Kunjungan I

Hari, Tanggal : Rabu, 04 April 2018 Pukul 07.00 Wib

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan sudah mulai menyusui dengan kuat

OBJEKTIF

K/u baik, BB 3300 gram, PB 48 cm, LK 34 cm, LD 32 cm, jenis kelamin laki-laki, refleks baik, sudah BAK dan BAB.

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan
 BBL usia 6 jam
2. Masalah
 Tidak ada
3. Kebutuhan
 Perawatan BBL dan Imunisasi HB0

PENATALAKSANAAN

1. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bayi.
2. Memandikan bayi dan merawat tali pusat bayi dengan perawatan tali pusat terbuka.
3. Memberikan injeksi HB0 pada bayi di 1/3 paha kirinya untuk perlindungan terhadap hepatitis.
4. Memberi penkes tentang kebutuhan nutrisi, menjaga kehangatan bayi, melatih bayi untuk mengenali puting susu ibunya dengan cara sering memberi ASI dan memberi penkes tentang perawatan dan tanda bahaya pada BBL.
5. Melakukan kunjungan ulang pada tanggal 09 April 2018.

Kunjungan II

Hari, Tanggal : Senin, 09 April 2018 Pukul 15.00 Wib

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya sudah mulai menyusui dengan hisapan yang kuat, Tali pusat sudah pupus pada hari ke-5

OBJEKTIF

K/u baik, N: 140 ×/menit, P: 40 ×/menit, S: 36 °C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, BAK 7-9 × sehari, BAB 5-6 × sehari. BB 3100 gr

ANALISA

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

PENATALAKSANAAN

1. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bayi
2. Memenuhi nutrisi bayi dengan memberikan ASI sesering mungkin.
3. Melakukan kunjungan ulang berikutnya pada tanggal 17 April 2018.

Kunjungan III

Hari, Tanggal : Selasa, 17 April 2018

Pukul 16.00 Wib

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada masalah pada bayinya, BAK dan BAB normal, bayi menyusui dengan baik.

OBJEKTIF

K/u baik, N: 140 ×/menit, P: 40 ×/menit, S: 36,7°C, BB 3250 gram PB 49 cm, tidak ada kelainan atau cacat bawaan.

ANALISA

- 1 Diagnosa kebidanan
BBL usia 2 Minggu dengan kondisi baik
- 2 Masalah
Tidak ada
- 3 Kebutuhan
Konseling jadwal imunisasi

PENATALAKSANAAN

1. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bayi
2. Memenuhi nutrisi bayi dengan memberikan ASI minimal per 3 jam.
3. Memberitahu ibu untuk jadwal imunisasi yaitu imunisasi BCG pada usia 1 bulan, polio pada usia 1,2,3 dan 4 bulan, DPT-HB pada usia 2,3, dan 4 bulan, dan campak pada usia 9 bulan.

Kunjungan IV

Tanggal : 15 Mei 2018

Pukul 17.00 Wib

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada masalah pada bayinya.

OBJEKTIF

K/u baik, N: 140 ×/menit, P: 40 ×/menit, S: 36,7°C, BB 3800 gram PB 49 cm, tidak ada kelainan atau cacat bawaan.

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan
BBL usia 6 Minggu dengan kondisi baik
2. Masalah
Tidak ada
3. Kebutuhan
Konseling jadwal imunisasi selanjutnya.

PENATALAKSANAAN

- 1 Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bayi
- 2 Memastikan pada ibu bahwa bayinya mendapat ASI cukup tanpa pendamping ASI atau susu formula.
- 3 Memberitahu ibu untuk membawa bayinya tiap bulan untuk memeriksa pertumbuhan dan perkembangan dan juga imunisasi tiap bulan dengan imunisasi dasar lengkap.

3.5 ASUHAN KELUARGA BERENCANA

Pada tanggal 29 Juni 2018 pukul 09.00

SUBJEKTIF

Ny.D mengatakan sudah mengalami menstruasi dan ingin menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan

OBJEKTIF

K/u baik, TD 120/80 mmHg, N 74 x/menit, P 20 x/menit, S 36,5 °C, BB 57 Kg, TB 165 cm.

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan
P2 A0 akseptor KB suntik *Depo-provera*.
2. Kebutuhan
waktu penyuntikan berikutnya

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Memberitahu ibu untuk menggunakan suntik 3 bulan agar tidak menghambat ASI
3. Melakukan penyuntikan di 1/3 SIAS (Spina Iliaka Anterior Superior) secara IM
4. Menjelaskan kepada ibu efek samping dari penggunaan KB suntik
5. Mengisi kartu aseptor KB
6. Memberitahu ibu dan menulis kunjungan ulang berikutnya pada tanggal 20 September 2018 di buku registrasi KB dan kartu KB pasien.

BAB 4

PEMBAHASAN

Asuhan pada Ny. D telah diberikan dengan asuhan kebidanan yang komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. D umur 23 tahun, dimulai pada usia kehamilan trimester III yaitu 30 Minggu pada tanggal 19 Januari 2018, persalinan, postpartum (nifas), bayi baru lahir, dan menjadi akseptor KB pada tanggal 29 Juni 2018 yang dilakukan di klinik bidan R.M kota Pematangsiantar, dan rumah klien Ny. D di BDB Lorong 24 Pematangsiantar.

4.1 Kehamilan

Masa gestasi Ny. D berlangsung 39-40 minggu. Selama kehamilan, Ny.D memeriksakan kehamilannya sebanyak 4 kali, yang laksanakan pada trimester III. Ini merupakan kunjungan ulang klien dan kunjungan pertama penulis. Hal ini tidak sesuai pada teori yang menyatakan bahwa ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pengawasan antenatal minimal 4 kali, yaitu satu kali pada setiap semester, sedangkan trimester terakhir sebanyak dua kali (Prawirohardjo,2014).

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny D yang merupakan kunjungan pertama penulis pada usia kehamilan 30 minggu, ditemukan adanya masalah yaitu anemia sedang dengan kadar Hb 8,4 gr%. Keadaan ini dapat berpengaruh terhadap kehamilan, persalinan maupun nifas. Pada kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin, mudah terjadi infeksi, mola hidatosa, hipermesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD). Pada saat persalinan gangguan His, kala pertama dan kedua dapat berlangsung lama, retensio plasenta, dan atonia uteri. Pada kala nifas dapat terjadi perdarahan. (Manuaba, 2014)

Kemudian penulis memberikan tablet Fe pada Ny. D sejak usia kehamilan 30 minggu untuk mengatasi masalah pada ibu tersebut dan pemberian tablet zat besi sudah mencapai 90 tablet, dan kadar Hb ibu pada usia kehamilan 39-40 minggu 11,2 gr%.

Berdasarkan data yang terkumpul dari anamnese, pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi tidak ditemukan adanya masalah, namun pada pemeriksaan penunjang yang terdiri dari pemeriksaan protein urine, glukosa, dan Hb ditemuka satu masalah yaitu nilai Hb ibu dibawah batas normal (10 gr%), dengan demikian kehamilan pada Ny D adalah kehamilan dengan anemia sedang.

4.2 Persalinan

Kala I

Pada pukul 17.10 WIB hasil pemeriksaan dalam pada Ny D didapat pembukaan 6 cm, dan pada pukul 19.15 WIB dilakukan kembali pemeriksaan dalam didapat pembukaan lengkap (10 cm). Kebutuhan nutrisi dan hidrasi pada kasus Ny D diberi banyak minum dimana menurut teori memberi minum sering untuk mencegah dehidrasi. Penulis memberi asuhan sayang ibu pada Ny D dimana menurut teori APN (2014) dengan memberi rasa nyaman dapat mengurangi rasa sakit yang dialami oleh ibu. Asuhan yang diberikan adalah:

- 1 Merubah posisi ibu
- 2 Posisi sesuai dengan keinginan ibu
- 3 Mengajak suami atau keluarga mendampingi ibu, untuk memijat atau menghusap punggung ibu.
- 4 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 kebidanan yang diberikan sesuai dengan ketetapan standart asuhan.

Proses kala I pada Ny. D dikatakan normal, karena saat dipantau dengan menggunakan partograf tidak melewati garis waspada. Menurut (Saifuddin, 2010) proses kala I dikatakan normal jika dipantau melalui patograf dan tidak melewati garis waspada.

Kala II

Pada Ny D kala II berlangsung selama 25 menit. Maka dari hasil pemeriksaan sesuai dengan teori. Menurut teori (Rohani, dkk. 2014) lamanya kala II untuk multipara adalah maksimal $\frac{1}{2}$ jam

Pada kasus Ny. D ke klinik bidan pada pukul 17.10 WIB dengan keluhan sakit pada daerah pinggang dan mules serta keluar lendir bercampur darah. Menurut teori dari (JNPK-KR, 2014) bahwa tanda dan gejala inpartu adalah penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi yang mengakibatkan perubahan serviks dan cairan lendir bercampur darah pervaginam. Pada kala I berlangsung $\pm 6 \frac{1}{2}$ jam dengan adanya rasa sakit dan his yang sering dan teratur. Kemudian penulis melakukan pemeriksaan dalam pada jam 17.10 WIB dengan pembukaan 6 cm, ketuban utuh, portio menipis, kepala di hodge III. Sehingga penulis menganjurkan Ny. D untuk berjalan-jalan atau tidur miring dan penulis melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf. Pada jam 19.15 WIB ketuban pecah, warna putih keruh, kemudian penolong memakai alat pelindung diri dan memakai sarung tangan DTT. Pada jam 19.15 WIB penulis melakukan pemeriksaan dalam dan didapat pembukaan 10 cm, penurunan di hodge IV, ketuban putih keruh, portio menipis, dan adanya keinginan ibu untuk meneran.

Penulis memimpin ibu untuk meneran dan menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Pada kala II Ny. D berlangsung 25 menit dari pembukaan lengkap pukul 19.15 WIB dan bayi lahir spontan pukul 19.40 WIB. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan dan dikatakan normal.

Kala III

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 (JNPK-KR. 2014). 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 19.55 WIB dengan jumlah

kotiledon lengkap 20 buah, selaput plasenta utuh, panjang tali pusat normal ± 52 cm.

Pada Ny D kala III berlangsung selama 15 menit, ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek di lapangan. Menurut teori (Rohani, 2014) lamanya kala III biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir dan untuk multipara berlangsung sampai 15 menit.

Kala IV

Pada saat bayi lahir perineum mengalami rupture derajat 2 dikarena posisi ibu litotomi, menurut teori dari Candra Wahyuni 2017 penyebab utama perdarahan postpartum biasanya terjadi ketika wanita melahirkan dengan posisi litotomi karena posisi ini menyebabkan peningkatan tekanan pada perineum (Candra Wahyuni, 2017).

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 merawat luka perineum dengan personal hygiene yang baik. Asuhan kebidanan pada ibu postpartum sesuai dengan standart kebidanan.

4.3 Nifas

Dalam masa nifas Ny D telah mendapatkan 4 kali kunjungan nifas yaitu 6 jam postpartum, 6 hari postpartum, 2 minggu postpartum dan 6 minggu postpartum. Pelayanan tersebut sesuai dengan program dan kebijakan mengenai kunjungan nifas yang dilakukan selama 4 kali (Astutik, 2015). Berdasarkan kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan Ny D dari kunjungan 6 hari sampai 6 minggu postpartum tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun.

4.4 Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi baru lahir penolong langsung menialai apgar score, dan melakukan perawatan selanjutnya pada bayi baru lahir yaitu mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi dengan cara bayi dibedong dan diselimuti

dengan kain yang kering dan hangat, tidak memandikan segera setelah lahir dan menempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

Pada teori (Prawirohardjo, 2014) mengungkapkan segera setelah bayi lahir, bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Pada bayi Ny .D segera setelah lahir diletakkan di dada ibunya, namun hanya selama 5 menit saja. Hal ini menunjukkan terjadi teori dengan praktek yang mengatakan waktu pelaksanaan kurang dari satu jam.

Pada teori (JPNK-KR, 2014) setelah satu jam, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 Mg di paha kiri. Pada bayi Ny D dilakukan penimbangan/pengukuran bayi setelah selesai membereskan ibu, dan dilakukan pemberian tetes mata dan vitamin K1 di klinik tersebut.

4.5 Keluarga Berencana

Ny D post partum 6 minggu mengatakan merasa sehat, sudah tidak ada lagi darah yang keluar dari jalan lahir, inu sudah mulai mengerjakan pekerjaan rumah, ASI lancar, istirahat cukup, ibu bingung mau menggunakan kontrasepsi yang akan digunakan.

Dalam pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi, konseling merupakan aspek yang sangat penting. Melalui konseling, petugas membantu klien dalam memilah dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan keinginannya, membuat klien merasa lebih puas, meningkatkan hubungan dan kepercayaan yang sudah ada antara petugas dan klien dalam menggunakan kontrasepsi lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB (Pinem, 2014).

Asuhan yang diberikan pada Ny D yaitu memberikan informasi kepada ibu tentang jenis-jenis KB beserta kelebihan dan kekurangannya. Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah kontrasepsi jenis suntikan yang berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormon estrogen, dosis yang diberikan adalah 150 mg/ml secara intramuskuler setiap 12 minggu. Mekanisme kerja dari KB suntik 3 bulan adalah mencegah ovulasi, membuat lendir servik menjadi kental. Efek samping

dari KB suntik 3 bulan adalah mengalami gangguan haid, penambahan berat badan, mual, berkunang-kunang, sakit kepala, penurunan libido dan vagina kering. Dari beberapa efek samping tersebut yang paling sering dialami oleh akseptor adalah gangguan haid. Gejala gangguan haid yang terjadi antara lain tidak mengalami haid (*amenorea*), perdarahan berupa bercak-bercak (*spotting*), perdarahan haid yang lebih lama dan atau lebih banyak dari biasanya (*menorarghia*).

Ibu tertarik ingin menggunakan KB suntik 3 bulan sebagai kontrasepsi yang digunakan. Setelah melakukan pengkajian dan evaluasi Asuhan Keluarga Berencana pada Ny D, maka klien bersedia menggunakan alat kontrasepsi hormonal suntik 3 bulan. Penulis melakukan penyuntikan pertama kepada Ny D pada tanggal 29 Juni 2018 dan memberikan kartu tanda peserta KB. Kemudian penulis menganjurkan ibu untuk kembali melakukan suntikan KB 3 bulan kemudian yaitu pada tanggal 20 September 2018.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Asuhan kehamilan pada Ny. D dilakukan pemeriksaan kehamilan pada tanggal 19 Januari 2018, ini merupakan kunjungan ulang klien dan kunjungan pertama penulis sampai dengan berakhirnya kunjungan pada tanggal 25 Maret 2018, dari hasil pengkajian dan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ditemukan Anemia Sedang, dan hal ini sudah ditangani dengan pemberian tablet Fe dan Hb ibu menjadi 11,2 g% .
2. Proses persalinan pada Ny. D tanggal 03 April 2018, saat persalinan tidak ditemukan adanya penyulit, hanya ada ruptur perineum derajat 2 dan dilakukan penjahitan setelah di anastesi.
3. Asuhan masa nifas pada Ny. D dimulai dari tanggal 04 April 2018 – 15 Mei 2018 yaitu dari 6 jam postpartum sampai 6 minggu postpartum. Selama masa nifas, berlangsung dengan baik dan tidak ada ditemukan tanda bahaya atau komplikasi.
4. Asuhan bayi baru lahir pada Bayi Ny. D yang berjenis kelamin laki-laki, BB 3300 gram, PB 48 cm, LK 33 cm, LD 32 cm, LLA 11 cm. tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan Neo-K 1mg/0,5 cc, salep mata dan telah diberikan imunisasi Hb 0 serta imunisasi BCG dan polio 1. Saat pemeriksaan dan pemantauan bayi tidak ditemukan adanya komplikasi atau tanda bahaya.
5. Asuhan kebidanan pada Ny. D akseptor KB Suntik 3 bulan dilakukan pada tanggal 29 Juni 2018, saat pemasangan tidak ditemukan adanya penyulit, sebelum pemasangan ibu telah diberikan konseling agar ibu bisa memilih KB yang cocok untuk dirinya dan ibu terlebih dahulu menanyakan persetujuan dari suaminya.

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 dan diharapkan dapat mengikuti pelatihan untuk mendapatkan ilmu terbaru (evidenced based) tentang kebidanan sehingga dapat mengikuti perkembangan kebidanan yang sudah ada serta diharapkan dapat memfasilitasi sarana dan prasarana dalam memberikan asuhan kebidanan agar menjaga kenyamanan klien.

3. Bagi Pasien

Diharapkan setiap ibu hamil memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bbl dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y. (2016). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Rohima Press
- Asrinah, dkk. (2015). *Asuhan Kebidanan masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Candra Wahyuni. (2017). Hubungan Posisi Meneran dengan Ruptur Perineum Persalinan Normal pada Multigravida di BPS Desa Putren Kecamatan Sukomoro Kabupaten Nganjuk.
- Dewi, V. N. L. (2013). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinkes Prov. Sumut. (2013). *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2013*. (http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2013/03_Provs_Sumbar_2013.pdf). (Diakses tanggal 4 Maret 2018, 09:26).
- Dinkes Kota Pematangsiantar. (2016). *Profil Kesehatan Kota Pematangsiantar Tahun 2016*.
- Diskes Profinsi Sumatra Utara. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Sumatra Utara* <http://diskes.sumutprov.go.id/profil-kesehatan/profil-kesehatan-provinsi-Sumatra-Utara-2014>. Pdf. (Diakses pada tanggal 4 Maret 2018, 09:30).
- Eka, Anafrin, Dyah. (2015). Penyebab Terjadinya Ruptur Perineum pada Persalinan Normal di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. (<https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/download/160/157>). Diakses pada, 28 Juni 2018, 22. 19)
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. (2012). *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Hani, dkk. (2011). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta. Salemba Medika.
- Imron R, Asih Y, Indrasari N, (2016). *Asuhan Kebidanan Patologi dalam Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Gangguan Reproduksi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Indrayani, (2011). *Buku Ajar AsuhanKehamilan*. Jakarta Timur: Trans Info Media.
- JNPK-KR. (2014). *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatih Klinik.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta

- Lockhart, A & Saputra, L. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologi & Patologi*. Pamulang: Binarupa Aksara.
- Manuaba, dkk. (2014). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB untuk pendidikan Bidan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Maritalia, D. (2014). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho, dkk. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pasiowan, S., Lontaan, A., rantung, M. (2015). *Jurnal Ilmiah bidan. Faktor Yang Berhubungan Dengan Robekan Jalan Lahir Pada Ibu Bersalin*. Volume 3.No 1. Hal 55.
- Pinem, S. (2014). *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta. Trans Info Media.
- Prawirodihardjo, S dan Wiknjosastro, H. (2014). *Ilmu Kebidanan*, Saifuddin, AB. *Ilmu Kebidanan Edisi IV*. Jakarta PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rohani, Reni, Marisah. (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Saifuddin, Abdul B. (2016). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Setiyaningrum, dan Azis, B, Z. (2014). *Pelayanan Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Trans Info Media.