

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E MASA HAMIL,
BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, SAMPAI
DENGAN KELUARGA BERENCANA DI KLINIK
BIDAN R.M PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Disusun Oleh :

CHRISTIN SRI DEVI

NIM : P0.73 24.2.15.044

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

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E MASA HAMIL,
BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, SAMPAI
DENGAN KELUARGA BERENCANA DI KLINIK
BIDAN R.M PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
Kebidanan pada Program Studi D-III Kebidanan Pematangsiantar
Poltekkes Kemenkes RI Medan



Disusun Oleh :

CHRISTIN SRI DEVI

NIM : P0.73 24.2.15.044

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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.E MASA HAMIL,
BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, SAMPAI
DENGAN KELUARGA BERENCANA DI KLINIK
BIDAN R.M PEMATANGSIANTAR**

NAMA : CHRISTIN SRI DEVI
NIM : P0.73.24.2.15.044

Laporan Tugas Akhir Ini Telah disetujui untuk dipertahankan
Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir
Tanggal, 16 Juli 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Inke Malahayati, SST, M.Keb
NIP.197605102008012021



Ribka Nova Sembiring, SST, M.Kes
NIP.197701012001122001

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



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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.E MASA HAMIL,
BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, SAMPAI
DENGAN KELUARGA BERENCANA DI KLINIK
BIDAN R.M PEMATANGSIANTAR**

NAMA : CHRISTIN SRI DEVI
NIM : P0.73.24.2.15.044

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan
Pematangsiantar, 16 Juli 2018

Penguji I




Inke Malahayati, SST, M.Keb
NIP.197605102008012021

Penguji II



Safrina, SST, MPH
NIP.196208221997032001

Ketua Penguji



Zuraidah, S.Si.T, M.Kes
NIP. 197508102006042001

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



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga dapat diselesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul, **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. E Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Neonatus,dan Keluarga Berencana di Klinik Bidan R.M Kota Pematangsiantar”** sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan.

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

1. Ibu Dra.Ida Nurhayati, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan.
2. Ibu Betty Mangkuji, SST, M.Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan.
3. Ibu Tengku Sri Wahyuni, S.S.iT, M.Keb selaku Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar.
4. Ibu Inke Malahayati, SST, M.Keb selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan.
5. Ibu Ribka Nova Sembiring, S.Si.T, M.Kes selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan.
6. Ibu R.Manurung, Am.Keb, selaku bidan pembimbing yang telah memberikan kesempatan untuk praktek dan membimbing dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB pada Ny.E.
7. Ibu E dan keluarga atas ketersediaan menjadi pasien dan kerjasamanya yang baik.
8. Orangtua, adikku atas cinta, dukungan dan doa yang selalu diberikan 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

CHRISTIN SRI DEVI
NIM:P0.73.24.2.15.044

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

CHRISTIN SRI DEVI

Asuhan Kebidanan Pada Ny. E Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Sampai Dengan Keluarga Berencana Di Klinik Bidan R.M Pematangsiantar

ABSTRAK

Latar belakang: Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH. Laporan profil kesehatan kab/kota tahun 2013, dari 267.239 bayi lahir hidup terdapat 2.696 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Angka ini dapat diperhitungkan, AKB di Sumatera Utara 10/1.000 KH pada tahun 2013.

Tujuan: Untuk memberikan asuhan kebidanan pada Ny.E Umur 26 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.

Metode: Asuhan kebidanan yang berkelanjutan dan pendokumentasian dengan manajemen SOAP.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan kebidanan kepada Ny. E dengan anemia ringan. Pada teori kehamilan dengan anemia dapat mengakibatkan perdarahan dan kematian pada saat proses persalinan dan nifas. Asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. E kehamilan dengan anemia ringan tidak mengakibatkan komplikasi pada kehamilan, persalinan, maupun nifas. Proses persalinan bayi lahir spontan dengan BB 4000 gram, PB 50 cm, *apgar score* 9/10, dengan jenis kelamin perempuan. Pada pelaksanaan asuhan kala II Ny. E mengalami ruptur derajat II, akan tetapi masalah dapat teratasi dengan melakukan *hecting* derajat II dengan teknik jelujur. Asuhan pada BBL diberikan sesuai kebutuhan dan tidak ada ditemukan tanda bahaya maupun komplikasi pada bayi. Pada kunjungan terakhir masa nifas telah diinformasikan tentang penggunaan kontrasepsi, ibu memutuskan untuk menjadi akseptor KB suntik yang disuntikan 1 kali 3 bulan.

Kesimpulan: Pada kasus ini Ny.E umur 26 tahun dengan anemia ringan, dan ruptur perineum tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Ibu dianjurkan mengkonsumsi makanan bergizi, tablet Fe dan menjadi akseptor KB.

Kata kunci: Asuhan kebidanan berkelanjutan, Anemia, Ruptur Perineum, KB.

POLYTECNIC MINISTRY OF HEALTH MEDAN
MIDWIFERY OF STUDY PROGRAM IN PEMATANGSIANTAR
CASE REPORT, 16th JULY 2018

CHRISTIN SRI DEVI

Midwifery care in Ms. E in pregnancy period, maternity, postnatal, newborn baby, and become of family planning at R.M midwife clinic 's on Pematangsiantar

ABSTRACT

Back ground of problems: *Based on the result of the population cencus in 2010, AKI in North Sumatera are 328/100.000 KH. The report profiles 2.696 babies died before the age going profiles to 1 year. This figure can be taken into account, AKBin North Sumatera are 10/10.000 KH on 2013.*

Purpose: *To provide care in obstetrics at Mrs. E age 26 years old with continuity of care started from pregnant women, maternity, childbirth, and newborn and acceptor family planning in accordance with the standards careof midwifery and midwifery management.*

Method: *Continuity midwifery care and documentation by SOAP management.*

Result: *After midwifery after care to Mrs. E, with moderate anemia. In theory of pregnancy with anemia can lead to bleeding and deaths during childbirth and puerperium. Care in midwifery in a sustainable manner of Ms. E pregnancy with mild anemia does not lead to complications in pregnancy and chilbirth. The baby was born naturally with the weight of 4000 gr, the length of 50 cm, apgar score 9/10 with female gender. In the implementation of the care kala II, Mrs. E rupture but the problems can be resolved by doing hecting with baste technique. Care on a newborn baby given according to the needs of baby's. In a recent visit of the childbirth, has been informed about the use of contraception. The patient decided to become acceptor family planning injection one time in three months.*

Conclusion: *In the case of Mrs. E 26 years old with moderate anemia, and rupture perineum, it is found no gap between theory and practice. The patient is recommended to consume nutritious foods, Fe tablet, and be acceptor family planning.*

Keywords: *Continuity of Care, Anemia, Perineum Rupture, family Planning.*

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi ruang lingkup	3
1.3. Tujuan asuhan kebidanan	3
1.4. Sasaran, tempat, waktu asuhan kebidanan.....	4
1.5. Manfaat Penyusunan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Kehamilan.....	18
2.2 Persalinan.....	18
2.3 Nifas.....	31
2.4 Bayi Baru lahir	35
2.5. Keluarga Berencana.....	41
BAB III ASUHAN KEBIDANAN	45
3.1. Asuhan Kebidanan pada ibu hamil	45
3.2. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin	55
3.3. Asuhan kebidanan pada ibu nifas	61
3.4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir	65
3.5. Asuhan kebidanan pada akseptor KB.....	68
BAB IV PEMBAHASAN	69
4.1. Asuhan kehamilan	69
4.2. Asuhan Persalinan	71
4.3. Asuhan nifas	73
4.4. Asuhan bayi baru lahir	74
4.5.Asuhan Keluarga Berencanaan	75
BAB V PENUTUP	76
5.1. Simpulan	76
5.2. Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Hubungan Tua Kehamilan, Besar Uterus dan TFU	7
Tabel 2.2	Imunisasi TT	15
Tabel 2.3	Nilai APGAR	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Ethical clearance*

Lampiran 2 *Informed Consent*

Lampiran 3 Partograf

Lampiran 4 Stempel Kaki Bayi Baru Lahir

Lampiran 5 Kartu KB

Lampiran 6 Bimbingan LTA

Lampiran 7 Presensi Menghadiri Seminar Proposal

Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Berat Bayi Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
DJJ	: Denyut Jantung janin
Hb	: Haemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMD	: Inisiasi menyusui dini
KB	: Keluarga berencana
KH	: Kelahiran Hidup
KPD	: ketuban pecah dini
KU	: Keadaan Umum
LD	: Lingkar Dada
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
PAP	: Pintu Atas Panggul
PUS	: Pasangan Usia Subur
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri

TT : *Tetanus Toxoid*
TTP : Tafsiran Tanda Persalinan
WHO : *World Health Organization*
WUS : Wanita Usia Subur

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2013 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia 210 per 100.000 kelahiran hidup, AKI di negara berkembang 230 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI di negara maju 16 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Asia Timur 33 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Selatan 190 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Tenggara 140 per 100.000 kelahiran hidup dan Asia Barat 74 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Menurut data Profil kesehatan Sumatera Utara, AKI di Sumatera Utara tercatat sebesar 85/100.000 KH, namun hal ini belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya, terutama bila dibandingkan dari hasil Sensus Penduduk tahun 2010. AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH, namun masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional hasil SP 2010 yaitu sebesar 259/100.00 KH. Sedangkan berdasarkan survei AKI dan AKB yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan FKM USU menyebutkan bahwa AKI provinsi Sumatera Utara sebesar 268/100.000 KH (Dinkes, 2016).

Menurut WHO, pada tahun 2013 AKB di dunia 34 per 1.000 kelahiran hidup, AKB di negara berkembang 37 per 1.000 kelahiran hidup dan AKB di negara maju 5 per 1.000 kelahiran hidup. AKB di Asia Timur 11 per 1.000 kelahiran hidup, Asia Selatan 43 per 1.000 kelahiran hidup, Asia Tenggara 24 per 1.000 kelahiran hidup dan Asia Barat 21 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Besarnya angka kejadian anemia ibu hamil pada trimester I kehamilan adalah 20%, trimester II sebesar 70%, dan trimester III sebesar 70%.4 Hal ini disebabkan karena pada trimester pertama kehamilan, zat besi yang dibutuhkan sedikit karena tidak terjadi menstruasi dan pertumbuhan janin masih lambat. Menginjak trimester kedua hingga ketiga, volume darah dalam tubuh wanita akan meningkat sampai 35%, ini ekuivalen dengan 450 mg zat besi untuk memproduksi sel-sel darah merah. Sel darah merah harus mengangkut oksigen lebih banyak untuk janin. Sedangkan saat melahirkan, perlu tambahan besi 300 – 350 mg akibat

kehilangan darah. Sampai saat melahirkan, wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg per hari atau dua kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi anemia adalah dengan pemberian tablet besi (Fe) sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Presentasi cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet besi secara nasional tahun 2016 sebesar 73,31%, hal ini menurun dibandingkan tahun 2015 yakni sebesar 80,13% atau terdapat penurunan sebesar 6,82%. Dengan persentasi cakupan tersebut, maka cakupan pemberian tablet besi dalam kehamilan belum mampu mencapai target nasional yang ditetapkan sebesar 80% (Dinkes, 2016).

Ruptur perineum adalah perlukaan jalan lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat maupun tidak menggunakan alat. Di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi 2,7 juta kasus ruptur perineum pada ibu bersalin. Angka ini diperkirakan mencapai 6,3 juta pada tahun 2050, seiring dengan semakin tingginya bidan yang tidak mengetahui asuhan kebidanan dengan baik (Hilmy, 2010). Pada ibu bersalin di BPM Fauziah Hatta Palembang pada tahun 2014 sebesar 58 ibu yang ruptur perineum. Pada tahun 2015 angka tersebut menjadi 49 ibu yang ruptur perineum, sedangkan pada tahun 2016 kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin sebesar 52. Penelitian ini bertujuan untuk diketahuinya hubungan paritas, berat badan bayi, dan tehnik meneran terhadap kejadian ruptur perineum dan faktor yang paling berhubungan dengan kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin.

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang di lakukan sekurang kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang di anjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 dengan hari ke-42 pasca persalinan (Kemenkes, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2014 penggunaan kontrasepsi telah meningkat di banyak bagian dunia, terutama di Asia dan Amerika Latin dan terendah di Sub-Sahara Afrika. Secara global, pengguna kontrasepsi modern telah meningkat tidak signifikan dari 54% pada tahun 1990

menjadi 57,4% pada tahun 2014. Indonesia merupakan sebuah negara berkembang dengan jumlah penduduk sebanyak 252.124.458 jiwa dengan luas wilayah 1.913.378,68 km² dan kepadatan penduduk sebesar 131,76 jiwa/km² (Depkes RI, 2014). Masalah yang terdapat di Indonesia adalah laju pertumbuhan penduduk yang relatif masih tinggi. Perkiraan penduduk pertengahan (2013) sebesar 248,8 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,48%. Diperkirakan 225 juta perempuan di negara-negara berkembang ingin menunda atau menghentikan kesuburan tapi tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun dengan alasan sebagai berikut terbatas pilihan metode kontrasepsi dan pengalaman efek samping. Kebutuhan yang belum terpenuhi untuk kontrasepsi masih terlalu tinggi (WHO, 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 (Dinkes, 2016).

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara berkelanjutan atau *continuity of care*. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis mengambil kasus ibu hamil, ibu bersalin, nifas dan BBL dan KB pada Ny. E untuk pembuatan laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir sampai menjadi Akseptor KB pada Ny. E di klinik Bidan R.M Jln. Medan Kota Pematangsiantar”.

1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Masalah

Ruang lingkup asuhan diberikan pada Ny. E umur 26 tahun, GIII PII Ab0 trimester I, II, III, fisiologis dan secara berkelanjutan (*continuity of care*), menolong persalinan, memantau masa nifas, melakukan perawatan pada bayi baru lahir dan KB.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai mendapatkan pelayanan KB (Keluarga Berencana) dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny.E di klinik Bidan R.M Jln. Medan Kota Pematangsiantar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
2. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB
5. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah di lakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

1.4 Sasaran, tempat, dan waktu asuhan kebidanan

1.4.1 Sasaran

Asuhan Kebidanan ini di tujukan kepada Ny. E mulai dari hamil, bersalin, masa nifas, bayi baru lahir, dan KB.

1.4.2 Tempat

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.E di Klinik Bidan R.M Jln. Medan Kota Pematangsiantar.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan *continuity of care* pada Ny. E mulai Agustus 2017 sampai April 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.

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.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses matarantai yang berkesinambung dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implementasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba dkk, 2014).

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, 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) (Prawirohardjo, 2014).

2. Perubahan Fisiologi pada 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. Uterus

Rahim atau uterus yang semulanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim akan mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Perubahan pada isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut tanda Hegar. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil molahidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar(Manuaba, 2014).

Tabel 2.1

Hubungan tua kehamilan, besar uterus dan tinggi fundus uteri

Akhir Bulan	Besar Uterus	Tinggi Fundus Uteri
1	Lebih besar dari biasa	Belum teraba
2	Telur bebek	Di belakang simfisis
3	Telur angsa	1-2 jari di atas simfisis
4	Kepala bayi	Pertengahan simfisis-pusat
5	Kepala dewasa	2-3 jari di bawah pusat
6	Kepala dewasa	Kira-kira setinggi pusat
7	Kepala dewasa	2-3 jari diatas pusat
8	Kepala dewasa	Pertengahan pusat-prosesus xypodeus
9	Kepala dewasa	3 jari dibawah Px
10	Kepala dewasa	Sama dengan kehamilan 8 bulan tetapi melebar ke samping

Sumber : Mochtar R, 2016. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC

2. Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin bewarna merahdan kenbiru-biruan (tanda *chadwick*).

3. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak lepas dari kemampuan vili korialis yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2014).

4. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin. Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut :

a) Estrogen, berfungsi:

- 1) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara

2) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.

b) Progesteron, berfungsi:

- 1) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi.
- 2) Meningkatkan jumlah asinus.

c) Somatomamotrofin, berfungsi:

- 1) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin dan laktoglobulin.
- 2) Penimbunan lemak disekitar alveolus payudara.
- 3) Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan (Manuaba, 2014).

5. Sirkulas Darah Ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor yaitu :

- 1) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- 2) Terjadinya hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- 3) Pengaruh hormon estrogen makin meningkat.

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah yakni :

1. Volume darah.

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25 sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali.

2. Sel darah.

Sel darah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi disertai anemia

fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000/ml. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal.

3. Sistem Respirasi.

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25 % daripada biasanya (Manuaba, 2014).

4. Sistem Pencernaan.

Oleh karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat dan menyebabkan:

- 1) Pengeluaran air liur berlebihan.
- 2) Daerah lambung terasa panas.
- 3) Terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari, yang disebut *morning sickness*.
- 4) Muntah, yang terjadi disebut emesis gravidarum.
- 5) Muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari, disebut hiperemesis gravidarum.
- 6) Progesteron menimbulkan gerak usus semakin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.

5. Traktus Urinarius.

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada kehamilan tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urin akan bertambah. Filtrasi pada glomerulus bertambah sekitar 69 sampai 70%. Pada kehamilan, ureter membesar untuk dapat menampung banyaknya pembentukan urine, terutama pada ureter kanan karena peristaltik ureter terhambat karena pengaruh progesteron, tekanan rahim yang membesar, dan terjadi perputaran ke kanan, dan terdapat kolon dan sigmoid di sebelah kiri yang menyebabkan

perputaran rahim ke kanan. Tekanan rahim pada ureter kanan dapat menyebabkan infeksi pielonefritis ginjal kanan.

6. Perubahan Pada Kulit

Perubahan pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone lobus hiposisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola mammae, papila mammae, linea nigra, pipi (khloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang (Manuaba, 2014).

7. Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Manuaba, 2014).

3. Perubahan Psikologis Dalam Masa Kehamilan

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

a. Trimester III

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

4. 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.

5. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

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

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

1) Oksigen

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

2) Nutrisi

a) Kalori

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

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

b) Protein

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

3) Personal hygiene

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

4) Pakaian

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

5) Eliminasi

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

6) Seksual

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

7) Istirahat

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

8) Senam hamil

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

2.1.2 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).

a. 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.

b. 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 2.2
Imunisasi TT

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

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

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

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

7) Pemberian Tablet Tambah darah

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

8) Tes Laboratorium.

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

9) Konseling atau penjelasan

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

10) Tata laksana atau mendapatkan pengobatan

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

2.1.2 Anemia Pada Kehamilan

1. Pengertian Anemia

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

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah, bahkan murah dengan menetapkan Hb kurang dari 11 gr% (Manuaba, 2014).

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 g% (gr%) sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. (Manuaba, 2014).

2. Penggolongan Anemia

Penggolongan anemia (Manuaba,2014) , yaitu :

- a) Anemia defisiensi zat besi (kekurangan zat besi)
- b) Anemia megaloblastik (kekurangan vitamin B12)
- c) Anemia hemolitik (pemecahan sel-sel darah lebih cepat dari pembentukan)
- d) Anemia hipoplastik (gangguan pembentukan sel-sel darah).

2. Diagnosis Anemia pada Kehamilan

- a) Hb 11 gr% : tidak anemia
- b) Hb 9-10 gr% : anemia ringan
- c) Hb 7-8 gr% : anemia sedang
- d) Hb <7 gr% : anemia berat

3. Pengaruh Anemia pada Kehamilan dan Janin

a) Pengaruh anemia pada kehamilan

- 1) Bahaya selama kehamilan. Dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekomposisi kordis (Hb<6gr%).serta dapat pula terjadi molahidatidosa,hyperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).
- 2) Bahaya saat persalinan. Gangguan His, kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan post partum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri.
- 3) Pada kala nifas. Terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.

b) Bahaya anemia terhadap janin

Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk: abortus, kematian intrauterine, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal dan inteligensia rendah.

Penatalaksanaan anemia ringan

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

- a) Minum tablet zat besi dan makan buah-buahan yang kaya akan vitamin C (tomat, jeruk, air jeruk nipis).
- b) Makan sayur berwarna hijau setiap hari (bayam, sawi).

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

2.2 PERSALINAN

2.2.1. Konsep dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (prawirohardjo, 2014).

2. Teori Penyebab Persalinan

a) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai.

b) Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c) Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.

d) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin satu hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Manuabaddkk, 2014).

3. Tanda dan Gejala Persalinan

1. Kekuatan His makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu:
 - a. Pengeluaran lender.
 - b. Lender bercampur darah.
3. Dapat disertai ketuban pecah.
4. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks:
 - a. Pelunakan serviks.
 - b. Pendataran serviks.
 - c. Terjadi pembukaan serviks.

Faktor-faktor penting dalam persalinan adalah:

1. *Power*
 - a) His (kontraksi otot rahim).
 - b) Kontraksi otot dinding perut.
 - c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
 - d) Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.
2. *Passanger*
Janin dan plasenta.
3. *Passage*
Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang (Manuaba, 2014)

2.2.2. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,IV)

1. Kala I

Pada kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi :

- a. Fase laten,yaitu fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3cm yang membutuhkan waktu 8 jam .
- b. Fase aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbaik lagi menjadi:
 - 1) Fase Accelerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam .
 - 2) Fase Dilatasi Maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - 3) Fase Deselerasi (kurang kecepatan) ,dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam (Yanti, 2016)

2.Kala II

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

perasaan tekanan di rectum, mual dan muntah, dan keinginan untuk mengejan.

3.Kala III

Merupakan bagian dari proses setelah kelahiran bayi, yaitu saat kelahiran plasenta (Kennedy, dkk. 2014).

periode penyesuaian saat fungsi tubuh ibu mulai stabil.

4.Kala IV

Dimulainya setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam pertama setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah sebagai berikut:

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 (Rohani, *et al.*, 2014).

2.2.3 Asuhan persalinan

Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi. Menurut APN(2016), ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah :

1. Membuat Keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ibu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

2. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam poses persalinan :

- a. Panggil sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
 - b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
 - c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
 - d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
 - e. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
 - f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu dan anggota keluarga lainnya.
 - g. Ajarkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahirannya bayinya.
 - h. Ajarkan suami dan anggota keluarga lainnya mengenai cara-cara bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
 - i. Secara konsisten lakukan praktik pencegahan infeksi.
 - j. Hargai privasi ibu
 - k. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.
 - l. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang ringan sepanjang ibu menginginkannya.
 - m. Hargai dan perbolehkan tindakan-tindakan praktik tradisional selama tidak merugikan kesehatan ibu.
 - n. Hindari tindakan yang berlebihan dan mungkin membahayakan nyawa ibu.
 - o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera mungkin.
 - p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam setelah bayi lahir.
 - q. Siapkan rencana rujuk bila perlu.
 - r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.
- Asuhan Sayang Ibu dan Bayi pada Masa Pascapersalinan.

- 1) Anjurkan ibu selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
- 2) Bantu ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif.
- 3) Anjurkan ibu dan keluarga tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- 4) Anjurkan suami dan keluarganya untuk memeluk dan mensyukuri kelahiran bayi.
- 5) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir

3. Pencegahan infeksi.

Tindakan pencegahan infeksi ialah tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi.

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan:

- a. Meminimalkan infeksi yang diberikan oleh mikroorganisme.
- b. Menurunkan resiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

- a) Seorang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala).
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- c) Permukaan berada disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan hingga setelah digunakan harus diproses secara benar.
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara besar dan konsisten.

4. Pencatatan

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus meneruskan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji data ulang memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan para bayi baru lahir.

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan dalam rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nfas, bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk.

S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan

O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

K (kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang

diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal difasilitas rujukan (JNPK-KR, 2016).

2.2.4 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

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

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

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

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

kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban

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

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

2.2.5 Ruptur Perineum

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

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

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

- 1) Penyebab Robekan jalan lahir
 - a) Partus presipitatus
 - b) Primipara
 - c) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
 - d) Letak sungsang
 - e) Pada persalinan dengan distosia bahu
 - f) Partus lama, dimana telah terjadi serviks edem, sehingga jaringan serviks sudah menjadi rapuh dan mudah robek.
- 2) Penanganan Robekan jalan lahir
 - a. Untuk mencegah luka yang robek dan pinggir luka yang tidak rata dan kurang bersih pada beberapa keadaan dilakukan episiotomi
 - b. Bila dijumpai robekan perineum dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki oleh bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh
 - c. Cara Penjahitan

Tujuan penjahitan robekan perineum adalah untuk menyatukan jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Penjahitan dilakukan dengan cara jelujur menggunakan catgut kromik. Dengan memberikan anestesi lokal pada ibu saat penjahitan laserasi, mengulangi pemberian anestesi jika masih sakit. Penjahitan dilakukan mulai dari 1 cm dari puncak luka. Jahit sebelah dalam kearah luar, dari atas hingga mencapai laserasi. Pastikan jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Ikat benang dengan membuat simpul dalam vagina, potong ujung benang dan sisakan 1,5 cm. Melakukan pemeriksaan ulang pada vagina dari jari paling kecil kedalam anus untuk mengetahui terabanya jahitan pada rektum karena bisa menyebabkan fistula dan bahkan infeksi
- 3) Pengobatan robekan jalan lahir

Pengobatan dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah dengan memberikan uterotonika setelah lahirnya plasenta, obat ini tidak boleh

diberikan sebelum bayi lahir. Manfaat dari pemberian obat ini adalah untuk mengurangi terjadinya perdarahan pada kala III dan mempercepat lahirnya plasenta. Perawatan luka perineum pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi, dan mempercepat penyembuhan luka.

4) Komplikasi

Resiko komplikasi yang mungkin terjadi jika ruptur perineum tidak segera diatasi yaitu:

- a. Perdarahan
- b. Fistula
- c. Hematoma
- d. Infeksi

forceps atau vakum ekstraksi atau karena versi ekstraksi (Prawihardjo, 2014).

2.3 MASA NIFAS

2.3.1 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014). Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Dewi, 2014).

1. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas untuk :

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

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

1. Puerperium Dini

Suatu masa kepemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Dewi, 2014)

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involuti*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil

b. Lochea

Lochea adalah cairan / secret yang berasal dari *cavum uteri* dan *vagina* dalam masa nifas. Macam-macam lochea :

- 1) Lochea *Rubra (cruenta)* : Berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari nifas.
- 2) Lochea *sanguinolenta* : Berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas.
- 3) Lochea *serosa*, Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke-7-14 nifas.
- 4) Lochea *alba* : Cairan putih, keluar setelah 2 minggu masa nifas.

Selain lochea atas, ada jenis lochea yang tidak normal, yaitu :

1) *Lochea prulenta* : Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

2) *Locheastasis* : Lochea tidak lancar keluarnya.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.

d. Vulva dan Vagina

Perubahan pada *vulva* dan *vagina* adalah :

1. Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur.
2. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil.
3. Setelah 3 minggu *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Perubahan yang terjadi pada perineum adalah :

1. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju.
2. Pada masa nifas hari ke 5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Untuk mengembalikan tonus otot perineum, maka pada masa nifas perlu dilakukan senam *kegel*.

f. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

1. Penurunan kadar *progesterone* secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan.
2. Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
3. Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

4. Kunjungan Masa Nifas

1. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuan :

- a. Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit
- e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada tali pusat bayi, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.

3. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan : sama seperti kunjungan 6 hari setelah persalinan.

4. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan :

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

5. Perubahan Psikologis Masa Nifas

a. Fase *Taking In*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase *Taking Hold*

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayi nya.

c. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.4 BAYI BARU LAHIR

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. 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).

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal :

Adapun ciri-ciri bayi baru lahir normal (Dewi, 2014) :

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 2.3
Nilai APGAR

Skor	0	1	2	Angka
A: <i>Appearance color</i> (warna kulit)	Pucat diseluruh tubuh atau kebiru-biruan	Normal, Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P: <i>Pulse (heart rate)</i> frekuensi denyut jantung	Tidak ada	Kurang dari 100 X/menit	Diatas 100 X/menit)
G: <i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada respon	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/ bersin
A: <i>Activity</i> (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan Aktif
R: <i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur.	Menangis kuat

Sumber : (Mochtar, 2016). *Sinopsis Obstetri. Jakarta*

3. Adaptasi Bayi Baru Lahir

1. Adaptasi *pulmonal* (paru)

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

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

Cara neonatus bernapas dengan cara *diafragmatik* dan *abdominal*, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka *alveoli* akan *kolaps* dan paru-paru kaku, sehingga terjadi *atelektasis*. Dalam kondisi seperti ini (*anoksia*), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme *anaerobik* (Dewi, 2014).

1. Adaptasi *kardiovaskuler*

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

2. Suhu tubuh

Bayi kehilangan panas melalui empat cara yaitu :

- 1) Konduksi : Melalui benda-benda padat yang berkontrak dengan kulit bayi
- 2) Konveksi : Pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi
- 3) Evaporasi : Kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah
- 4) Radiasi : Melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontrak secara langsung dengan kulit bayi

Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui keempat cara di atas. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali jika diletakkan pada alas yang dingin (Prawirohardjo, 2014).

3. *Traktus Digestivus*

Traktus digestivus relatif lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, *traktus digestivus* mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas *mukopolisakarida* atau disebut dengan *mekonium*. Pengeluaran *mekonium* biasanya 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya *feses* sudah terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam *traktus digestivus* biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali *enzim amilase pankreas* (Muslihatun, 2014).

4. Hati

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

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

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

6. *Imunoglobulin*

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

7. Gastrointestinal

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

8. *Muskuloskeletal*

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

9. Reproduksi

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

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. 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, 2014) :
- 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
- l. *Bounding attachment*

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

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

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (Setya Arum, 2017).

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

B. Tujuan Program KB

Adapun tujuan program keluarga berencana (Handayani, 2017) :

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

2.5.2 Kontrasepsi Hormonal Suntikan

Metode suntikan KB telah menjadi bagian gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya makin bertambah. Tingginya minat pemakai suntikan KB oleh karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pasca persalinan (Manuaba dkk, 2014).

Mekanisme kerja kontrasepsi suntikan:

- a. Primer : mencegah ovulasi
- b. Sekunder:
 - 1) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga barier terhadap spermatozoa.
 - 2) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.

- 3) Mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopii (Pinem, 2014).

Kontrasepsi suntikan berdaya kerja lama yang hanya mengandung progestin dan banyak dipakai sekarang ini adalah DMPA (*Depo Medroxyprogesterone Asetat*) atau *Depo Provera*, diberikan sekali setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg. Disuntikkan secara *intramuscular* di daerah bokong. Keuntungan suntikan progestin adalah:

- 1) Sangat efektif, dan mempunyai efek pencegahan kehamilan.
- 2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- 3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- 4) Tidak mempengaruhi ASI.
- 5) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 6) Dapat digunakan oleh perempuan yang berusia di atas 35 tahun sampai perimenopause.

Sedangkan keterbatasan suntikan progestin adalah:

- 1) Sering ditemukan gangguan haid.
- 2) Pada waktu tertentu harus kembali untuk mendapat suntikan.
- 3) Peningkatan berat badan.
- 4) Tidak menjamin perlindungan terhadap IMS, infeksi HIV, Hepatitis B.
- 5) Setelah pemakaian dihentikan kesuburan terlambat kembali karena pelepasan obat suntikan dari depannya belum habis.
- 6) Pada penggunaan jangka panjang terjadi perubahan pada lipid serum, dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, dapat menimbulkan emosi, sakit kepala, jerawat, nervositas (Pinem, 2014).

Mekanisme Kerja Suntik KB

- a. Menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum.
- b. Mengentalkan lendir serviks, sehingga sulit ditembus spermatozoa.
- c. Perubahan peristaltic tuba faloppi, sehingga konsepsi dihambat.
- d. Mengubah suasana endometrium, sehingga tidak sempurna untuk implantasi hasil konsepsi(Manuaba, 2014).

Langkah-langkah konseling KB (SATU TUJU)

SA: SApa dan SALam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya

T: Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan keluarga reproduksi, tujuan kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya.

U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

TU: banTULah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat.

- J:** Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara menggunakannya. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan klien tentang pengetahuan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.
- U:** Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah (Setya arum, 2017).

BAB III

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY. E GIII PII A0 DI KLINIK BIDAN R.M KOTA PEMATANGSIANTAR

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

3.1.1 Kunjungan I

Pemeriksaan I di Klinik Bidan R.M Tanggal: 7 Desember 2017 Pukul 11.00 WIB

Biodata Ibu		Suami
Nama	: Ny. E	Tn. A
Umur	: 26 Tahun	27 Tahun
Agama	: Kristen	Kristen
Suku/bangsa	: Batak/Indonesia	Nias/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Alamat	: Jalan Medan Km 4,5 Pematangsiantar	Jalan Medan Km 4,5 Pematangsiantar
No. Telepon	: 0821-6018-1084	-

DATA SUBJEKTIF

1. **Kunjungan saat ini** : Kunjungan pertama Kunjungan Ulang
Keluhan utama : Tidak ada

2. Riwayat pernikahan

a) Nikah ke : 1
b) Umur menikah : suami : 22 tahun istri : 21 tahun
c) Lama menikah : 6 tahun

3. Riwayat menstruasi

a) Menarche : 12 tahun
b) Siklus : 30 hari
c) Lamanya : 4-7 hari
d) Banyaknya : 3 x ganti doek
e) Sifat darah : Kental

f) Dismenorrhoe : Tidak ada

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas lalu

No	umur	Usia kehami- - lan	Tempat persali- - nan	Jenis persali- - nan	Komplika-si		penolong	Bayi			nifas laktasi
					Ibu	Bayi		PB/BB/J K	Keadaan	Keadaan	
1.	6 tahun	Aterm	K.Bidan	Spontan	-	-	Bidan	49/4000/ Lk	Baik	Baik	Lancar
2.	3 tahun	Aterm	K.Bidan	Spontan	-	-	Bidan	49/3900/ Lk	Baik	Baik	Lancar
3.	KEHAMILAN SEKARANG										

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a) Hari pertama haid terakhir : 10-05-2017
 b) Tafsiran persalinan : 17-02-2018
 c) Pergerakan janin pertama kali : ada
 d) Pergerakan anak 24 jam terakhir : ada > 15 x

6. Keluhan-keluhan pada

- a) Trimester I : Tidak ada
 b) Trimester II : Tidak ada
 c) Trimester III : Tidak Ada

7. Keluhan yang dirasakan saat ini

- a) Rasa lelah : Tidak ada
 b) Mual dan muntah yang lama : Tidak ada
 c) Nyeri perut : Tidak ada
 d) Panas mengigil : Tidak ada
 e) Sakit kepala berat : Tidak ada
 f) Penglihatan kabur : Tidak ada
 g) Rasa panas/nyeri waktu BAK : Tidak ada
 h) Rasa gatal pada vulva dan sekitarnya : Tidak ada
 i) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
 j) Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada
 k) Oedema : Tidak ada

8. Obat-obatan yang dikonsumsi

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

9. Riwayat kesehatan / penyakit sistemik yang pernah diderita

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

10. Riwayat penyakit keluarga

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

11. Dukungan keluarga

- a) Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami
- b) Diet makanan
 - Makanan sehari-hari : Nasi+ lauk + sayur + buah
 - Perubahan makanan yang dialami : Meningkatkan
 - Minum : 6 - 8 gelas /hari
 - Vitamin A : tidak ada

12. Pola eliminasi

- BAB : 1x/ hari
- BAK : 6 - 8 x/hari

13. Aktivitas sehari - hari

- Pekerjaan : Tidak terganggu
- Pola istirahat/ tidur : siang : 2 jam Malam: 8 jam
- Seksualitas : Tidak terganggu

14. Tempat mendapatkan pelayanan kesehatan

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

DATA OBJEKTIF

- 1) Tinggi badan : 156 cm
- 2) Berat badan : 68 kg
- 3) Vital sign:
 - a) Tekanan darah : 100/70 mmHg
 - b) Denyut nadi : 80x/i
 - c) Pernafasan : 20x/i
 - d) Suhu : 36,5⁰C
- 4) Lila : 31 cm
- 5) Kepala:
 - a) Rambut : hitam Kulit kepala: bersih
 - b) Wajah : Cloasma gravidarum : Tidak ada
 - Pucat : Tidak ada
 - Oedema : Tidak ada
 - c) Mata : Konjungtiva : Pucat
 - Sklera mata : Tidak ikterik
 - d) Hidung : Bersih
 - e) Mulut : Lidah : Tidak berslak
 - f) Gigi : Karies : Tidak karies
 - g) Stomatitis : Tidak ada
 - h) Telinga : Serumen : Tidak ada
- 6) Leher :
 - Pembesaran : Tidak ada
 - kelenjar Thyroid : Tidak ada
- 7) Payudara
 - Bentuk : Simetris
 - Puting susu : Menonjol

- Benjolan : Tidak ada
- Pengeluaran colostrum : Tidak ada
- 8) Pemeriksaan abdomen
 - a) Linea : Ada
 - b) Striae : Tidak ada
 - c) Bekas luka operasi : Tidak ada
 - d) Pembesaran perut : Tidak ada
 - e) Pembesaran pada hati : Tidak ada
- 9) Palpasi uterus
 - a) Tinggi fundus uteri : 3 jari diatas pusat
 - b) Punggung : Kiri
 - c) Letak : Membujur
 - d) Presentasi : Kepala
- 10) Auskultasi
 - a) DJJ : 135x/i
- 11) Pelvimetri
 - a) Distansia spinarum : tidak dilakukan
 - b) Distansia kristarum : tidak dilakukan
 - c) Lingkar panggul : tidak dilakukan
- 12) Ekstermitas
 - a) Varises : Tidak ada
 - b) Refleks patela : ka (+) ki (-)
 - c) Oedema : Tidak ada
- 13) Uji diagnostik
 - a) Hb : 8,3 gr%
 - b) Urine : Glukosa : negatif
Protein : negatif

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : G_{III} P_{II} A₀, usia kehamilan 30-31 minggu dengan anemia sedang, intra uterine, janin tunggal, punggung kiri, persentasi kepala, belum masuk PAP, K/u ibu dan janin baik.

Masalah : -

Diagnosa Potensial : Anemia Berat

Masalah Potensial : -

Kebutuhan : Menganjurkan ibu mengkonsumsi tablet Fe minimal 90 tablet.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilannya

Tanda-tanda vital dalam batas normal. Keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan: agar ibu mengerti keadaannya sekarang

2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi dan asam folat sehingga meningkatkan kadar Hb ibu seperti telur, kacang-kacangan, pisang, bayam dan susu.

Tujuan: agar Hb ibu meningkat dan janin dalam keadaan sehat.

3. Memberitahu tanda bahaya kehamilan.

Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda mengidentifikasi adanya bahaya yang dapat terjadi selama hamil.

Tujuan: agar ibu mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan.

4. Memberikan Tablet Fe pada ibu dengan dosis 2x1

Tujuan: Untuk mencegah terjadinya anemia yang lebih berat lagi pada ibu.

3.1.2 Kunjungan II

Tempat : Klinik Bidan R.M Jl. Medan Pematangsiantar.

Hari / Tanggal : Jumat, 22 Desember 2017

Pukul : 11.00 WIB

Subjektif

Ny. E datang ke klinik bidan ingin memeriksakan kehamilannya . HPHT: 10-05-2017.

Objektif

TD 110/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,3°C, Konjungtiva pucat, sklera tidak ikhterik, kelenjar limfe dan kelenjar tyroid tidak ada pembengkakan, ekstremitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+), BB 69 kg, TBBJ: 2480gr, Hb 9.9 gr%.

Palpasi :

Leopold I : TFU setinggi pertengahan pusat-Px (29 cm)

Leopold II : Pada sisi kiri abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan sedangkan pada sisi kanan abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras, dan melenting berarti kepala janin.

Leopold IV : Belum masuk PAP.

Analisa

1. Diagnosa : G₃P₂A₀ usia kehamilan 32-33 minggu,dengan anemia ringan, janin hidup tunggal, intrauterin, punggung kanan, presentase kepala,belum masuk PAP, K/u ibu dan janin baik.
2. Masalah : -
3. Kebutuhan : -

Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Tanda-tanda vital dalam batas normal. Keadaan umum ibu dan janin baik.

Tujuan: agar ibu mengerti keadaannya sekarang.

2. Memberikan Tablet Fe pada ibu dengan dosis 1x1 pada malam hari .

Tujuan: Untuk mencegah terjadinya anemia yang lebih berat lagi pada ibu dan untuk persiapan persalinan.

3. Memberikan imunisasi Tetanus Toxoid (TT1)

Tujuan: Untuk perlindungan ibu dan janinnya terhadap infeksi.

4. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi dan asam folat sehingga meningkatkan kadar Hb ibu seperti telur, kacang-kacangan, pisang, bayam dan susu.

Tujuan: agar Hb ibu meningkat dan janin dalam keadaan sehat.

3.1.3 Kunjungan III

Tempat : Klinik Bidan R.M Jl.Medan Pematangsiantar.

Hari/Tanggal : Kamis,18 Januari 2018

Pukul : 14.00 WIB

Subjektif

Ny. E datang ke Klinik Bidan R.M ingin memeriksakan kehamilannya.

Objektif

TD 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 24 x/menit, Suhu 36,8°C, konjungtiva merah, sklera tidak ikhterik, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, mulut bersih dan gigi tidak ada karies serta ada pengeluaran colostrum. Ekstremitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+), BB 70 kg, TBBJ: 2945gr, Hb 10,3 gr%.

Palpasi :

Leopold I : TFU Pertengahan pusat-Px (32 cm).

Leopold II : Pada sisi kiri abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan sedangkan pada sisi kanan abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras dan melenting berarti kepala janin.

Leopold IV : Belum masuk PAP.

Analisa

1. Diagnosa : G₃P₂A₀ usia kehamilan 36-37 minggu, dengan anemia ringan, janin hidup tunggal, intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, belum masuk PAP, K/u ibu dan janin baik.
2. Masalah : -
3. Kebutuhan : -

Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
Tandatanda vital dalam batas normal. Keadaan umum ibu dan janin baik.
Tujuan: agar ibu mengerti keadaannya sekarang.
2. Memberikan Tablet Fe pada ibu dengan dosis 1x1 pada malam hari .
Tujuan: Untuk mencegah terjadinya anemia yang lebih berat lagi pada ibu dan untuk persiapan persalinan.
3. Memberitahu ibu persiapan apa saja dalam menghadapi persalinan, seperti mempersiapkan kebutuhan ibu dan bayinya, persiapan dana, kendaraan dan calon pendonor jika dibutuhkan.
Tujuan: agar ibu tidak merasa kerepotan saat menghadapi persalinannya jika telah dipersiapkan sejak dini.

3.1.4 Kunjungan IV

Tempat : Klinik Bidan R.M Jl.Medan Pematangsiantar.

Hari/Tanggal : Kamis, 25 Januari 2018

Pukul : 15.00 WIB

Subjektif

Ny. E datang ke Klinik Bidan R.M ingin memeriksakan kehamilannya.

Objektif

K/U Baik TD 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, BB 70 Kg, konjungtiva merah, sklera tidak ikhterik, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid. BB 70 kg, TBBJ: 3565gr, Hb 11 gr%.

Palpasi :

Leopold I : TFU 3 jari dibawah Px (34 cm)

Leopold II : Pada sisi kanan abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan sedangkan pada sisi kiri abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras, dan melenting tidak melenting.

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP.

Analisa

1. Diagnosa : G₃P₂A₀ usia kehamilan 37-38 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, sudah masuk PAP. K/u ibu dan janin baik.
2. Masalah : -
3. Kebutuhan : -

Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Tanda-tanda vital dalam batas normal. Keadaan umum ibu dan janin baik.
Tujuan: Agar ibu mengerti keadaannya sekarang
2. Memberikan imunisasi Tetanus Toxoid (TT2)
Tujuan: Untuk perlindungan ibu dan janinnya terhadap infeksi.
3. Memberikan Tablet Fe pada ibu dengan dosis 1x1 pada malam hari.
Tujuan: Untuk mencegah terjadinya anemia yang lebih berat lagi pada ibu dan untuk persiapan persalinan.
4. Memberitahu ibu untuk mengurangi konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, namun lebih banyak mengkonsumsi makanan berserat dan mengandung vitamin dan zat besi seperti sayuran hijau, ikan, pisang , dan susu.
5. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah dari kemaluan, terasa mules dan adanya kontraksi yang semakin lama semakin sering dan teratur.

6. Tujuan : agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan yang akan dialaminya sehingga dapat tepat waktu menuju tempat persalinan.
7. Beritahu ibu untuk mempersiapkan perlengkapan untuk persalinan seperti :
Perlengkapan bayi (popok, bedong, baju, dll) serta pakaian ibu.
8. Memberitahu ibu pertambahan berat badan ibu selama hamil bertambah 10 kg.

3.2. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

3.2.1. Data Perkembangan I

Tanggal: 02 Maret 2018

Pukul 16.00 WIB

Subjektif:

Ny. E dengan kehamilan cukup bulan, HPHT :10-05-2017 datang ke BPM mengatakan perut terasa mules dan ada keluar darah campur lendir, tidak ada keluar air-air.

Riwayat Obstetri :

1. Umur 6 tahun, jenis kelamin ♂, lahir spontan, BB 4000 gr, PB 49 cm, penolong persalinan bidan, keadaan bayi baik dan laktasi baik.
2. Umur 3 tahun, jenis kelamin ♂, lahir spontan, BB 3900 gr, PB 49 cm, penolong persalinan bidan, keadaan bayi baik dan laktasi baik.
3. Kehamilan ini.

Tidak ada komplikasi pada persalinan yang lalu, tidak ada riwayat penyakit DM dari orang tua ibu, tidak ada riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, dan tidak ada riwayat alergi obat. Tidak ada riwayat keturunan kembar, dan tidak ada riwayat kebiasaan yang merugikan kesehatan seperti merokok, alkohol dan obat-obat terlarang. Secara psikososial kehamilan ini diterima dengan baik oleh ibu dan keluarga.

Objektif:

TD 110/70 mmHg, N 82 x/i', S 36,8⁰c, P 24x/i', konjungtiva merah, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol dan belum pengeluaran colostrum. TFU 35 cm, TBBJ 3720 gram, DJJ 134 x/i'. His 3x10' durasi 30", portio menipis sekitar 60%, hasil VT pembukaan 6 cm, Ketuban (+), presentase belakang kepala, penurunan kepala 2/5.

Analisa

1. Diagnosa

GIIPIIA0 usia kehamilan aterm 39-40 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, presentasi kepala masuk PAP, Inpartu kala I fase aktif subfase dilatasi maksimal. K/u ibu dan janin baik.

2. Masalah

-

3. Kebutuhan

Asuhan persalinan kala I.

Penatalaksanaan:

1. Melakukan pemeriksaan TTV, dan observasi tanda bahaya, kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin, melakukan pemeriksaan dalam.
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
3. Menginformasikan bahwa saat ini pembukaan serviks sudah 6 cm.
4. Memantau kemajuan persalinan dengan partograf.
5. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pada saat tidak ada his.
6. Mempersiapkan alat, obat dan alat pelindung diri (APD).
7. Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan.
8. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap (10cm).

Evaluasi :

1. Ruangan telah dipersiapkan dalam kondisi yang bersih dan nyaman bagi ibu dalam menyambut proses persalinannya.
2. Bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan sudah dipersiapkan.
3. Melakukan asuhan sayang ibu dengan memberikan dukungan emosional. Pengaturan posisi, serta pemberian cairan dan nutrisi.
4. Pencegahan infeksi telah terlaksana dengan baik.

3.2.2 Data Perkembangan II

Kala II

Subjektif :

Ibu merasa sangat kesakitan dan mules semakin sering dan sudah ada keinginan meneran seperti BAB.

Objektif :

TD 120/80 mmHg, N 84 x/i', S 37 °C, P 24 X/i'. DJJ 148x/i', His 4x10' durasi 45", VT Pembukaan lengkap (10 cm), portio tidak teraba, sutura sagitalis melintang, penurunan kepala 0/5.

Analisa :

1. Diagnosa
Ibu inpartu kala II. K/u ibu dan janin baik.
2. Kebutuhan
 - a. Amniotomi
 - b. Pertolongan persalinan

Penatalaksanaan :

Jam 18.35 WIB : Menginformasikan hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik dan pembukaan sudah lengkap dan mengajarkan ibu untuk meneran.

Memberitahukan ibu bahwa ibu sebentar lagi akan bersalin.
Alat siap digunakan.

Jam 18.38 WIB : Memberitahukan suami untuk senantiasa mendampingi, memberi semangat dan membantu proses persalinan ibu.

Jam 18.40 WIB : Memasang underpad
Membersihkan perineum ibu dan mengosongkan kandung kemih.

Melakukan amniotomi yaitu dengan cara memasukkan jari tengah diikuti jari telunjuk tangan kanan, kemudian tangan kiri mengambil ½ kocher lalu diselipkan diantara 2 jari tangan kanan dan menorehkan selaput ketuban hingga pecah. Ketuban berwarna jernih.

Jam 18.42 WIB : Mengamati tanda persalinan yaitu vulva membuka, perineum menonjol serta adanya keinginan ibu untuk mengeran, memakai handscoon, mengajarkan posisi ibu saat mengeran, setelah ada his dianjurkan untuk meneran kemudian menolong persalinan setelah kepala bayi telah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm tangan kanan melindungi perineum yang dilapisi kain kemudian penolong mempersiapkan diri dan melakukan pimpinan persalinan dengan tangan kiri dipuncak kepala, dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih, dan memeriksa lilitan tali pusat kemudian bayi melakukan putar paksi luar kedua tangan masing-masing disisi muka bayi, membantu mengeluarkan bahu dan bayi seutuhnya kemudian lahir bayi pada jam 19.00 WIB bayi lahir spontan, JK perempuan, menangis kuat, seluruh tubuh kemerahan, gerakan aktif.

Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian jepit kembali menggunakan klem sepanjang 3-5 cm dari klem pertama, memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut. Lalu menganjurkan ibu untuk melakukan IMD.

3.2.3. Data Perkembangan III

Kala III

Jam 19.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan merasa lega saat bayi sudah lahir dan perutnya terasa mules.

Objektif :

K/Ubaik, TFU setinggi pusat, kontraksi ada, teraba bulat, keras, tidak terdapat janin kedua, bayi lahir tanggal 02 Maret 2018 pukul 19.00 wib, jenis kelamin perempuan, BB 3800 gram dan kemih kosong.

Analisa :

1. Diagnosa
 PIII A0 inpartu Kala III. K/u ibu baik.
2. Kebutuhan
 Pengeluaran plasenta dengan MAK III.

Penatalaksanaan:

- Jam 19.00 WIB - Melakukan palpasi untuk memastikan apakah ada janin kedua. Evaluasi ternyata tidak ada janin kedua.
- Menyuntikkan oxytocin 10 IU IM.
 - Setelah uterus berkontraksi, lakukan PTT dengan cara meregangkan tali pusat dengan tangan kanan sejajar lantai distal, arah atas distal, kemudian nilai apakah ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Hentikan PTT hingga kontraksi berikutnya. Pada saat ada kontraksi lakukan PTT kembali dan ibu dianjurkan untuk meneran, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokrinal. Setelah plasenta tampak 1/3 divulva tangan kiri berada di perineum untuk menopang plasenta dan tangan kanan memilin plasenta searah jarum jam. Kemudian pada jam 19.15 WIB plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap dengan jumlah 20 buah, panjang tali pusat \pm 50cm, selaput ketuban utuh.
 - Melakukan masase 15x dalam 15 detik dan kontraksi uterus baik.

3.2.4. Data Perkembangan IV**Kala IV**

Jam 19.15 WIB

Subjektif :

Ibu mengatakan ibu merasa lelah.

Objektif :

TD: 110/ 80 mmHg, N 80X/i', S 36,8⁰C, P 22X/i'. Kontraksi (+), TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong,luka perenium 3 jahitan dalam dan 2 jahitan luar.

Analisa :

Diagnosa : PIII A0 kala IV,dengan ruptur perenium derajat II K/u ibu baik.

Masalah : -

Kebutuhan : - penjahitan luka perineum
- pemantauan kala IV

Penatalaksanaan :

Jam 19.17 WIB Melakukan penyuntikan lidocain 2 % ml pada daerah luka perineum, menelusuri dengan hati-hati menggunakan satu jari untuk secara jelas menentukan batas-batas luka.

Jam 19.19 WIB Melakukan penjahitan pada luka perineum dengan menggunakan metode simpul, *Chromic Catgut*.

Jam 19.27 WIB Memberikan asuhan sayang ibu dan memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Evaluasi

1. Ibu telah mengetahui keadaannya dan telah dibersihkan.
2. Ibu akan meminum obat yang diberi.

Data Perkembangan

Memantau keadaan ibu dalam 2 jam postpartum, setiap 15 menit di 1 jam pertama dan setiap 30 menit di 1 jam kedua.

Jam 19.30 WIB Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/80 mmHg, Nadi 82x/i', Suhu 36⁰C, RR 22x/i'. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kandung kemih telah dikosongkan (urine ± 250 cc), kontraksi baik.

Jam 19.45 WIB Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/i', RR 22x/i'. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik.

- Jam 20.00 WIB Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 120/80 mmHg, Nadi 78x/i', P 22x/i'. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kandung kemih telah dikosongkan (urine \pm 150 cc), kontraksi baik.
- Jam 20.15 WIB Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/i', P 22x/i'. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik.
- Jam 20.45 WIB Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 120/70 mmHg, Nadi 78x/i', Suhu 36,5⁰C P 20x/i'. TFU 3 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik.
- Jam 21.15 WIB Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 120/70 mmHg, Nadi 80x/i', P 20x/i'. TFU 3 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kontraksi baik.

Total Pendarahan	Kala I	: \pm 30 cc
	Kala I	: \pm 50 cc
	Kala III	: \pm 80 cc
	Kala IV	: \pm 150 cc
	Total	: \pm 310 cc

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

3.3.1 Kunjungan I

Tanggal 02 Maret 2017

Jam 02.00 WIB

Subjektif :

Ibu 6 jam postpartum merasa masih sedikit lemas, dan jahitan pada robekan perineum masih terasa nyeri. Keluar darah dari vagina berwarna merah segar.

Objektif:

TD 110/80 mmHg, Pols 84 x/i', Suhu 36,8⁰C, RR 22x/i'. Payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI +, TFU 2 jari di bawah pusat,

kontraksi baik, perdarahan normal (± 50 cc), kandung kemih kosong, luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Perumusan Diagnosa :

1. Diagnosa Kebidanan
PIII Ab0 Ibu post partum 6 jam. K/u ibu baik.
2. Masalah
Nyeri pada luka perineum
3. Kebutuhan
Menjaga kebersihan alat genitalia

Perencanaan

1. Lakukan pemeriksaan fisik pada ibu.
2. Ajari ibu teknik perawatan luka perenium.
3. Anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini
4. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya dan ajarkan teknik menyusui
5. Ajari ibu tentang perawatan BBL, personal hygiene, manfaat ASI
6. Ajari ibu tentang teknik-teknik senam nifas yang mulai dilakukan pada hari pertama-ketiga setelah persalinan.

Penatalaksanaan :

Melakukan pemeriksaan fisik ibu. Keadaan umum ibu baik.

Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini

Mengajari ibu tentang manfaat ASI dan teknik-teknik senam nifas.

3.3.2 Kunjungan II

Tanggal 08 Maret 2018

Jam 11.00 Wib

Subjektif :

Ibu 6 hari postpartum, tidak ada keluhan. ASI sudah mulai keluar. Bayi sudah menyusui dengan baik. Keluar cairan lendir berwarna kecoklatan dan tidak berbau.

Objektif:

TD 110/ 80 mmHg, N 80 X/i', P 22 X/i', S 36,5⁰C. Payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI (+), TFU pertengahan simfisis

dan pusat, kontraksi baik, lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan, luka jahitan dalam keadaan baik, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Analisa:

1. Diagnosa
PIIIA0 6 hari postpartum
2. Masalah
Tidak ada
3. Kebutuhan
Memastikan involusi uterus berjalan normal dan perawatan tali pusat.

Penatalaksanaan :

Jam 11.00 WIB Memastikan involusio uterus berjalan normal dengan cara melakukan palpasi pada abdomen bawah ibu.

Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan cukup istirahat

Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.

3.3.3 Kunjungan III

Tanggal 16 Maret 2018

Jam 14.00 WIB

Subjektif :

Ibu 2 minggu postpartum tidak ada keluhan. ASI sudah keluar banyak. Bayi menyusu dengan baik.

Objektif :

TD 120/80 mmHg, Nadi 80 X/i', RR 24 X/i', Suhu 36,5⁰C. Payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI (+), TFU tidak teraba lagi diatas simfisis, lochea serosa berwarna kuning, luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Analisa :

1. Diagnosa
PIIIA0 2 minggu postpartum. K/u ibu baik.
2. Masalah
Tidak ada

3. Kebutuhan

Pemberian ASI

Penatalaksanaan :

Jam 14.10 WIB Melakukan observasi terhadap kenormalan involusi uteri, adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

Menganjurkan ibu tentang pemenuhan nutrisi dan cairan

Melakukan observasi terhadap cara ibu menyusui dan tanda-tanda penyulit.

Evaluasi

1. Ibu telah dilakukan observasi terhadap kenormalan involusi uteri, tidak ada tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
2. Ibu akan melakukan pemenuhan nutrisi, cairan, dan istirahat.
3. Observasi telah dilakukan terhadap cara ibu menyusui dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
4. Ibu telah diberitahu tentang asuhan pada tali pusat bayi, mengajarkan ibu untuk tetap menjaga bahwa bayi tetap hangat dan cara merawat bayi sehari-hari.

3.3.4 Kunjungan IV

Tanggal 11 April 2018

Jam 14.00 WIB

Subjektif :

Ibu 6 minggu postpartum tidak ada keluhan. ASI sudah keluar banyak. Bayi menyusu dengan baik.

Objektif :

TD 120/ 80 mmHg, N 80 X/i', P 24 X/i', S 36,5⁰C. Payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI (+) lancar.

Analisa :

4. Diagnosa

PIIIA0 6 minggu postpartum. K/u ibu baik.

5. Masalah

Tidak ada

6. Kebutuhan

Konseling KB

Penatalaksanaan :

Jam 14.20 WIB Melakukan konseling pada ibu tentang metode KB yang sesuai dan ibu

Melakukan observasi terhadap cara ibu menyusui dan tanda-tanda penyulit.

3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

3.4.1 Kunjungan I

Tgl 03 Maret 2018

pukul: 10.00 WIB

Subjektif :

Bayi Ny.E baru lahir 1 hari yang lalu, dengan keadaan baik dan sehat, segera menangis.

Objektif :

K/u Baik, *Apgar score* 9/10, JK Perempuan, BB: 3800 gram, PB: 50 cm. Anus (+), refleks baik, tidak ada cacat kongenital.

Tabel.3.1
Pemeriksaan *Apgar Score* pada BBL

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

Analisa :

1. Diagnosa Kebidanan
Bayi baru lahir usia 1 hari. K/u baik.
2. Masalah
Tidak ada
3. Kebutuhan
Perawatan bayi baru lahir

Penatalaksanaan :

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara membedong bayi menggunakan kain yang kering dan hangat.
2. Melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* pada bayi.
3. Memberikan imunisasi HB-0.

3.4.2 Kunjungan II

08 Maret 2018

Jam 11.40 WIB

Subjektif :

Bayi Ny. E lahir 6 hari yang lalu. Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan mulai bisa menyusui, tali pusat telah pupus pada hari ke 5.

Objektif :

K/U Baik, Nadi 129 x/i', RR 45 x/i', Suhu 36,5⁰C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, refleks baik

Analisa :

1. Diagnosa
BBL lahir spontan 6 hari.
2. Kebutuhan
Perawatan bayi

Penatalaksanaan :

- a. Memeriksa tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikhterus, diare, dan masalah pemberian ASI.
- b. Memastikan bahwa ASI harus diberikan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.

3.4.3 Kunjungan III

Tanggal 16 Maret 2018

jam: 14.30 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan bayinya tidak rewel dan mulai bisa minum ASI.

Objektif:

K/U Baik, Nadi 128 x/i', RR 45 x/i', Suhu 36,5⁰C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, refleks baik. Daya hisap bayi baik dan warna kulit kemerahan.

Analisa :

- a. Diagnosa
BBL usia 14 hari.
- b. Kebutuhan
Pemberian ASI

Penatalaksanaan:

1. Memastikan apakah bayi sudah diberikan ASI oleh ibu.
2. Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG pada bayinya.

3.5 Asuhan Kebidanan Pada Akseptor Kb

Tanggal 28 Mei 2018**jam: 10.00 WIB****Subjektif:**

Ibu mengatakan ingin menjarangkan kehamilannya.

Objektif:

K/U Baik, TD 120/80 mmHg, Nadi 76 x/i, P 20 x/i, Suhu 36, 7⁰C

Analisa :

Diagnosa : Ibu calon akseptor KB suntik 3 bulan.

Masalah : -

Kebutuhan : KB suntik *Depo provera*

Penatalaksanaan

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Memberikan konseling tentang kontrasepsi suntik 3 bulan.
3. Melakukan penyuntikan secara IM.
4. Memberitahu ibu jadwal suntikan kembali yaitu 21 Agustus 2018.

BAB IV

PEMBAHASAN

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

4.1 Asuhan Kehamilan

Ny. E melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan ini pada trimester ke III. Pemeriksaan kehamilan pada Ny. E mengikuti standar "10 T" yaitu : Timbang berat badan dan Tinggi badan, ukur Tekanan darah, Nilai status gizi buruk (LiLa), ukur Tinggi fundus uteri, Penentuan letak janin (presentase janin) dan penghitungan DJJ, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid lengkap, pemberian Tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, Tes laboratorium, konseling atau penjelasan, dan Tata laksana atau mendapatkan pengobatan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan yang dikeluarkan oleh Kemenkes (2016) dalam buku KIA.

Selama kehamilan ini Ny. E mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10 kg. Ny. E mengalami kenaikan berat badan dalam batas normal. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil (Manuaba dkk, 2014). Pengukuran tinggi badan cukup satu kali dilakukan dengan hasil pengukuran Ny. E 156 cm dan ini masih dalam batas normal.

Saat pemeriksaan kehamilan, tekanan darah Ny. E adalah 110/70-120/80 mmHg, tekanan darah dalam batas normal. Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (antara 110/70 mmHg sampai 130/90 mmHg) apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan tekanan darah (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini (Manuaba dkk, 2014).

LiLa Ny. E adalah 31 cm, angka tersebut masih dalam batas normal dan status gizi Ny. E dalam keadaan baik. Ukuran LiLa normal pada ibu hamil adalah $\geq 23,5$. Mengukur LiLa untuk mengetahui status gizi ibu yang berhubungan dengan pertumbuhan janin agar tidak terjadi BBLR.

Ny. E Sudah melengkapi imunisasi TT sebanyak 2 kali yaitu pada tanggal 22 Desember 2017 pada TT I, dan pada tanggal 25 Januari 2018 untuk TT II. Pemberian imunisasi TT selama kehamilan diberikan sebanyak 2 kali dengan interval suntikan pertama dan kedua selama satu bulan. (Kemenkes, 2016)

Pada kunjungan I ditemukan Ny. E mengalami anemia sedang dengan Hb 8,3 gr% dan belum mendapatkan tablet zat besi. Pada kunjungan II, Ny. E sudah mendapatkan tablet zat besi sebanyak 30 tablet dan pada kunjungan III-IV sebanyak 60 tablet. Setelah mengkonsumsi tablet Fe pada kunjungan ke III Hb Ny. E mengalami peningkatan menjadi 10,3 %. Selama masa kehamilan ibu harus mendapat 90 tablet Fe. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan dengan praktek dilapangan.

Kebutuhan zat besi selama hamil yaitu rata-rata 800 mg – 1040 mg. Kebutuhan ini diperlukan untuk :

- ± 300 mg diperlukan untuk pertumbuhan janin.
- $\pm 50-75$ mg untuk pembentukan plasenta.
- ± 500 mg digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal/ sel darah merah.
- ± 200 mg lebih akan dieksresikan lewat usus, urin dan kulit.
- ± 200 mg lenyap ketika melahirkan

Perhitungan makan 3 x sehari atau 1000-2500 kalori akan menghasilkan sekitar 10–15 mg zat besi perhari, namun hanya 1-2 mg yang di absorpsi. jika ibu mengkonsumsi 60 mg zat besi, maka diharapkan 6-8 mg zat besi dapat diabsropsi, jika dikonsumsi selama 90 hari maka total zat besi yang diabsropsi adalah sebesar 720 mg dan 180 mg dari konsumsi harian ibu.

Memberikan preparat besi yaitu fero sulfat, fero glukonat atau Nafero bisirat. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr%/ bulan. Saat ini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia. Dosis zat besi yang paling tepat untuk mencegah anemia ibu masih belum jelas, tetapi untuk menentukan dosis terendah dari zat besi untuk pencegahan defisiensi besi dan anemia defisiensi besi pada kehamilan telah dilakukan penelitian Pada wanita Denmark, suplemen 40 mg zat besi ferrous / hari dari 18 minggu kehamilan tampaknya cukup untuk mencegah defisiensi zat besi pada 90% perempuan dan anemia kekurangan zat besi pada

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

4.2 Asuhan Persalinan

Pada kala I Ny. E persalinan berlangsung spontan tanggal 02 Maret 2018 kala I berlangsung selama 2 jam 35 menit dalam pengawasan pada multigravida, menurut teori kala I pada multigravida berlangsung ± 8 jam. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan (Yanti, 2016). Faktor pendukung dalam proses persalinan yaitu dengan adanya *power*, *passenger*, dan *passage* ketiga faktor utama ini sangat mendukung jalannya persalinan (Manuaba dkk, 2014).

Pada kala II setelah pembukaan serviks lengkap dan adanya tanda-tanda bersalin, pada pukul 19.00 WIB bayi lahir spontan segera menagis, *Apgar score* 9/10, JK ♀, kemudian segera bersihkan jalan nafas. Keadaan bayi didapatkan BB 3800 gr, PB 50 cm, LD 32 cm LK 34 cm LiLa 31 cm. Kala II persalinan berlangsung 25 menit, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa lamanya kala II untuk primigravida selama 50 menit dan multigravida 30 menit menurut Manuaba (2014).

Kala III pada Ny. E berlangsung 15 menit pada pukul 19.15 WIB, plasenta lahir spontan. plasenta akan lahir spontan dalam waktu \pm 5-30 menit setelah bayi lahir kemudian memeriksakan kelengkapan plasenta. Ternyata plasenta lengkap dengan jumlah kotiledon 20 buah, panjang tali pusat \pm 50 cm dan selaput ketuban utuh. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi diletakkan di dada ibu dengan posisi tengkurap untuk IMD. Pada bayi Ny.E yang hanya dilakukan IMD selama 15 menit dikarenakan ibu merasa kelelahan. Terjadi kesenjangan teori dengan praktek yang seharusnya menurut teori (JNPK-KR, 2016) IMD dilakukan selama 1 Jam setelah bayi lahir.

Penatalaksanaan kala III yang dilakukan yaitu melakukan manajemen aktif yaitu pemberian oksitosin 10 IU secara IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan massase fundus uteri. Pada Ny. E plasenta lahir Pukul 19.15 WIB berlangsung 15 menit setelah bayi lahir. Hal ini normal terjadi karena plasenta lahir 5 – 30 menit setelah bayi lahir, dengan demikian selama kala III tidak ada penyulit (JNPK-KR, 2016).

Asuhan pada Ny. E selama kala IV meliputi : melakukan massase uterus untuk mengetahui kontraksi uterus ibu, kemudian melakukan evaluasi adanya ruptur perineum ternyata terdapat robekan di jalan lahir yaitu derajat II.

Menurut penelitian ruptur perineum disebabkan paritas, jarak kehamilan, berat badan bayi, pimpinan persalinan tidak sebagaimana mestinya, ekstraksi cunam, ekstraksi fakum, trauma alat dan episiotomi.

Penanganan yang telah dilakukan yakni penjahitan terhadap ruptur perineum dengan menggunakan cat gut. Setelah dilakukan penjahitan dilakukan pencegahan infeksi pada daerah kemaluan serta mengajarkan Ny. E cara merawat jahitan perineum tersebut agar tidak terjadi infeksi.

Observasi kala IV pada Ny. E yaitu TTV dalam batas normal 110/80 mmHg, suhu 36,8°C, TFU setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat kontraksi baik konsistensi keras, kandung kemih kosong lochea rubra, pengeluaran darah selama proses persalinan yaitu pada kala I \pm 30 cc, kala II \pm 50 cc, kala III \pm 80 cc, kala IV \pm 150 cc jumlah pengeluaran darah yang dialami yaitu \pm 310 cc. Teori

mengatakan perkiraan pengeluaran darah normal ± 500 cc bila pengeluaran darah ≥ 500 cc merupakan pengeluaran darah abnormal (Prawirohardjo, 2014).

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

4.3 Asuhan Nifas

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

Kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi pada 6-8 jam postpartum, 6 hari postpartum, 2 minggu postpartum dan 6 minggu postpartum (Dewi,2014). Kunjungan nifas pada Ny. E dilakukan kunjungan 6 jam, 6 hari dan 2 minggu dan kunjungan 6 minggu. Hasil dari kujungan 6 hari sampai 6 minggu postpartum tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun.

Kunjungan I, 6 jam post partum pada Ny. E tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea rubra, semua hasil pemantauan tidak ada kelainan, tidak terjadi pendarahan dan jahitan perineum dalam keadaan baik, Menurut teori bahwa tinggi fundus uteri pada 6 jam postpartum adalah 2 jari di bawah pusat dan terjadi pengeluaran lochea rubra selama 2 hari pasca.

Kunjungan II, 6 hari postpartum adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan pada Ny. E adalah tinggi fundus uteri pertengahan antara pusat dan simfisis,

kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kuning, bau khas, konsistensi cair, jahitan perineum ibu dalam keadaan baik, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi.

Kunjungan III, 2 minggu postpartum adalah menilai ada atau tidaknya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan. Hasil pemeriksaan pada Ny. E adalah tinggi fundus uteri pada 2 minggu postpartum yaitu sudah tidak teraba lagi diatas simfisis dan semakin kecil luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi jahitan perineum ibu dalam keadaan baik dan pengeluaran lochea serosa, berwarna kekuningan, ibu memakan makanan bergizi, tidak ada pantangan selama masa nifas, dan ibu istirahat yang cukup, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi.

Kunjungan IV, 6 minggu postpartum adalah menilai ada tidaknya penyulit-penyulit yang dialami ibu. Hasil pemeriksaan pada Ny. E adalah ibu tidak merasakan adanya penyulit, luka jahitan sudah tidak nyeri dan tidak ada tanda-tanda infeksi. ASI lancar dan ibu masih menyusui bayinya.

4.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. E lahir cukup bulan masa gestasi 39-40 minggu, lahir spontan pukul 19.00 WIB tidak ditemukan adanya masalah, menangis spontan, kuat, tonus otot positif (+) warna kulit kemerahan jenis kelamin perempuan, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan.

Kunjungan I, 1 jam neonatus adalah jaga kehangatan, bersihkan jalan nafas, keringkan dan tetap jaga kehangatan, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, lakukan Inisiasi Menyusu Dini dengan cara kontak kulit bayi dengan ibu, bayi berhasil menyusu dengan baik selama 30 menit. Beri salep mata Tetracyclin pada kedua mata, suntikan Neo K 1 Mg/0,5 cc intramuscular di 1/3 paha bagian luar sebelah kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini (JNPK-KR, 2016).

Kunjungan II, 6 hari hasil pemantauan keadaan bayi dalam batas normal tidak ditemukan masalah atau komplikasi keadaan bayi baik, mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif pada bayinya, Imunisasi HB0 sudah diberikan. Tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayinya dan tidak ada, tali pusat telah puput dihari ke 6 pada tanggal 08 Maret 2018 (JNPK-KR, 2016).

Kunjungan III, 2 minggu hasil pemantauan keadaan bayi dalam keadaan normal, tidak ada terjadi ikterus, bayi menyusui, ASI sesuai dengan kebutuhan. Imunisasi Polio 1 telah didapatkan dan tidak ditemukan keluhan pada bayi Ny. E.

4.5 Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan pada Ny. E dengan akseptor KB suntik 3 bulan telah dilakukan pengkajian (data subjektif dan data objektif) sesuai dengan SOAP melalui anamnese langsung pada pasien dan beberapa pemeriksaan. Sebelum menggunakan KB suntik, Ny. E diberikan konseling. Konseling adalah tindak lanjut dari KIE, bila seseorang telah termotivasi melalui KIE maka seseorang perlu diberikan konseling. Langkah-langkah konseling KB yaitu sapa dan salam, tanya klien untuk mendapat informasi, uraikan mengenai KB yang akan dipilih, bantu klien menentukan pilihannya serta perlunya kunjungan ulang. Pengkajian data yang ditemukan oleh penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek dilapangan.

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

BAB V

PENUTUP

5.1. SIMPULAN

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

1. Pada masa kehamilan Ny. E mengalami anemia sedang, asuhan yang diberikan adalah memberikan tablet Fe dan pemenuhan nutrisi pada ibu.
2. Pada masa persalinan Ny. E dimulai sejak pembukaan 6 cm pukul 16.00 WIB sampai pembukaan lengkap pukul 18.35 WIB berlangsung selama 2 jam 35 menit. Terjadi ruptur perineum derajat II dan ditangani dengan melakukan hecting perineum menggunakan cat gut.
3. Asuhan Kebidanan pada ibu nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu asuhan kebidanan 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu dengan tujuan memantau keadaan ibu dan bayi baru lahir, mencegah dan mendeteksi komplikasi, serta memecahkan masalah-masalah yang terjadi. Selama memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas tidak ditemukan adanya masalah.
4. Asuhan bayi baru lahir By. E meliputi menjaga kehangatan, melakukan IMD dan memberikan imunisasi HB0 telah dilakukan dan bayi dalam keadaan normal dan tidak ditemukan masalah ataupun komplikasi yang serius.
5. Asuhan keluarga berencana Ny. E yaitu telah menjadi akseptor KB suntik *Depo provera* dan tidak ditemukan keluhan.

5.2.SARAN

1. Bagi Klien

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

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan lahan praktek, mahasiswa dan istitusi memilki komunikasi dan kerjasama yang lebih baik agar asuhan yang akan di berikan kepada klien lebih berkualitas dalam menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan.

3. Bagi Penulis

Agar penulis menerapkan asuhan sesuai standar pelayanan kebidanan dengan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, D. N. S & Sujiyatini. 2017. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Asrina., Shinta, S. P & Dewie, S. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dewi, V. N. L. 2014. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinkes Kota Pematangsiantar. 2016. *Profil Kesehatan Kota Pematangsiantar*.
- Dinkes Provinsi Sumatera Utara. 2016. Profil Kesehatan Sumatera Utara. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/profil_kes../02_Sumut_2016.pdf diakses 2 Maret 2018.
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. 2012. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Handayani, S. 2017. *Buku Ajar Pelayanan Kesehatan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- JNPK-KR. 2016. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: TIM.
- Kemenkes RI. 2016. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA.
- Kennedy, B. B., Ruth, D. J., & Martin E. J. 2014. *Manajemen Intrapartum, Edisi IV*. Jakarta: EGC.
- Lockhart, A & Saputra, L. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologi & Patologi*. Pamulang: Binarupa Aksara.

Manuaba, I. B. (2014). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Maritalia, D. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Mochtar, R. (2016). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

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

Nugroho, dkk. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pinem, S. 2014. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta Timur: TIM

Prawirohardjo, S. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Romauli, S. 2016. *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rochmah, dkk. 2012. *Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.

Rohani, Saswita, R, dan Marisah. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: SalembaMedika.

Saputra, L. 2016. *Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Fisiologi & Patologi*. Pamulang: Binarupa Aksara.

Susiloningtyas, Is. *Pemberian zat besi (Fe) dalam kehamilan*. <https://media.neliti.com/media/publications/219937-pemberian-zat-besi-fe-dalam-kehamilan.pdf> (Diakses tanggal 19 Juli 2018).

Triyanti, Dempri, dkk. 2017. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ruftur Perineum pada Ibu Bersalin di BPM Fauziah Hatta Palembang Tahun 2017*. [http://journalstikesmp.ac.id/filebae/Dempi%20\(152-159\).pdf](http://journalstikesmp.ac.id/filebae/Dempi%20(152-159).pdf). (Diakses tanggal 12 Juli 2018).

WHO.2014 . Maternal Mortality. <http://www.who.int/mediacentre>.

Yanti.2016.Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan.Yogyakarta.Pustaka
Rihama.