

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S MASA HAMIL,  
BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, DAN  
KELUARGA BERENCANA DI PRAKTEK  
MANDIRI BIDAN R.M KOTA  
PEMATANGSIANTAR**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**



**Oleh :**

**DEBI LASRIA SIREGAR**

**NIM : P0.73.24.2.16.007**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN  
PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN  
PEMATANGSIANTAR  
TAHUN 2019**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S MASA HAMIL,  
BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR, DAN  
KELUARGA BERENCANA DI PRAKTEK  
MANDIRI BIDAN R.M KOTA  
PEMATANGSIANTAR**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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



**Disusun Oleh :**

**DEBI LASRIA SIREGAR**

**NIM : P0.73.24.2.16.007**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN  
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN  
PEMATANGSIANTAR  
TAHUN 2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**JUDUL LTA : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA DI PRAKTEK MANDIRI BIDAN R.M KOTA PEMATANG SIANTAR**

**NAMA : DEBI LASRIA SIREGAR**  
**NIM : P0.73.24.2.16.007**

Laporan Tugas Akhir Ini Telah disetujui untuk dipertahankan  
Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



**Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes**  
**NIP.195907081983032001**

**Dr. Dame Evalina Simangunsong, M.Kes**  
**NIP. 197009021993032002**

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. S MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA DI PRAKTEK MANDIRI BIDAN R.M KOTA PEMATANGSIANTAR**

**NAMA : DEBI LASRIA SIREGAR**  
**NIM : P0.73.24.2.16.007**

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program  
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan  
Pematangsiantar, 24 Mei 2019

Penguji I



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

Penguji II



**Parmiana Bangun, SST, M.Keb**  
**NIP.198308012008122002**

Ketua Penguji



**Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes**  
**NIP.195907081983032001**

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

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

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN  
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR  
LAPORAN TUGAS AKHIR, MEI 2019  
DEBI LASRIA SIREGAR

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

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas atau pengololaannya tetapi bukan krena sebab- sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh disetiap 100.000 kelahiran hidup.

**Tujuan:** Untuk memberikan asuhan kebidanan pada Ny. S Umur 27 tahun secara *continuity of care* mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai dengan akseptor keluarga berencana sesuai dengan standar asuhan kebidanan dan manajemen kebidanan.

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

**Hasil:** Asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. S dengan proses persalinan bayi lahir spontan dengan BB 3900 gram, PB 50 cm, *apgar score* 8/10, dengan jenis kelamin Perempuan. Pada pelaksanaan asuhan kala II Ny. S mengalami ruptur derajat II dan lilitan tali pusat longgar, akan tetapi masalah dapat teratasi dengan melakukan *hecting* derajat II dengan teknik jelujur dan melonggarkan tali pusat dari puncak kepala. 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 3 bulan.

**Kesimpulan:** Pada kasus ini Ny. S umur 27 tahun dengan ruptur perineum, dan lilitan tali pusat longgar tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Ibu dianjurkan mengkonsumsi makanan bergizi, tablet Fe dan menjadi akseptor KB.

**Kata kunci** : Asuhan kebidanan berkelanjutan, Ruptur Perineum, Lilitan Tali Pusat Longgar, KB.

*POLYTECNIC MINISTRY OF HEALTH MEDAN  
MIDWIFERY OF STUDY PROGRAM IN PEMATANGSIANTAR  
CASE REPORT, MAY 2019*

*DEBI LASRIA SIREGAR*

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

**ABSTRACT**

***Back ground of problems:*** *The success of effort mother healthy can we see from Mother Mortality Rate indicator (MMR). MMR is Mother mortality rate while pregnant, lab or puerperal, cause by pregnat, lab or, and puerperal or management but not because of another reaon. For example accident or fall every 100.000 life labor.*

***Purpose:*** *To provide care in obstetrics at Mrs. S age 27 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:*** *Care in midwifery in a sustainable manner of Ms. S with lab or procce baby born with the weight of 3900 gr, the length of 50 cm, apgar score 8/10 with woman gender. In the implementation of the care kala II, Mrs. P rupture and loose cord loose center but the problems can be resolved by doing hecting with baste technique and loosen the umbilical cord from the top of the head . 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 depo injection.*

***Conclusion:*** *In the case of Mrs. S 27 years old with rupture perineum and loose cord loose center, 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, Perineum Rupture, Loose Cord Loose Center, family Planning.*

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas berkat dan rahmatNya penulis dapat menyusun laporan tugas akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny S Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan Keluarga Berencana di Praktek Mandiri Bidan (PMB) R.M Kota Pematangsiantar”**. Tujuan dari penulisan laporan tugas akhir ini adalah sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dra. Ida Nurhayati, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Medan, yang telah memberikan kesempatan menyusun laporan tugas akhir ini.
2. Ibu Betty Mangkuji, SST, M.Keb, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan.
3. Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T, M.Keb, selaku Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes RI Medan.
4. Ibu Juliani Purba, S.Pd, AKp, MM, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga ini Laporan Tugas Akhir dapat terselesaikan.
5. Ibu Dr. Dame Evalina Simangunsong, M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir dapat terselesaikan.
6. Bapak/Ibu dosen beserta staf pegawai di Politeknik Kesehatan RI Medan Program Studi D.III kebidanan Pematangsiantar.
7. Ibu Bidan R.M, yang telah memfasilitasi dan membimbing saya dalam memberikan dan melaksanakan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil untuk menyusun Laporan Tugas Akhir.

8. Kepada keluarga Ny. S atas ketersediaan menjadi klien dan kerjasamanya yang baik.
9. Kepada orang tua tercinta Kasmien Siregar dan Herlina Sibarani, abang-abang saya beserta seluruh keluarga yang telah banyak memberikan dukungan, nasehat, baik secara materi dan spiritual maupun motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Rekan seangkatan dan pihak-pihak yang terkait dalam membantu penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penyusunan laporan penelitian ini penulis mengharapkan kritikan dan saran yang membangun. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih atas masukan dan saran, serta mohon maaf atas khilaf dan salah.

Pematangsiantar, Mei 2019

**DEBI LASRIA SIREGAR**  
**NIM: P0.73..24.2.16.007**



## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>ABSTRAK</b>	
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	4
1.3 Tujuan LTA .....	4
1.4 Sasaran, Tempat, Dan Waktu Asuhan Kebidanan .....	5
1.5 Manfaat Penulisan .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Asuhan Kebidanan .....	6
2.2 Kehamilan .....	8
2.3 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan .....	24
2.4 Persalinan .....	29
2.5 Nifas .....	40
2.6 Bayi Baru Lahir .....	43
2.7 Keluarga Berencana .....	47
<b>BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN .....</b>	<b>52</b>
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil .....	52
3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin .....	59
3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas .....	64
3.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir .....	69
3.5 Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB .....	71
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>72</b>
4.1 Asuhan Kehamilan .....	72
4.2 Persalinan .....	73
4.3 Nifas .....	75
4.4 Bayi Baru Lahir .....	76
4.5 Keluarga Berencana .....	77
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>79</b>
5.1 Kesimpulan .....	79
5.2 Saran .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh .....	12
Tabel 2.2	Penambahan berat badan selama kehamilan .....	13
Tabel 2.3	Pengukuran tinggi fundus uteri .....	26
Tabel 2.4	Jadwal Pemberian TT .....	27
Tabel 2.5	Apgar Score .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 2 Partograf Persalinan
- Lampiran 3 Stempel Kaki Bayi
- Lampiran 4 Kartu Peserta KB
- Lampiran 5 Daftar Hadir menghadiri ujian Proposal LTA
- Lampiran 6 Kartu Bimbingan LTA
- Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
HB	: <i>Haemoglobin</i>
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
IUFD	: <i>intra uterine fetal death</i>
IV	: <i>Intra Vena</i>
KB	: Keluarga Berencana
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MOP	: Medis Operatif Pria
MOW	: Medis Operatif Wanita
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMS	: Penyakit Menular seksual

SOAP	: <i>Subjektif Objektif Assasment Planning</i>
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: <i>Tetanus Toksoid</i>
TTP	: Tanggal Tafsiran Persalinan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
UI	: <i>Intra Unit</i>
VDRL	: <i>Veneral Desease Research Laboratory</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas atau pengelolannya tetapi bukan karena sebab- sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh disetiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017).

Dalam rangka upaya percepatan penurunan AKI maka pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan (Kemenkes RI, 2017).

Salah satu kontribusi kematian ibu disebabkan oleh 4 terlalu (terlalu muda, terlalu sering, terlalu pendek jarak kehamilan, terlalu tua) dan 3 terlambat (terlambat deteksi dini tanda bahaya, terlambat mencapai fasilitas dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat). Sedangkan penyebab utama kematian neonatal adalah asfiksia, BBLR dan infeksi. Penyebab kematian Ibu dan Neonatal tersebut sebenarnya dapat dicegah jika setiap wanita hamil melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali ke petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2017).

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan laporan profil kesehatan tahun 2017 dari 296.443 bayi lahir hidup, jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai ulang tahun yang pertama berjumlah 771 bayi. Menggunakan angka diatas maka secara kasar dapat diperhitungkan perkiraan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara tahun 2017 yakni 2,6 / 1.000 Kelahiran Hidup (KH). Namun angka ini belum dapat menggambarkan angka kematian yang sesungguhnya karena kasus-kasus kematian yang dilaporkan hanyalah kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum seluruhnya dilaporkan (Kemenkes RI, 2017).

Pada tahun 2017, cakupan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan mencapai 87,28%, menurun sebesar 2,77% dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 90,05%. Bila dilihat tren dari tahun 2011 sampai dengan 2017 cukup fluktuatif, pencapaian pada tahun 2016 merupakan pencapaian tertinggi dalam hal pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

Perlukaan jalan lahir merupakan perlakuan yang terjadi pada jalan lahir saat atau setelah terjadinya persalinan yang biasanya ditandai oleh perdarahan pada jalan lahir. Perlakuan jalan lahir karena persalinan dapat mengenai vulva, vagina, dan uterus. Jenis perlukaan ringan berupa luka lecet, yang berat berupa suatu robekan yang disertai perdarahan hebat (Walyani, 2016).

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulative dan traumatic akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perenium, trauma forceps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Prawirohardjo, 2016).

Cakupan kunjungan nifas di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2016. Namun demikian adanya penurunan pada tahun 2016, yaitu lebih rendah dari tahun 2015. Penurunan tersebut disebabkan karena banyak faktor, yaitu penetapan sasaran kabupaten/kota terlalu tinggi, kondisi geografi yang sulit di beberapa wilayah, belum optimalnya koordinasi dan pelaporan antar kabupaten/kota dan provinsi, dan kurangnya kesadaran dan pengetahuan ibu dan keluarga tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan pada saat nifas. Kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sebesar 17,9% menjadi 87,36% pada tahun 2017, Provinsi Sumatera Utara mengalami peningkatan (87,71%) (Kemenkes RI, 2016).

Tahun 2016, berdasarkan data Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi Sumatera Utara, jumlah peserta KB baru adalah 350.481 jiwa atau 14,83% dari PUS yang ada, hal ini terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2015 (289.721 jiwa atau 12,31%). Sementara tahun 2014 yaitu 419.961 atau 17,83% dari PUS. Persentase penggunaan alat kontrasepsi oleh peserta KB aktif yang paling dominan adalah penggunaan alat kontrasepsi suntik yaitu (45,52%) dan tidak jauh berbeda pil (42,41%). Selebihnya menggunakan implant (20,63%) dan selebihnya sebanyak 15% menggunakan alat kontrasepsi lainnya seperti IUD, MOP, MOW, dan Kondom (Kemenkes RI, 2016).



KB aktif di antara PUS tahun 2017 sebesar 63,22%, sedangkan yang tidak pernah ber-KB sebesar 18,63%. KB aktif tertinggi terdapat di Bengkulu yaitu sebesar 71,98% dan yang terendah di Papua sebesar 25,73%. sebagian besar peserta KB Aktif memilih suntikan dan pil sebagai alat kontrasepsi bahkan sangat dominan (lebih dari 80%) dibanding metode lainnya; suntikan (62,77%) dan pil (17,24%). Padahal suntikan dan pil termasuk dalam metode kontrasepsi jangka pendek sehingga tingkat efektifitas suntikan dan pil dalam pengendalian kehamilan lebih rendah dibandingkan jenis kontrasepsi lainnya. Penggunaan MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) masih sangat rendah dikarenakan pengetahuan masyarakat yang masih rendah tentang kelebihan metode MKJP dan keterbatasan jumlah tenaga terlatih serta sarana yang ada. Dari keseluruhan jumlah peserta KB aktif, hanya 17,45% diantaranya yang menggunakan KB MKJP. Sedangkan 81,23% lainnya pengguna KB non MKJP dan 1,32% menggunakan metode KB tradisional. (Kemenkes RI, 2017).

Maka penulis melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir pada Ny. S dan di PMB R.M Kota Pematangsiantar 2018.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Asuhan Kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) pada Ny.S dengan G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> yang fisiologis, dan asuhan pada ibu bersalin, nifas, Bayi Baru Lahir, dan Akseptor Keluarga Berencana.

## **1.3 Tujuan LTA**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, Bayi Baru lahir, dan Keluarga Berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

- b. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.
- d. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- e. 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. Sasaran**

Asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. S masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan akseptor KB dengan memperhatikan *continuity of care*.

##### **2. Tempat**

Rumah Ny. S Simpang YMI Beringin Kota Pematangsiantar serta Praktek Mandiri Bidan (PMB) R.M di Jalan Medan Kota Pematangsiantar.

##### **3. Waktu**

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan *continuity of care* pada Ny. P yaitu mulai bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Mei 2019.

#### **1.5 Manfaat Penulisan**

##### **1. Bagi Teoritis**

Mampu mengaplikasikan dan menerapkan ilmu yang didapat dalam penyusunan laporan asuhan kebidanan dalam batas *continuity of care*, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan KB kepada Ny.S.

##### **2. Manfaat Praktis**

Dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan Anak (KIA), khususnya dalam memberikan informasi tentang asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB secara *continuity of care*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Asuhan Kebidanan**

##### **2.1.1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

###### **A. Pengertian Asuhan Kebidanan**

Tujuan utama asuhan antenatal (perawatan semasa kehamilan) adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya antar ibu dan anak, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan. Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan (Asrinah, dkk, 2017).

###### **B. Lingkup asuhan kehamilan**

Ruang lingkup asuhan kehamilan meliputi asuhan kehamilan normal dan identifikasi kehamilan dalam rangka penapisan untuk menjaring keadaan resiko tinggi dan mencegah adanya komplikasi kehamilan.

Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya. Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

1. Mengupayakan kehamilan sehat.
2. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
3. Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
4. Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi (Astuti, 2018).

### **C. Standar Asuhan Kehamilan**

Sebagai profesional bidan, dalam melaksanakan prakteknya harus sesuai dengan standard pelayanan kebidanan yang berlaku. Standard mencerminkan normal, pengetahuan dan tingkat kinerja yang telah disepakati oleh profesi. Penerapan standard pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan atas dasar yang jelas. Kelalaian praktek terjadi bila pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standard dan terbukti membahayakan.

Terdapat 6 standar dalam standar pelayanan antenatal seperti sebagai berikut:

1. Standar 1: Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah, berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan, dan memotivasi ibu, suami, dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

2. Standar 2 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnese serta pemantauan ibu dan janin secara seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

3. Standar 3 : Palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan dan bila usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke rongga panggul, mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Standar 4 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Standar 5 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklampsia lainnya, lalu mengambil tindakan yang tepat serta merujuknya.

6. Standar 6 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan yang direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Astuti, 2018).

## **2.2 Kehamilan**

### **2.2.1 Konsep Dasar Kehamilan**

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

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan sebagai nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Ditinjau dari tuanya kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani, 2015).

## **B. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester I, II, III**

### **a) Sistem reproduksi**

#### **1. Uterus**

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannya hanya berkisar 1,5 cm bahkan kurang.

Pada awal kehamilan penebalan uterus di stimulasi terutama oleh hormon estrogen dan sedikit oleh progesteron. Hal ini dapat dilihat dengan perubahan uterus pada awal kehamilan mirip dengan kehamilan ektopik. Akan tetapi, setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari hasil konsepsi. Pada awal kehamilan tuba fallopi, ovarium dan ligamentum rotundum berada sedikit di bawah apeks fundus, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit di atas pertengahan uterus. Posisi plasenta juga mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata. Fenomena ini dikenal dengan tanda *piscaseck*.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokat. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus

dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda hegar.

Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis. Pada triwulan akhir ismus akan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis. Batas antara segmen atas yang tebal dan segmen bawah yang tipis disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh Braxton Hicks pada tahun 1872 sehingga disebut dengan kontraksi braxton hicks. Kontraksi ini muncul tiba-tiba dan sporadik, intensitasnya bervariasi antara 5-25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan gap junction di antara sel-sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu (Prawirohardjo, 2016).

Uterus tumbuh membesar primer, maupun sekunder, akibat pertumbuhan isi konsepsi *intrauterine*. Estrogen menyebabkan adanya hiperplasia jaringan, sedangkan progesterone berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Taksiran kasar perbesaran *uterus* pada perabaan tinggi fundus adalah:

- 1) Tidak hamil/normal : sebesar telur ayam ( $\pm 30$  g)

- 2) Kehamilan 8 minggu : telur bebek
- 3) Kehamilan 12 minggu : telur angsa
- 4) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis- pusat
- 5) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- 6) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- 7) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-*xyphoid*
- 8) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-*xyphoid*
- 9) Kehamilan 36-42 minggu :3 sampai 1 jari bawah *xyphoid*

Ismus uteri, bagian dari serviks, batas anatomic menjadi sulit ditentukan pada kehamilan trimester 1 memanjang dan lebih kuat. Pada kehamilan 16 minggu menjadi satu bagian dengan korpus, dan pada kehamilan akhir diatas 32 minggu menjadi segmen bawah uterus. Vaskularisasi sedikit, lapisan muscular tipis, mudah rupture, kontraksi minimal berbahaya jika lemah, dapat rupture, mengancam nyawa janin dan nyawa ibu. *Serviks uteri* mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlunakan akibat progesterone (tanda Hegar), warna menjadi livide/kebiruan. Sekresi lendir serviks meningkat pada kehamilan, memberikan gejala keputihan (Sukarni, 2017).

## 2. *Ovarium*

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal. Relaksasi suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan insulin like growth factor I & II disekresikan oleh korpus luteum, desidua, plasenta, dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodelling jaringan ikat pada saluran reproduksi yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur biokimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplikasi pada kehamilan preterm (Prawirohardjo, 2016).



### 3. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar,kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Kolustrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap laktalbulmin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar montgomery, yaitu kelenjar sebacea dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara makin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan (Prawirohardjo 2016).

### 4. Perubahan metabolik

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

**Tabel 2.1**  
**Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh**

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

*Sumber: Prawirohardjo, 2016. Ilmu kebidanan. Halaman 180. Jakarta: PT. Bina Pustaka.*

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per-minggu sebesar 0,4 kg sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebihan dianjurkan menambah berat badan per-minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

**Tabel 2.2**  
**Penambahan berat badan selama kehamilan**

Jaringan dan Cairan	10 minggu	20 minggu	30 minggu	40 minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mammae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan ekstraselular	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

*Sumber: Prawirohardjo, 2016. Ilmu kebidanan. Halaman 180. Jakarta: PT. Bina Pustaka.*

Peningkatannya jumlah cairan selama kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis. Hal ini disebabkan oleh turunnya osmolaritas dari 10 mOsm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan sekresi vasopresin. Fenomena ini mulai terjadi pada awal kehamilan. Pada saat aterm  $\pm 3,5$  l cairan berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, uterus dan payudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah 6,5l. Penambahan tekanan vena dibagian bawah uterus dan mengakibatkan oklusi parsial vena kava yang bermanifestasi pada adanya pitting edema di kaki dan tungkai terutama pada akhir kehamilan. Penurunan tekanan osmotik koloid di interstisial juga akan menyebabkan edema pada akhir kehamilan.

Hasil konsepsi, uterus, dan darah ibu secara relatif mempunyai kadar protein yang lebih tinggi dibandingkan lemak dan karbohidrat. WHO menganjurkan asupan protein per hari pada ibu hamil 51 g.

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

Konsentrasi lemak, lipoprotein dan apolipoprotein dalam plasma akan meningkat selama kehamilan. Lemak akan disimpan sebagian besar di sentral yang kemudian akan digunakan janin sebagai nutrisi sehingga cadangan lemak itu akan berkurang. LDL akan mencapai puncaknya pada minggu ke-36, sementara HDL akan mencapai puncaknya pada minggu ke-25 berkurang sampai minggu ke-32 dan kemudian menetap. Hal ini dipengaruhi oleh kenaikan hormon progesteron dan estrogen (Prawirohardjo, 2016).

## **5. Sistem endokrin**

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

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormon paratiroid, vitamin D, dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormon paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi yang penting dari hormon paratiroid ini adalah memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptida pada janin, plasenta, dan ibu. Pada saat hamil dan mempunyai dianjurkan untuk mendapat asupan vitamin D 10 ug atau 400 IU.

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, aldosteron, dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun (Prawirohardjo, 2016).

## 6. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan mengikat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

## 7. Sistem pencernaan

Estrogen dan hCG meningkat, dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Selain itu, terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar/perasaan ingin makan terus (mengidam), juga akibat peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu, terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (*hyperemesis gravidarum*).

Saliva meningkat, dan pada trimester pertama, mengeluh mual dan muntah tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morningsickness*) (Asrinah, dkk, 2017).

## 8. Kulit

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

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada aerola dan

daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang saat persalinan. Kontrasepsi oral juga bisa menyebabkan terjadinya hiperpigmentasi yang sama.

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum melanocyte stimulating hormone pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan progesteron diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi faktor pendorongnya (Prawirohardjo, 2016).

### **9. Sistem pernapasan**

Pada kehamilan terjadi perubahan system respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O<sub>2</sub>. disamping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O<sub>2</sub> yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya (Asrinah, dkk, 2017).

### **10. Sistem persarafan**

Pada ibu hamil akan ditemukan rasa sering kesemutan atau acroestresia pada ekstremitas disebabkan postur tubuh ibu yang membungkuk. Oedema pada trimester III, edema menekan saraf perifer bawah ligament carpal

Pergelangan tangan menimbulkan carpal turner sindrom, yang ditandai dengan parestisia dan nyeri pada tangan yang menyebar ke siku. Pada bayi, system saraf (otak dan struktur-struktur lain seperti tulang belakang)muncul pada minggu ke-4, sewaktu saraf mulai berkembang. Pada minggu ke-6 kehamilan, divisi utama dari system saraf pusat mulai terbentuk. Divisi ini terdiri atas otak depan, otak tengah, otak belakang, dan saraf tulang belakang.

Pada minggu ke-7 otak depan terbagi menjadi dua hemisfer yang akan menjadi dua hemisfer otak, disebut hemisfer serebra (Asrinah, dkk, 2017).

## **C. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan**

### **1. Trimester I**

Segera setelah konsepsi, kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat, ini yang menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah dan membesarnya payudara, ibu merasa tidak sehat dan sering kali membeci kehamilannya. Ibu merasa kecewa, penolakan, kecemasan, dan sedih. Pada masa ini juga ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya memang hamil.

Pada trimester pertama, seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuh akan selalu diperhatikan secara seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukan atau dirahasiakannya.

Hasrat untuk melakukan hubungan seksual, pada perempuan di trimester pertama ini, berbeda-beda. Walaupun beberapa perempuan mengalami gairah seks yang lebih tinggi, kebanyakan mengalami penurunan libidoselama periode ini. Keadaan ini menciptakan adanya kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak perempuan merasa butuh dicintai dan merasakan keinginan kuat untuk mencintai, namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatian dan kekhawatiran (Asrinah, dkk, 2017).

### **2. Trimester ke II**

Trimester kedua biasanya ibu sudah merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu telah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara konstruktif. Pada trimester ini pula ibu mampu merasakan gerakan janinnya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman, seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan naiknya libido (Asrinah, dkk, 2017).

### **3. Trimester III**

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa aneh atau jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima semasa hamil.

Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bagi bayi dan kebahagiaan dalam menanti seperti apa rupa bayinya nantinya (Asrinah, dkk, 2017).

## **D. Kebutuhan Ibu Hamil pada Trimester I, Trimester II, Trimester III**

### **1. Oksigen**

Kebutuhan oksigen berhubungan dengan perubahan sistem pernapasan pada masa kehamilan.

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme rate yang diperlukan untuk menambah masa jaringan-jaringan pada payudara, hasil konsepsi, masa uterus dan lainnya. Ekspansi rongga iga menyebabkan volume cadangan ekspirator dan volume residu menurun 20%. Hal ini mengakibatkan peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20% yang menopang kebutuhan metabolik tambahan ibu dan janin. Pada masa kehamilan pernapasan menjadi lebih dalam sekalipun dalam keadaan istirahat, akibatnya volume menit meningkat 40% dan volume tidal juga meningkat dari 7,5 l/menit menjadi 10,5 l/menit diakhir kehamilan (Astuti, 2018).

### **2. Nutrisi**

Secara berkala, *Food and Nutrition Board dari Intitute of Medicine* (2008) menerbitkan asupan gizi yang dianjurkan (Recommended Daily Allowance),

termasuk bagi wanita hamil atau menyusui. Suplemen vitamin-mineral pranatal tertentu dapat melebihi asupan gizi yang dianjurkan. Selain itu, pemakaian suplemen secara berlebihan, yang sering dibeli sendiri oleh pasien, menimbulkan kekhawatiran akan toksisitas nutrisi selama kehamilan. Nutrisi yang berpotensi memiliki efek toksik adalah besi, seng, selenium dan vitamin A, B6, C dan D. Secara khusus, kelebihan vitamin A lebih dari 10.000 IU per hari dapat bersifat teratogenik. Asupan vitamin dan mineral lebih dari dua kali daripada asupan harian yang dianjurkan.

**a). Kalori**

Kehamilan memerlukan tambahan 80.000 kkal-sebagian besar terakumulasi dalam 20 minggu terakhir. Untuk memenuhi kebutuhan ini, selama kehamilan dianjurkan peningkatan kalori 100 sampai 300 kkal per hari (*American Academy of Pediatrics dan American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007*). Kalori yang dibutuhkan untuk energi dan jika asupan kalori kurang memadai maka protein akan dimetabolisasi dan bukan disisakan untuk peran vital dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Kebutuhan fisiologis total selama kehamilan tidak harus merupakan jumlah kebutuhan tak hamil biasa plus kebutuhan spesifik kehamilan.

**b). Protein**

Ke dalam kebutuhan protein wanita hamil ditambahkan kebutuhan untuk pertumbuhan dan remodeling janin, plasenta, uterus dan payudara serta peningkatan volume darah ibu. Selama paruh kedua kehamilan, sekitar 1000 g protein diendapkan setara dengan 5 sampai 6 g/hari. Konsentrasi sebagian besar asam amino dalam plasma ibu turun mencolok, termasuk ornitin, glisin, taurin dan prolin. Pengecualian selama kehamilan adalah asam glutamat dan alanin yang konsentrasinya meningkat.

Sebagian besar protein disarankan berasal dari sumber hewani, misalnya daging, susu, telur, keju, produk ayam, dan ikan karena protein hewani ini mengandung asam-asam amino dalam kombinasi optimal. Susu dan produk susu yang telah lama dianggap sebagai sumber ideal nutrisi, khususnya protein dan kalsium.



**c). Mineral**

Dengan pengecualian besi, hampir semua diet yang memasok kalori dalam jumlah memadai untuk penambahan berat yang adekuat akan mengandung cukup mineral untuk mencegah defisiensi jika wanita yang bersangkutan mengkonsumsi makan beryodium.

Dari 300 mg besi banyak besi yang dipindahkan ke janin dan plasenta dan 500 mg yang dimasukkan ke dalam massa hemoglobin ibu yang bertambah, hampir semua digunakan setelah pertengahan kehamilan. Selama waktu itu, kebutuhan besi yang ditimbulkan oleh kehamilan dan ekskresi ibu total mencapai sekitar 7 mg per hari. Hanya sedikit wanita memiliki simpanan besi atau asupan besi dalam makanan yang memadai untuk memenuhi jumlah ini. Karena itu American Academy of Pediatrics dan American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) menguatkan bahwa wanita hamil mendapatkan paling sedikit suplemen besi ferrous sebanyak 27 mg per hari. Jumlah ini terkandung dalam sebagian besar vitamin prenatal.

**d). Kalsium**

Wanita hamil menahan sekitar 30 g kalsium, yang sebagian besar disalurkan ke janin pada kehamilan tahap lanjut. Jumlah kalsium ini mencerminkan banyak sekitar 2,5 % dari kalsium ibu total, yang kebanyakan ada di tulang dan yang mudah dimobilisasi untuk pertumbuhan janin. Selain itu, Heaney dan Skillman (1971) memperlihatkan adanya peningkatan penyerapan kalsium di usus dan retensi progresif sepanjang kehamilan. Upaya-upaya untuk mencegah preeklamsia dengan menggunakan suplementasi kalsium belum terbukti efektif, dan hal ini tidak dianjurkan untuk digunakan secara rutin pada kehamilan.

**e). Seng**

Defisiensi seng berat dapat menyebabkan penurunan nafsu makan, pertumbuhan suboptimal dan gangguan penyembuhan luka. Defisiensi seng berat dapat menyebabkan *dwarfism* (tubuh cebol) dan hipogonadisme. Hal ini juga dapat menyebabkan penyakit kulit spesifik, *akrodermatitis enteropatika*, akibat defisiensi seng kongenital berat yang jarang dijumpai. Meskipun kadar

suplementasi seng yang aman bagi wanita hamil belum dipastikan, asupan harian yang dianjurkan selama kehamilan adalah sekitar 12 mg.

#### **f). Yodium**

Pemakaian garam dan produk roti beryodium dianjurkan selama kehamilan untuk mengimbangi peningkatan kebutuhan oleh adanya janin dan hilangnya yodium ibu melalui ginjal. Meskipun demikian asupan yodium telah menurun secara substansial dalam 15 tahun terakhir dan disebagian daerah, asupan ini kurang memadai. Perhatian terhadap peningkatan yodium dalam makanan diperkuat oleh laporan-laporan yang mengaitkan hipotiroidisme ibu subklinis dengan gangguan hasilakhir kehamilan serta kemungkinan defek pada perkembangan saraf pada anak yang diteliti pada usia 7 tahun. Defisiensi yodium berat pada ibu mempengaruhi bayi mengalami kretinisme epidemik yang ditandai oleh defek neurologis berat multipel.

#### **g). Magnesium**

Defisiensi magnesium akibat kehamilan belum pernah dijumpai. Selama sakit jangka panjang tanpa asupan magnesium, kadar plasma dapat sedemikian rendah, seperti yang terjadi jika tidak terdapat kehamilan.

##### **1. Trace Mineral**

Tembaga, selenium, kromium, dan mangan memiliki peran penting dalam fungsi enzim tertentu. Secara umum, sebagian besar tersedia dalam diet sehari-hari. Defisiensi selenium geokimiawi berat pernah ditemukan di suatu daerah luas di Cina. Defisiensi bermanifestasi sebagai kardiomiopati yang sering memastikan pada anak dan wanita usia subur.

##### **2. Kalium**

Konsentrasi kalium dalam plasma ibu menurun sekitar 0,5 mEq/L pada pertengahan kehamilan. Defisiensi kalium terjadi pada keadaan-keadaan yang sama dengan ketika wanita tidak hamil.

#### **h). Vitamin**

Meningkatnya kebutuhan akan sebagian besar vitamin selama kehamilan yan biasanya dipenuhi oleh semua makanan umum yang memberi kalori dan protein dalam jumlah adekuat. Pengecualiannya adalah asam folat pada masa-

masa kebutuhan yang tak-lazim, misalnya dengan kehamilan penyulit muntah berkepanjangan, anemia hemolitik, suplementasi multivitamin rutin mengurangi insiden berat lahir rendah dan hambatan pertumbuhan janin, tetapi tidak mengubah angka persalinan kurang bulan atau kematian perinatal (Cunningham, 2013).

### **3. Personal hygiene (kebersihan pribadi)**

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lembab dan mudah terinfeksi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam bathtub dan melakukan vaginal douche.

### **4. Pakaian**

Hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil:

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

### **5. Eliminasi**

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dengan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong.

### **6. Seksual**

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut:

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur
- b. Perdarahan per vaginam

- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu pertama kehamilan
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.

### **7. Mobilisasi, bodi mekanik**

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram di kaki ketika tidur malam. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik.

- a. Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/tanpa hak dan jangan terlalu sempit
- b. Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak lurus dan pastikan beban terfokus pada lengan
- c. Tidur dengan posisi kaki di tinggikan
- d. Duduk dengan posisi punggung tegak
- e. Hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot).

### **8. Exercise/senam hamil**

Manfaat senam hamil:

- a. Memperbaiki sirkulasi darah
- b. Mengurangi pembengkakan
- c. Memperbaiki keseimbangan otot
- d. Mengurangi resiko gangguan gastro intestinal termasuk sembeli
- e. Mengurangi kram/kejang kaki
- f. Memperkuat otot perut
- g. Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan

Senam hamil pada kehamilan normal dapat di mulai pada kehamilan kurang dari 16-38 minggu. Beberapa gerakan senam hamil yang di anjurkan adalah sebagai berikut:

- a. Gerakan pengencangan abdomen dengan teknik tidur telentang atau miring, lutut ditekuk, tangan di perut.
- b. Gerakan pemiringan panggul. Tidur telentang, lutut di tekuk. Gulingkan panggul dengan meratakan punggung bawah ke lantai, sambil meniadakan rongga. Susutkan otot-otot abdomen pada saat mengeluarkan nafas dan kencangkan bokong.
- c. Goyang panggul. Latihan ketiga adalah variasi dari latihan kedua. Posisi merangkak, tarik masuk perut dan bokong, tekan dengan punggung bagian bawah sambil membuat gerakan punggung kucing yang bundar. Jangan biarkan tulang punggung mengendur. Miringkan panggul ke samping bolak-balik.
- d. Teknik gerakan keempat adalah senam Kegel untuk dasar panggul. Lakukan minimal 100 kali sehari. Untuk menghubungkan set otot ini, lakukan gerakan seolah-olah sedang buang air kecil kemudian menahannya sekuat mungkin atau menghentikan alirannya di tengah-tengah.
- e. Gerakan menekuk.

## **9. Istirahat/tidur**

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi miring berbaring di anjurkan untuk meningkatkan perfusi uterin dan oksigen fotoplental.

## **10. Imunisasi.**

Imunisasi yang di berikan adalah imunisasi Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus (Asrinah, dkk, 2017).

## **2.3 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan**

### **2.3.1 Asuhan Kehamilan**

#### **a. Pengertian Asuhan Kehamilan**

Asuhan Kehamilan adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani, 2015).

**b. Tujuan Asuhan Kehamilan**

Tujuan Asuhan Kehamilan Menurut Walyani S. E adalah sebagai berikut :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi.
3. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, pada ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

**c. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan**

Jadwal pemeriksaan kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan pertama  
Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
2. Pemeriksaan Ulang
  - 1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
  - 2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan
  - 3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.
3. Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - 1) 1 kali pada trimester pertama (K 1)
  - 2) 1 kali pada trimester dua dan dua kali pada trimester ketiga (K 4).

#### d. Pelayanan Asuhan Standar Kehamilan

Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T adalah sebagai berikut :

##### 1. Timbang berat badan dan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran <145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 kg sampai 16 kg.

Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil didasarkan pada indeks masa tubuh pra kehamilan (*body mass index*) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat.

##### 2. Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nomor pada tepi atau *symphysis* dan rentangkan sampai *fundus uteri* (*fundus* tidak boleh ditekan).

**Tabel 2.3**  
**Pengukuran Tinggi *fundus uteri***

No	Tinggi <i>Fundus Uteri</i> (cm)	Umur Kehamilan dalam Minggu
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32
7	36 cm	36
8	40 cm	40

Sumber : Walyani S. E, 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Halaman 80. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

##### 3. Tekanan Darah

Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala *hipertensi* dan

*preeklamsi*. Apabila turun di bawah normal kita pikirkan kearah *anemia*. Tekanan darah normal berkisar *sistole/diastole*: 100/80-120/80 mmHg.

#### 4. Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

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

#### 5. Pemberian imunisasi TT

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

**Tabel 2.4**  
**Jadwal Pemberian TT**

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

Sumber : Walyani S. E, 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Halaman 81. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

#### 6. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

#### 7. Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adanya protein dalam *urine* ibu hamil. Protein *urine* ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah *preeklamsi*.

#### 8. Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL



Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* ( VDRL) untuk mengetahui adanya *treponemapallidum* penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*.

#### 9. Pemeriksaan urine reduksi

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

#### 10. Perawatan Payudara

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

- 1) Menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu
- 2) Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam)
- 3) Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar
- 4) Mempersiapkan ibu dalam laktasi.
- 5) Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan.

#### 11. Senam Ibu hamil

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

#### 12. Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk para ibu hamil didaerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria atau panas tinggi disertai menggigil.

#### 13. Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat kekurangan yodium dapat menyebabkan *gondok* dan *kretin* yang ditandai dengan:

- 1) Gangguan fungsi mental
- 2) Gangguan fungsi pendengaran
- 3) Gangguan pertumbuhan

4) Gangguan kadar hormon yang rendah

#### 14. Temu wicara

Defenisi Konseling adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya (Walyani, 2015).

## 2.4 Persalinan

### 2.4.1. Konsep Dasar Persalinan

#### A. Definisi Persalinan

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

Beberapa pengertian lain dari persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalianan bila persalianan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalu pancuan. Persalinan dikatakan normal biala tidak ada penyulit ( Hidayat A dan Sujiyatini, 2017).

#### B. Tahapan Persalinan

##### 1. Kala I: Kala Pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10cm).

Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

##### 1) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap

- 1) Pembukan kurang dari 4 cm.
- 2) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam.

##### 2) Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/ 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

- 2) Serviks mebukaaan 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm/lebih perjam hingga pembukaaan lengkap (10).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- 4) Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, yaitu:
  - 1) Periode akselerasi. Berlangsung selama 2 jam pembukaaan 3 cm menjadi 4 cm.
  - 2) Periode dilatasi maksimal. Berlangsung selama 2 jam pembukaaan berlangsung cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
  - 3) Periode deselerasi. Berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaaan 9 cm menjadi 10cm/lengkap (Walyani, E.S dan Purwoastusi E.Th, 2016).

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

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

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

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

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi
  - a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
  - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakai celemek plastik

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air yang bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (Gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan Steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

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

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

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

11. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
- b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

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

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

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

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

**e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

- 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm,
- 16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
- 17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

**f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

**Lahirnya Kepala**

19. Setelah tampak bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perenium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal

20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut

21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

**Lahirnya Bahu**

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

**Lahirnya Badan dan Tungkai**

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perenium ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah.

Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

**g. Penanganan Bayi Baru Lahir**

25. Lakukan penilaian

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

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

26. Keringkan tubuh bayi

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

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

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

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

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

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Mengeluarkan plasenta**

37. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)

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

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

1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

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

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar



plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

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

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

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

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

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastic atau tempat khusus.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perenium. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.  
Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

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

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
  - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
  - b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

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

### **Evaluasi**

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

### **Kebersihan dan Keamanan**

51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

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

#### **Dokumentasi**

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

#### **2.4.2. Ruptur Perenium**

Perlukaan jalan lahir merupakan perlakuan yang terjadi pada jalan lahir saat atau setelah terjadinya persalinan yang biasanya ditandai oleh perdarahan pada jalan lahir. Perlakuan jalan lahir karena persalinan dapat mengenai vulva, vagina, dan uterus. Jenis perlukaan ringan berupa luka lecet, yang berat berupa suatu robekan yang disertai perdarahan hebat (Walyani, E.S dan Purwoastusi E.Th, 2016).

Robekan yang terjadi bisa ringan (lecet, laserasi), luka episiotomi, robekan perenium spontan derajat ringan sampai rupture perenei totalis (sfigter ani terputus), robekan pada dinding vagina, forniks uteri, serviks, daerah sekitar klitoris dan uretra dan bahkan yang terberat, rupture uteri.

Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara melakukan inspeksi pada vulva, vagina, dan serviks dengan memakai speculum untuk mencari sumber perdarahan dengan ciri warna darah yang merah segar dan pulsarif sesuai denyut nadi. Perdarahan karena rupture uteri dapat diduga pada persalinan macet atau kasep, atau uterus dengan lokus minoris resistensia dan adanya atonia uteri dan tanda cairan bebas intra abdominal. Semua sumber perdarahan yang terbuka harus di

klem, diikat dan luka ditutup dengan jahitan *cut-gut* lapis demi lapis sampai perdarahan berhenti (Prawirohardjo, 2016).

#### 1). Robekan Perinium

Robekan perinium terjadi pada hampir semua persalinaan pertama dan tidak jarang juga pada persalinaan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari pada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar dari pada sirkumferensia suboksipito bregmatika.

Biasanya robekan perineum terjadi pada :

1. Kepala janin terlalu cepat lahir.
2. Persalinaan tidak dipinpin sebagaimana mestinya.
3. Sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan perut.
4. Pada persalinaan dengan distosia bahu.

Robekan perineum terbagi atas 4 derajat :

1. Derajat I  
Mukosa vagina, fauchette pesterior, kulit perineum,
2. Derajat II  
Mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum.
3. Derajat III  
Mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna.
4. Derajat IV  
Mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rectum anterior.

## 2.5 Nifas

### 2.5.1 Konsep Dasar Nifas

#### A. Pengertian nifas

Meskipun masa nifas secara harafiah didefinisikan sebagai masa persalihan selama dan segera setelah kelahiran, masa ini juga meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Heryani, R, 2012). Masa nifas (puerperium) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2016).

#### B. Tujuan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalihan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

Tujuan asuhan masa nifas dibagi 2 yaitu:

1. Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan *scrining* secara komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tenaga perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan KB (Mansyur N dan Dahlan K.A, 2014)

#### C. Tahapan masa nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Puerperium dini

Yaitu pada saat kepulihan di mana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

## 2. Puerperium intermedate

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

## 3. Puerperium remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Dewi, 2017).

### **D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas**

#### Perubahan Sistem Reproduksi

##### 1. Uterus

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

##### 2. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal:

###### 1) Lochea rubra (cruenta)

Lokea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dan perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion.

###### 2) Lochea sanguinoluenta

Lokea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3-5 hari postpartum.

###### 3) Lochea serosa

Lokea ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecokelatan.

###### 4) Lochea alba

Lokea ini muncul lebih dari hari ke 10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan.

### 3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dilalui oleh 2 jari pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak karena robekan dalam persalinan.

### 4. Vagina dan Perineum

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir (Dewi, 2017).

## **E. 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 (Dewi, 2017).

## **F. Perubahan Psikologis Masa Nifas**

### 1. Fase *Taking In*

Merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

### 2. Fase *Taking Hold*

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

### 3. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu sudah dapat menyesuaikan merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat (Dewi dan Sunarsih, 2017).

## **2.6. Bayi Baru Lahir**

### **2.6.1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

#### **A. Pengertian Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin.



Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2010).

## **B. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir**

### 1. Cara memotong tali pusat.

- a). Menjepit tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dan klem.
- b). Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem.

Mengikat tali pusat dengan jarak 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kasa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin.

- c). Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.

### 2. Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermi.

- a). Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir.

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (cold stress) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena kontrol suhunya belum sempurna.

- b). Untuk mencegah terjadinya hipotermi.

Bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup diatas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu.

- c). Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil.

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL beresiko yang berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadaannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik ( Dewi, 2010).

d). Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir

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

### 3. Inisiasi Menyusu Dini

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2016).

### 4. Pengukuran Berat Badan dan Panjang Lahir

Bayi yang baru lahir harus ditimbang berat lahirnya. Dua hal yang paling ingin diketahui oleh orang tua bayinya yang baru lahir adalah jenis kelamin dan beratnya. Pengukuran panjang lahir tidak rutin dilakukan karena tidak bermakna. Pengukuran dengan menggunakan pita ukur tidak akurat. Bila diperlukan data mengenai panjang lahir, maka sebaiknya dilakukan dengan menggunakan stadiometer bayi dengan menjaga bayi dalam posisi lurus dan ekstremitas dalam keadaan ekstensi (Prawirohardjo, 2016).

### C. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

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  $> 7$
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. *Refleks rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. *Refleks sucking* (hisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. *Refleks morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. *Refleks grasping* (menggenggam) sudah baik
19. Genitalia.

- a) Pada laki-laki ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
- b) Pada perempuan ditandai dengan adanya uretra dan vagina yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.
20. Eliminasi yang baik ditandai dengan keluarnya meconium dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.

**Tabel 2.5**  
**Apgar Score**

<b>Tanda</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Appearance (warna kulit)	Pucat, biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru.	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (Tonus otot)	Tidak ada	Lambat	Gerakan Aktif
Activity (Aktifitas)	Lemas/lumpuh	sedikit gerakan	Langsung menangis kuat
Respiratory (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Mengangis

*Sumber: Dewi, 2010. Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita. Halaman 2. Jakarta: Salemba Medika.*

Interpretasi:

- 1). Nilai 1-3 asfeksia berat.
- 2). Nilai 4-6 asfiksia sedang.
- 3). Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dewi, 2010).

## **2.7 Keluarga Berencana**

### **2.7.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana**

#### **A. Pengertian Keluarga Berencana**

Menurut WHO (*World Health Organisation*) *expert committee* 1970: keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol

waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Secara umum (KB) dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Suratun, 2017).

### **B. Tujuan Pemasangan KB**

Tujuan umum adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

Kesimpulan dari tujuan program kb adalah: memperbaiki kesehatan ibu, anak, keluarga dan bangsa; mengurangi angka kelahiran untuk menaikkantaraf hidup rakyat dan bangsa ; memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB yang berkualitas termasuk upaya penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

1. Tujuan KB berdasarkan RENSTRA 2005-2009 meliputi :
  - a) Keluarga dengan anak ideal.
  - b) Keluarga sehat.
  - c) Kelurga berpendidikan.
  - d) Keluarga sejahtera.
  - e) Keluarga berketahanan.
  - f) Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya.
  - g) Penduduk tumbuh seimbang (PTS) (Anggraini, 2018).

### **C. Ruang Lingkup KB**

Ruang Lingkup KB antara lain : Keluarga berencana, Kesehatan reproduksi remaja, Ketahanan dan pemberdayaan keluarga, penguatan pelembagaan keluarga

kecil berkualitas, keserasian kebijakan kependudukan, pengelolaan SDM aparatur, penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan, peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara (Anggraini, 2018).

#### **D. Langkah-Langkah Konseling KB**

1. **SA** : Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privacynya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu, serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

2. **T** : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.

Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, harapan, kepentingan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang di inginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

3. **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 dia ingini, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang mungkin diingini oleh klien.

4. **TU** : Bantulah klien menentukan pilihannya.

Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan menunjukkan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan

tersebut. Jika memungkinkan diskusikan mengenai pilihan tersebut kepada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang sangat tepat. Petugas dapat menanyakan: Apakah anda sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi? Atau apa jenis kontrasepsi terpilih yang akan digunakan?

5. **J** : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat atau obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat atau obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya. Sekali lagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.
6. **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 (Anggraini Y dan Martini, 2018).

## **2.7.2 Kontrasepsi Hormonal Suntikan**

### **a. Definisi Kontrasepsi Hormonal Suntikan**

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

tidak boleh memakai suntikan KB, termasuk penggunaan cara KB hormonal selama maksimal 5 tahun (Anggraini Y dan Martini, 2018).

**b. Jenis KB Suntik**

- a) Suntikan/bulan, contoh : Cyclofem
- b) Suntikan/3 bulan, contoh : Depo provera, Depogeston

**c. Cara Kerja KB Suntik**

- a) Menghalangi ovulasi (masa subur)
- b) Mengubah lendir serviks (vagina) menjadi kental
- c) Menghambat sperma dan menimbulkan perubahan pada rahim
- d) Mencegah terjadinya pertemuan sel telur dan sperma
- e) Mengubah kecepatan transportasi sel telur (Anggraini Y dan Martini, 2018).



**BAB III**  
**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.S**

**3.1 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

**Pemeriksaan di PMB RM JL. Medan Pematangsiantar**

**Kunjungan I**

Tanggal 17 Desember 2018

Jam 15.30 WIB

**BIODATA**

**IBU**

**SUAMI**

Nama : Ny.S

Tn.H

Umur : 27 tahun

34 tahun

Suku/kebangsaan : Jawa/Indonesia

Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Islam

Pendidikan : SMA

SMA

Pekerjaan : IRT

Wiraswasta

Alamat rumah : Beringin simpang YMI

Beringi simpang YMI

Telp : 085276474799

**S** : Ny.S mengatakan ini kehamilan yang kedua dengan HPHT: 15-06-2018. Ibu mengatakan gerakan janin sudah dirasakan, ibu akan mendapat imunisasi TT1 pada saat ini dan ibu mengeluh terkadang merasa pening. Ibu mengatakan sudah melakukan kunjungan sebanyak 3 kali ke BPM yang dimulai sejak usia kehamilan 2 bulan, dan telah mengkonsumsi tablet Fe dan ASI ibu belum keluar.

**Riwayat obstetri:**

Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua, riwayat persalinan sebelumnya spontan dan tidak pernah mengalami abortus.

1. 5 tahun , Perempuan, spontan, aterm, 4000 gr, di tolong oleh bidan.

2. Kehamilan saat ini

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, malaria, epilepsi, penyakit kelamin dan tidak ada riwayat alergi obat. Tidak ada riwayat keturunan kembar, tidak ada kebiasaan yang

merugikan kesehatan. Secara psikososial kehamilan ini diterima dengan baik oleh ibu dan keluarga. Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan dan berat badan ibu sebelum hamil 57 kg.

**O :** Keadaan umum (KU) baik, TD 100/70 mmHg, Nadi 78 x/i, Suhu 36<sup>0</sup>C, Pols 24 x/i, TB 160 cm, BB sebelum hamil 57 kg, dan pada saat kunjungan ini BB 65 kg, Lila 28 cm, tidak ada bengkak pada wajah, konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak kuning, mammae tidak ada benjolan, belum ada pengeluaran ASI. Tidak ada odema, tidak ada varices. Refleks patela kanan (+) dan kiri (+).

Pemeriksaan : HB : 12 g/dL

Protein urine : Negatif

Glukosa urine : Negatif

**Palpasi :**

Leopold I : TFU 3 jari di atas pusat (26 cm)

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

Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting

Leopold IV : Belum masuk PAP

DJJ : 148 x/i

TBBJ : (26-13)155 = 2,015 gram.

**A :** Diagnosa : G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 26-28 minggu, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP, janin hidup tunggal, intra uterin, Keadaan umum ibu dan janin baik.

Kebutuhan : 1. Melakukan imunisasi TT1  
2. Melakukan pemeriksaan Hb  
3. Menganjurkan mengkonsumsi makan-makan seimbang  
4. Mengkonsumsi tablet Fe  
5. Istirahat yang cukup

**P :**

1. Memberikan imunisasi TT2 pada ibu untuk mencegah terjadinya infeksi yang terjadi pada ibu dan bayi  
Tujuan : Agar ibu terhindar dari bahaya infeksi.
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kadar hemoglobin ibu.  
Tujuan : Agar ibu mengetahui kadar hemoglobin nya.
3. Menginformasikan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti protein hewani dan nabati, sayuran hijau, kacang-kacangan.  
Tujuan : Agar kebutuhan kalsium ibu tercukupi.
4. Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe untuk dapat membantu meningkatkan kadar Hb darah ibu, dengan meminum satu tablet per hari dan harus dengan air putih.  
Tujuan : Agar membantu meningkatkan kadar Hb darah ibu.
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.  
Tujuan : Agar kesehatan ibu terjaga.

**Kunjungan II****Di PMB R.M**

Tanggal 12 Januari 2019

Jam 15.12 WIB

**S :** Ny. S datang ke klinik bidan ingin memeriksakan kehamilannya .

HPHT: 15- 06-2018, nafsu makan meningkat, ibu akan mendapatkan imunisasi TT2.

**O :** K/u Baik TD 110/80 mmHg, N 80 x/1', S 36,5 °C, P 23 x/1', BB 67 Kg berat badan ibu bertambah 2 kg dari kunjungan sebelumnya, LILA 28 cm, DJJ terdengar dengan frekuensi 148x/i tidak ada bengkak pada wajah, konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak kuning, mammae tidak ada benjolan, sudah ada pengeluaran ASI. Tidak ada oedema, tidak ada varices. Refleks patela kanan dan kiri (+).

**Palpasi :**

Leopold I : TFU 3 jari di atas pusat (29 cm)

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

Leopold III : Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting

Leopold IV : Belum masuk PAP

DJJ : 150 x/i

TBBJ :  $(29-13)155 = 2,480$  gram.

**A :** Diagnos : Ny. S G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 30-32 minggu, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP, janin hidup tunggal, intra uterin, Keadaan umum ibu dan janin baik.

Kebutuhan : 1. Melakukan imunisasi TT2  
2. Menganjurkan mengkonsumsi makan-makan seimbang  
3. Istirahat yang cukup  
4. Mengkonsumsi tablet Fe

**P :**

1. Memberikan imunisasi TT2 pada ibu untuk mencegah terjadinya infeksi yang pada ibu dan bayi.

Tujuan : Agar ibu dan bayi terhindar dari bahaya infeksi.

2. Menginformasikan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti protein hewani dan nabati, sayuran hijau, kacang-kacangan.

Tujuan : Agar kebutuhan kalsium ibu tercukupi.

3. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Tujuan : Agar kesehatan ibu terjaga.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe untuk dapat membantu meningkatkan kadar Hb darah ibu, dengan meminum satu tablet per hari dan harus dengan air putih.

Tujuan : Agar membantu meningkatkan kadar Hb darah ibu.

### **Kunjungan III**

#### **Di PMB R.M**

Tanggal 02 Februari 2019

Jam 16:15 WIB

**S** : Ny. S datang ke Klinik Bidan R.M ingin memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan ibu mudah lelah.

**O** : K/U Baik TD 110/80 mmHg, N80 x/i, S 36,3 °C, P 20 x/i, BB sekarang 68 kg. LILA 28 cm, DJJ 152x/i.

#### **Palpasi :**

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

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

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

Leopold IV : Sudah masuk PAP.

DJJ : 151 x/i

TBBJ :  $(30-11) \times 155 = 2.945$  gram.

**A** : Diagnosa : Ny. S G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 32-34 minggu, punggung kiri, presentasi kepala, bagian terbawah sudah masuk PAP, janin hidup tunggal, intra uterin, Keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Mudah lelah

Kebutuhan : 1. Menganjurkan mengkonsumsi makan-makan seimbang  
2. Istirahat yang cukup

#### **P :**

1. Menginformasikan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti protein hewani dan nabati, sayuran hijau, kacang-kacangan.

Tujuan : Agar kebutuhan kalsium ibu tercukupi.

2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Tujuan : Agar kesehatan ibu terjaga.

## **Kunjungan IV**

### **Di PMB R.M**

Tanggal 2 Maret 2019

Jam:17:00 WIB

**S** : Ny.S datang ke Klinik Bidan R.M ingin memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan bahwa saat ini ibu mudah lelah saat beraktifitas dan sering buang air kecil.

**O** : TD 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 24 x/menit, Suhu 36,8°C, BB 69 Kg, konjungtiva merah, sklera tidak ikhterik, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, mulut bersih dan gigi tidak ada karies. Ekstremitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+).

Hasil pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 13,2 g/dL

### **Palpasi**

Leopold I : TFU 2 jari dibawah Px (34cm)

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

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

Leopold IV : sudah masuk PAP

DJJ : 152 x/i

TBBJ :  $(34-11) \times 155 = 3,565$  gram

**A** : Diagnosa : Ny. S G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 36-38 minggu, punggung kiri, presentasi kepala, bagian terbawah sudah masuk PAP, janin hidup tunggal, intra uterin, Keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Ibu sering buang air kecil, dan merasa lebih cepat lelah ketika beraktivitas.

Kebutuhan : 1. Informasi tentang perubahan fisiologis di trimester III  
2. Menjaga personal hygiene

3. Informasi tentang tanda bahaya kehamilan
4. Informasi tentang tanda-tanda persalinan
5. Menganjurkan untuk melakukan olahraga
6. Anjurkan KB.
7. Informasi tentang ASI eksklusif.

**P :**

1. Menjelaskan pada ibu perubahan fisiologi sistem perkemihan kehamilan trimester III. Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Kencing lebih sering, laju filtrasi meningkat. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin menurun, namun ini dianggap normal.

Tujuan : agar ibu tau penyebab terlalu sering BAK yang dialaminya

2. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan *personal hygienenya* seperti rajin mengganti pakaian yang basah oleh keringat, mengganti celana dalam dan jangan dibiarkan menjadi lembab, serta memberitahu ibu cara cebok yang benar yaitu disiram dari depan kebelakang.

Tujuan: agar kebersihan diri ibu tetap terjaga.

3. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan. Tanda bahaya kehamilan yang mungkin bisa terjadi seperti: bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala hebat dan kejang, air ketuban keluar sebelum waktunya, bayi dikandung gerakkannya berkurang atau tidak bergerak.

Tujuan : Agar ibu mengetahui tanda bahaya yang mungkin terjadi di akhir kehamilan.

4. Menjelaskan tanda-tanda persalinan kepada ibu. Tanda-tanda persalinan yang mungkin terjadi seperti: keluarnya cairan lendir bercampur darah dari vagina, adanya kontraksi uterus.

Tujuan: Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan.

5. Menganjurkan ibu untuk rajin olahraga seperti jalan santai bisa juga dengan melakukan pekerjaan rumah.

Tujuan: Untuk mempermudah proses persalinan nanti.

6. Mengajukan ibu menjadi akseptor alat kontrasepsi jangka panjang. Ibu memahami dan masih belum memberikan keputusan.

Tujuan: Untuk menjarakkan kehamilan

7. Mengajukan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan pendamping apapun.

Tujuan: Untuk melindungi dan menjamin kesehatan bayi yang optimal.

### **3.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin**

#### **Kala I**

**Tanggal 19 Maret 2019**

**Jam: 00.30 Wib**

**Di PMB oleh bidan R. M**

**S :** Ny. S dengan G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub>, HPHT: 15-06-2018, TTP: 22-03-2019 datang ke BPM mengatakan perut terasa mules dan ada keluar lendir campur darah sejak pukul 22.00 wib.

Riwayat Obstetri :

Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM, tidak ada riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, dan tidak ada riwayat alergi obat.

**O :** K/U Baik, TD 110/70 mmHg, N 80 x/i, S 36,9 C, P 24 x/i, konjungtiva tidak pucat, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran kolostrum. TFU 34 cm, punggung kiri, presentasi kepala, penurunan 3/5 di hodge I, TBBJ 3720 gram, DJJ 147 x/i, His 3x10' durasi 30". VT teraba porsio menipis, selaput ketuban utuh, pembukaan serviks 5 cm.

**A :** G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 38-40 minggu, janin hidup tunggal, letak membujur, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP. Inpartu kala I fase aktif.

Kebutuhan: Pemantauan kemajuan persalinan



**P :**

1. Melakukan pemeriksaan TTV, kemajuan persalinan dan melakukan pemeriksaan dalam.
2. Melakukan pemantauan DJJ, nadi dan kontraksi per setengah jam.
3. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
4. Menginformasikan bahwa saat ini pembukaan serviks sudah 5 cm.
5. Memantau kemajuan persalinan dengan partograf.
6. Mengajarkan ibu teknik relaksasi pada saat tidak ada his.
7. Mempersiapkan alat, obat dan alat pelindung diri (APD).
8. Memberikan pemenuhan nutrisi ibu.
9. Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan.

#### **DATA PERKEMBANGAN**

Jam 04.00 WIB :

**O :** Melakukan pemeriksaan K/U ibu baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/i, S 36,7<sup>0</sup>C, P 23 x/i, DJJ 146 x/i, his 5x10' durasi 50'', VT didapat hasil pembukaan serviks 8 cm, penurunan 2/5 di hodge III.

04.30 WIB: DJJ: 146 x/i, N: 80 x/i, His 5x10' durasi 45''

**A :** G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> inpartu kala I fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Perut semakin sering mules dan lemas

Kebutuhan : Memantau kemajuan persalinan

**P :**

Pukul 04.30 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan, memasang infus larutan Ringer Laktat (RL) dan akselerasi oksitosin dengan kecepatan 20 tetes per menit, menganjurkan suami untuk mendampingi ibu dan memberikan semangat.

Pukul 05.00 WIB : Mengajarkan teknik relaksasi dan posisi mempercepat persalinan dan memfasilitasi pemenuhan nutrisi.

Pukul 05.05 WIB : Ketuban sudah pecah

Pukul 05.15 WIB : Pembukaan sudah lengkap

## **KALA II**

Tanggal 19 Maret 2019

Jam 05.15 WIB

**S** : Ibu merasa sangat kesakitan dan sudah ada keinginan seperti mau BAB

**O** : K/U ibu baik, TD 100/70 mmHg, N 80 x/i, S 36,5 °C, P 20 x/i, his 5x10' durasi 50", VT pembukaan lengkap (10 cm), portio menipis, penurunan kepala 1/5, kepala di hodge III, terdapat tanda-tanda kala II.

**A** : G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> inpartu Kala II dengan K/U ibu dan janin baik.

Masalah : Ada keinginan seperti mau BAB.

Kebutuhan : Memimpin persalinan.

**P** :

Pukul 05.20 WIB : Memberitahu hasil pemeriksaan, asuhan yang diberikan. Ibu mengerti. Mengajarkan teknik meneran dan teknik relaksasi, Ibu melakukannya dengan baik

Pukul 05.35 WIB : Menolong persalinan.

Pukul 05.45 WIB : Bayi lahir spontan, perempuan, Apgar score 8/10 dengan warna badan kemerahan, gerakan rangsangan lemah, aktivitas sedikit, pernafasan teratur, nadi <100 x/i, Memotong tali pusat, memfasilitasi IMD, berhasil pada menit ke 60 menit.

**KALA III**

Jam 05.45 WIB :

**S** : Ibu mengatakan ada perasaan mules pada perut ibu.

**O** : K/Ubaik, TFU setinggi pusat, kontraksi ada, teraba bulat, keras, tidak terdapat janin kedua, bayi lahir tanggal 19 Maret 2019 pukul 05.45 wib, jenis kelamin perempuan, BB 3,900 gram, PB 50 cm dan kandung kemih kosong.

**A** : P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> inpartu kala III dengan K/U ibu baik.

Masalah : Ada perasaan mules pada perut ibu.

Kebutuhan : Pengeluaran plasenta dengan manajemen aktif kala III.

**P** :

1. Selanjutnya memastikan bayi hidup tunggal dan menyuntikan oksitosin 10 unit di 1/3 paha kanan atas ibu dan melakukan pemotongan tali pusat dengan cara: menjepit tali pusat menggunakan klem 3 cm dari pusat bayi dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut selanjutnya menjepitnya.
2. Penolong mengganti kain basah dan menyelimuti bayi dengan kain yang bersih dan kering
3. Memindahkan klem pada tali pusat kira-kira 5-10 cm dari vulva.
4. Melakukan peregang tali pusat terkendali serta menilai pelepasan plasenta dengan perasat kustner. Ternyata tali pusat tidak masuk kembali kedalam vagina yang berarti plasenta sudah lepas dari dinding uterus. Melakukan pengeluaran plasenta yaitu penolong menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil tangan kiri meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dan memutar plasenta atau memilin plasenta searah jarum jam dengan lembut dan perlahan.

5. Plasenta lahir spontan pukul 06.00 wib. Melihat Kelengkapan plasenta yaitu kotiledon lengkap , panjang tali pusat normal selaput ketuban lengkap. Melakukan masase uterus, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

#### **KALA IV**

Jam 06.00 WIB :

**S** : Ibu sudah merasa lebih tenang dan lebih baik.

**O** : K/U Baik, TD: 100/ 70 mmHg, N 80 x/i, S 36,5<sup>0</sup>C, P 22 x/i. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea rubra normal.

**A** : Post partum kala IV dengan ruptur perineum derajat II

Masalah : Ruptur perineum derajat II

Kebutuhan : Penjahitan luka perineum dan pengawasan kala IV.

**P** :

1. Memeriksa laserasi jalan lahir.
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. Ibu memahami. Mengestimasi jumlah perdarahan sebanyak  $\pm 220$  cc dan terdapat ruptur perineum derajat II.
3. Melakukan penyuntikan lidocain pada daerah luka perineum dn melakukan penjahitan perineum dengan teknik jelujur sebanyak 5 jahitan (dalam 2 jahitan dan luar 3 jahitan) dengan menggunakan *cat gut chromic*.
4. Membersihkan ibu dengan mengganti baju ibu, memasang gurita dan pembalut pada ibu.
5. Memfasilitasi pemenuhan nutrisi dan melengkapi partograf.
6. Melakukan pemantauan kala IV, memantau keadaan ibu dalam 2 jam postpartum, setiap 15 menit di 1 jam pertama dan setiap 30 menit di 1 jam kedua.

- Jam 06.15 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/70 mmHg, N 80x/i, S 36,5<sup>0</sup>C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kandung kemih telah dikosongkan, jumlah perdarahan sebanyak ±80 cc, kontraksi baik.
- Jam 06.30 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/70mmHg, N 80x/i, S 36,5<sup>0</sup>C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, jumlah perdarahan ±80 cc.
- Jam 06.45wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/70mmHg, N 80x/i, S 36,5<sup>0</sup>C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, jumlah perdarahan ± 80 cc .
- Jam 07.15 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/70mmHg, N 80x/i, S 36,5<sup>0</sup>C, P 20x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kandung kemih telah dikosongkan (urine ± 150 cc) dan jumlah perdarahaan ±80 cc, kontraksi baik.
- Jam 07.45 wib : Melakukan pemantauan terhadap keadaan ibu. TD 110/70mmHg, N 80x/i, S 36,6<sup>0</sup>C, P 22x/i. TFU 2 jari di bawah pusat, jumlah perdarahan ±70 cc, kontraksi baik.

### **3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas**

#### **Kunjungan I**

**Tanggal 19 Maret 2019**

**Jam 13.00 WIB**

**Di PMB R. M**

**S** : Ny. S melahirkan 6 jam yang lalu, mengatakan masih nyeri pada luka perineum, ibu mengatakan ASI sudah keluar.

**O** : K/U Baik, TD 110/70 mmHg, N 80x/i, S 36,6<sup>0</sup>C, P 22x/i. Payudara bersih, puting menonjol, tidak ada tanda-tanda perdarahan, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, perdarahan normal (± 40 cc), lochea rubra, kandung kemih kosong, luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi.

**A :** P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 6 jam, keadaan umum ibu baik.

Masalah : Masih nyeri pada luka perineum

Kebutuhan : Perawatan luka jahitan perineum dan KIE tentang nyeri pada luka jahitan.

**P :**

1. Memberitahukan ibu bahwa hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kontraksi uterus baik, tidak terjadi perdarahan, TFU 2 jari di bawah pusat.
2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan mengandung serat supaya konsistensi BAB lunak.
3. Memotivasi ibu untuk melakukan mobilisasi, ibu sudah mulai miring kiri dan miring kanan dan mulai turun dari tempat tidur.
4. Memberitahu ibu cara merawat luka perineum, dengan melakukan hal-hal berikut:
  - a. Menjaga luka robekan selalu bersih dan kering dengan cara mengeringkan luka perineum menggunakan tissue dari depan kebelakang pada saat BAK dan BAB .
  - b. Mengganti pembalut bila pembalut terasa penuh.
  - c. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada luka robekan.
  - d. Ibu dapat datang ke klinik bidan jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan yang berbau busuk dari daerah lukanya atau jika daerah luka tersebut menjadi lebih nyeri.
  - e. Menganjurkan ibu untuk memberi ASI Eksklusif pada bayinya, mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar dan mengajarkan ibu cara merawat tali pusat yang baik dan benar.

**Kunjungan II****Tanggal 25 Maret 2019****Jam 10.00 WIB****Di Rumah Ny. S**

**S :** Ny. S melahirkan 7 hari yang lalu. Mengatakan sekarang sudah merasa lebih sehat. ASI sudah keluar banyak dan bayi hanya diberikan ASI saja. Bayi sudah menyusui dengan baik.

**O :** K/U Baik, TD 110/ 70 mmHg, N 80 x/i, P 22 x/i, S 36,5<sup>0</sup>C. Tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI lancar, TFU pertengahan pusat dan simfisis, kontraksi baik, lochea Rubra berwarna merah, kandung kemih kosong, luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi.

**A :** P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 3 hari dan keadaan umum ibu baik.

Masalah : Bayi belum mampu menyusui dengan baik.

Kebutuhan : Teknik menyusui yang benar dan pemenuhan nutrisi.

**P :**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.
2. Melakukan observasi terhadap kenormalan involusi uteri, dan hasilnya involusio uterus berjalan normal dengan cara melakukan palpasi pada abdomen bawah ibu.
3. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu: ibu demam, bengkak pada kaki, payudara bengkak, dan bayi tidak mau menyusui.
4. Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan banyak minum
5. Melakukan observasi terhadap cara ibu menyusui bayinya.
6. Mengajari ibu teknik menyusui yang benar, dengan langkah-langkah:
  - a. Keluarkan ASI sedikit untuk membersihkan puting susu sebelum menyusui.
  - b. Pegang payudara dengan C Hold di belakang aerola.
  - c. Hidung bayi dan puting susu ibu berhadapan.

- d. Sentuh pipi atau bibir bayi merangsang *rooting reflect*.
  - e. Tunggu sampai mulut terbuka lebar dan lidah menjulur.
  - f. Dekatkan bayi ke ibu dan arahkan puting susu ke atas menyusuri langit mulut bayi.
  - g. Puting susu, aerola, dan sebagian besar gudang ASI tertangkap oleh mulut bayi.
  - h. Posisi mulut dengan pelekatan yang benar.
  - i. Jika bayi dirasa sudah kenyang maka hentikan proses menyusui dengan memasukkan kelingking ke dalam mulut bayi menyusuri langit-langit mulut bayi.
  - j. Lakukan teknik menyusui secara bergantian dan *on demand*.
7. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri, dan pemberian ASI Eksklusif tanpa makanan tambahan.

### **Kunjungan III**

**Tanggal 02 April 2019**

**09.30 WIB**

**Di Rumah Ny. S**

**S** : Ny. S nifas 2 minggu, ibu mengatakan sudah jauh lebih sehat dan sudah bisa merawat bayinya sendiri.

**O** : K/U Baik, TD 110/ 70 mmHg, N 80 x/i, P 24 x/i, S 36,5<sup>0</sup>C. Tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, TFU sudah tidak teraba, kontraksi baik, lochea serosa, luka jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi.

**A** : P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 2 minggu dan keadaan umum ibu baik.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Memotivasi ibu merawat bayi.

**P** :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.



2. Melakukan observasi terhadap kenormalan involusi uteri dan tanda-tanda infeksi.
3. Memotivasi ibu merawat bayinya.

#### **Kunjungan IV**

**Tanggal 30 April 2019**

**Jam 13.50 WIB**

**Di Rumah Ny. S**

**S :** Ny. S nifas 6 minggu, ibu mengatakan sudah sangat pulih seperti sebelum hamil, ibu sudah bisa melakukan pekerjaan rumah sendiri dan juga merawat bayinya. Ibu mengatakan ingin menjarangkan kehamilannya.

**O :** K/U Baik, TD 110/ 70 mmHg, N 80 x/i, P 22 x/i, S 36,6<sup>0</sup>C. Tidak ada tanda-tanda peradangan, ASI ada, TFU sudah tidak teraba lagi, tidak ada pengeluaran lochea.

**A :** P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> post partum 6 minggu dan keadaan umum ibu baik.

Masalah : Ibu tidak ingin hamil dalam waktu dekat.

Kebutuhan : Pendidikan kesehatan mengenai alat kontrasepsi

**P :**

1. Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik.
2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.
3. Ibu mengatakan ingin menjadi akseptor KB.

### 3.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

#### Kunjungan I

Tanggal 19 Maret 2019

Jam 13.00 WIB

Di PMB R. M

**S** : Bayi Ny.S baru lahir 7 jam lalu, dengan keadaan baik dan sehat, segera menangis dan bergerak aktif.

**O** : K/u Baik. Apgar score 8/10, jenis kelamin Perempuan, ada anus, ada refleks *rooting*, refleks *sucking*, dan refleks *moro*, tidak ada cacat kongenital.

**A** : BBL spontan 7 jam dan keadaan umum bayi baik.

Kebutuhan : Menghangatkan tubuh bayi dan memberikan salep mata serta vitamin K dan imunisasi Hb 0 dan Perawatan tali pusat serta pemberian ASI.

**P** :

1. Melakukan observasi keadaan umum bayi.
2. Melakukan pengukuran bayi, dengan hasil BB 3900 gram, PB 50 cm, LK 35 cm, LD 34 cm, jenis kelamin Perempuan
3. Melakukan perawatan baru lahir yaitu mengganti popok bayi ketika bayi BAB atau BAK.
4. Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan membedong bayi, dan membungkus tali pusat bayi, memberikan salep mata, dan injeksi vitamin K dipaha kiri.
5. Memberikan imunisasi HB0 pada bagian paha kanan bayi.
6. Melakukan rawat gabung ibu dan bayi.

#### Kunjungan II

Tanggal 25 Maret 2019

Jam 10.00 WIB

Di Rumah Ny. S

**S** : Bayi Ny. S umur 6 hari. Ibu mengatakan bayinya rewel pada malam hari dan sudah bisa menyusui dengan baik, tali pusat telah puput.

**O :** K/U Baik, N 129 x/i', P 45 X/i', S 36, 5<sup>0</sup>C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, reflex baik, BB 3800 gram.

**A :** BBL spontan 6 hari fisiologis dan keadaan umum bayi baik.

Masalah : Bayi mengalami penurunan berat badan.

Kebutuhan : Memandikan bayi dan informasi fisiologi penurunan berat badan bayi.

**P :**

1. Melakukan observasi keadaan umum bayi.
2. Melakukan perawatan baru lahir yaitu mengganti popok bayi ketika bayi BAB atau BAK.
3. Memandikan Bayi.
4. Menjaga bayi secara berganti-gantian dengan keluarga yang lain.

### **Kunjungan III**

**Tanggal 02 April 2019**

**09.30 WIB**

**Di Rumah Ny. S**

**S :** Bayi Ny. S usia 14 hari, bayinya tidak rewel, menyusui kuat, dan hanya diberikan ASI saja.

**O :** K/U Baik, N 124 x/i, P 48 x/i', S 36,2 <sup>0</sup>C, tidak ada kelainan atau cacat bawaan, reflex baik, BB 3900 gram.

**A :** BBL spontan, umur 14 hari fisiologis dan keadaan umum bayi baik.

Kebutuhan : Pemberian ASI eksklusif dan perawatan bayi.

**P :** Memandikan bayi.

Menginformasikan ibu jadwal immunisasi, yaitu:

- a. 0-7 hari : HB0
- b. 1 bulan : BCG, Polio 1

- c. 2 bulan : DPT- HB 1- Polio 2
- d. 3 bulan : DPT 2- HB 2- Polio 3
- e. 4 bulan : DPT 3- HB 3- Polio 4
- f. 9 bulan : Campak
- g. 18 bulan : DPT- HB- Hib
- h. 24 bulan : Campak

### **3.5 Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB**

**Tanggal 30 April 2019**

**jam: 13.50WIB**

**Di PMB R.M**

**S :** Ny. S mengatakan ingin menjadi akseptor KB karna ingin menjarangkan kehamilannya.

**O :** K/U Baik, TD 110/80 mmHg, Nadi 76 x/i, P 20 x/i, Suhu 36, 7<sup>0</sup>C

**A :** Diagnosa : Ibu calon akseptor KB suntik 3 bulan.  
 Masalah : Ingin menjarangkan kehamilannya  
 Kebutuhan : Ingin mendapatkan KB suntik 3 bulan

**P :**

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.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan pada BAB IV didasari pada ada atau tidak adanya kesenjangan antara teori dilapangan tentang laporan asuhan kebidanan pada Ny. S istri dari Tn. H, berusia 27 tahun dengan G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL, sampai menjadi akseptor KB yang dilakukan pada bulan Desember 2018 sampai dengan April 2019.

#### **4.1 Asuhan Kehamilan**

Ny. S melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan pada trimester ke III. Pelayanan antenatal care dilakukan mengikuti standar “14 T” yaitu : Timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi tetanus Toxoid, pemberian Tablet Fe selama kehamilan, Tes PMS, pemeriksaan Hb, pemeriksaan VDRL, perawatan payudara, senam hamil, pemeriksaan protein urin atas indikasi, pemeriksaan reduksi urin atas indikasi, pemeriksaan kapsul yodium untuk daerah endemis gondok, temu wicara. Tetapi pada ny. S hanya mencakup “10 T”, pemeriksaan yang dilakukan yaitu Timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi tetanus Toxoid, pemberian Tablet Fe selama kehamilan, pemeriksaan Hb, pemeriksaan VDRR, perawatan payudara, pemeriksaan protein urin atas indikasi, temu wicara.

Pada kehamilan trimester III ini Ny.S mengeluh sering BAK. Menurut teori dengan pembesaran rahim, dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu (Walyani, 2015). Oleh sebab itu Ny. S yang mengeluh sering BAK adalah normal. Sehingga penulis menganjurkan pada ibu agar mengganti celana dalam ibu apabila lembab untuk mencegah terjadinya infeksi pada vagina ibu.

Pada Ny. S dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu kadar *heamoglobin* ibu pada kunjungan pertama 12 g/dL dan pada kunjungan ke keempat kadar *heamoglobin* ibu 13,2 g/dL dan termasuk normal. Pemeriksaan *urine* yaitu protein dalam *urine* didapat hasil negative yang berarti *urine* tidak keruh dan

pemeriksaan gula dalam *urine* didapat hasil *negative* yaitu warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh, dan termasuk normal (Prawirohardjo, 2017).

Imunisasi TT telah ibu dapatkan sebanyak 2 kali. Imunisasi TT1 didapatkan ibu pada tanggal 17-12-2018 dan TT2 pada tanggal 12-01-2019. Vaksin TT harus diberikan pada wanita hamil untuk menjadikan tubuh ibu mempunyai antioksidan yang akan melindungi ibu dan bayi dalam kandungan ibu dari bakteri *Clostridium Tetani* yang menyebabkan penyakit tetanus sehingga bakteri tersebut tidak dapat berkembang biak ataupun menginfeksi tubuh ibu dan bayi.

## **4.2 Persalinan**

Pengkajian yang dilakukan secara langsung Pada Ny. S melalui anamnesa pada tanggal 19 Maret 2019. Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Banyak energi yang keluar pada waktu ini. Oleh karena itu penggunaan istilah *in labor* (kerja keras) dimaksudkan untuk menggambarkan proses ini. Kontraksi miometrium pada persalinan terasa nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk mendeskripsikan proses ini (Prawirohardjo, 2016).

### **Kala I**

Pada usia kehamilan 36-38 minggu Ny.S dan suami datang ke klinik bidan R.M dengan keluhan mules-mules pada perutnya, dan adanya lendir bercampur darah yang keluar dari vagina. Kemudian bidan melakukan anamnese yaitu mengenai riwayat persalinan ibu yang lalu, riwayat kesehatan ibu, kemudian penolong melakukan pemeriksaan dalam pada Ny.S dan didapatkan hasil bahwa serviks sudah pembukaan 5 cm, ketuban masih utuh, portio menipis dan keadaan umum ibu baik.

Penulis tetap memantau kemajuan persalinan ibu melalui patograf dan tidak melewati garis waspada. Pada pukul 04:30 WIB penulis melakukan pemeriksaan dalam dengan pembukaan 8 cm, teraba portio menipis, penurunan kepala 2/5 bagian dan kepala berada pada Hodge III. Kemudian penulis melakukan

pemasangan infus larutan *Ringer laktat* (RL) dan akselerasi oksitosin sebanyak 5 UI dengan kecepatan 20 tetes per menit dalam hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, karena pemasangan infus dan akselerasi oksitosin pada Ny. S bisa mengakibatkan terjadinya ruptur perineum.

## **Kala II**

Kala II persalinan dimulai dari ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kasus kala II Ny. S mengeluh sakit dan mules yang adekuat yang sering dan teratur, keinginan ibu untuk meneran, dan mengeluarkan lendir bercampur darah. Sehingga penulis mengajarkan ibu untuk meneran dan mengatur posisi ibu selanjutnya meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi dan meletakkan kain bersih di bawah bokong ibu serta penulis membuka partus set dan memakai sarung tangan DTT.

Pada kala II Ny. S berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap pukul 05.15 WIB dan bayi lahir spontan 05.45 WIB. Saat pertolongan persalinan terdapat 1 lilitan tali pusat yang longgar pada leher bayi bayi lahir spontan, *Apgar score* 8/10, JK Perempuan, kemudian segera bersihkan jalan nafas. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi diletakkan di dada ibu dengan posisi tengkurap untuk IMD. IMD dilakukan selama 60 menit

Selama proses pertolongan persalinan penolong menggunakan alat pelindung diri sesuai teori APN yang dianjurkan antara lain: topi, masker, kaca mata, clemek dan sepatu untuk menghindari penolong terkena percikan cairan tubuh pasien yang dapat menyebabkan infeksi.

## **Kala III**

Pada kasus Ny. S kala III berlangsung selama 15 menit. Hal ini normal terjadi karena normal kala III sampai 30 menit. Resiko perdarahan akan meningkat apabila kala III lebih lama dari 30 menit (Sujiyatini, 2017). Segera setelah bayi lahir bidan memastikan bayi hidup tunggal kemudian menyuntikkan oksitosin 10 UI secara IM di 1/3 paha kanan atas ibu dan melakukan pemotongan tali pusat dengan cara: menjepit tali pusat menggunakan klem 3 cm dari pusat bayi dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut selanjutnya menjepitnya dengan demikian selama

kala III tidak ada penyulit-penyulit dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek).

Pengeluaran plasenta dengan spontan dengan jumlah kotiledon sekitar 20 buah, selaput ketuban utuh, dan panjang tali pusat  $\pm 60$  cm, tidak ada penyulit dan komplikasi pada pelepasan plasenta, dan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kemudian melihat robekan pada perineum, perdarahan  $\pm 220$  cc, kala III berjalan dengan normal.

#### **Kala IV**

Kala IV pada Ny. S terdapat robekan jalan lahir. Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, kandung kemih kosong. kala IV adalah kala pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk menentukan kondisi ibu (sujiyatini, 2017). untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Pemantauan pada jam pertama yaitu 15 menit, dan jam ke 2 yaitu 30 menit. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan terjadinya pendarahan.

Pada kasus Ny. S kala IV setelah pengeluaran bayi, hingga 2 jam pemantauan dan terdapat rupture perineum derajat II. Pada Ny. S umur 27 tahun P2A0 yang mengalami ruptur perineum karena berat badan bayi lahir 3900 gram, ibunya tidak pandai mengedan dan penulis melakukan akselerasi oksitosin sebanyak 5 UI pada pembukaan 8 cm.

Mencegah terjadinya perdarahan maka penulis melakukan penjahitan perineum dengan terlebih dahulu melakukan penyuntikan lidocain pada daerah luka perineum dan melakukan penjahitan perineum dengan teknik jelujur sebanyak 5 jahitan (dalam 2 jahitan dan luar 3 jahitan) dengan menggunakan *cat gut chromic*. Kemudian melakukan pemeriksaan dengan memasukkan jari ke anus untuk mengetahui terabanya jahitan pada rectum karena bisa menyebabkan *fistula* dan bahkan infeksi.



### 4.3 Nifas

Berdasarkan anamnesa didapatkan hasil bahwa ibu tidak ditemukan masalah, hanya masalah yang muncul pada kunjungan pertama 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.

Dalam masa ini Ny. S telah mendapatkan 4 kali kunjungan nifas yaitu 6 jam post partum, 6 hari post partum, 14 hari post partum, dan 4 minggu postpartum. Setiap kunjungan Ny. S mendapatkan pelayanan dari mulai mengajarkan masase pada ibu dan keluarga, konseling mengenai ASI (Air Susu Ibu) dan merawat bayi, tanda-tanda bahaya pada bayi, tanda-tanda bahaya ibu nifas, memberitahu kebutuhan nutrisi ibu nifas dengan menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan mengandung serat supaya konsistensi BAB lunak, mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan luka perinium untuk mencegah agar tidak terjadi infeksi dan mempercepat penyembuhan luka dengan cara menjaga luka perineum agar tetap bersih dan kering dengan mengeringkan perineum menggunakan tissue dari depan kebelakang pada saat BAK dan BAB, mengganti pembalut bila terasa penuh dan memberikan konseling keluarga berencana.

Dalam hal ini penulis melakukan kunjungan nifas sesuai dengan yang ada dan hasilnya masa nifas Ny. S berlangsung secara normal dan luka perineum sudah kering tanpa ada komplikasi seperti adanya perdarahan, sub involusi, infeksi dan pengeuaran ASI tidak ada masalah.

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalihan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarakkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2017) .

#### 4.4 Bayi Baru Lahir

Manajemen/ asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandart pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalihan dan keadaan bayi segera setelah lahir (Walyani, 2016). Pada bayi lahir yaitu jaga kehangatan, bersihkan jalan nafas, keringkan dan tetap menjaga kehangatan, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, lakukan Inisiasi Menyusu Dini dengan cara kontak kulit bayi dengan ibu, berikan salep mata tetrasiklin 0,5% pada kedua mata, suntikkan vitamin K 1 mg /0,5 cc intramuscular di 1/3 paha bagian luar sebelah kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu dini sesuai dengan teori APN 2016 yaitu pencegahan infeksi menggunakan salep mata tetrasiklin dan semua bayi baru lahir harus diberi vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi. Dalam hal ini tidak ada ditemukan masalah pada bayi.

Bayi Ny. S lahir spontan pada tanggal 19 Maret 2019 pukul 05.45 WIB. Menangis kuat dan warna kulit kemerahan, jenis kelamin Perempuan, tidak ada cacat kongenital, dengan panjang badan 50 cm, dan berat badan 3900 gram, , lingkar kepala 33, lingkar dada 34 cm. Berdasarkan data tersebut disimpulkan bahwa bayi pada Ny. S tidak mengalami kelainan karena sesuai dengan teori yang mengataka pengukuran antropometri yaitu pengukuran lingkar kepala yang dalam keadaan normal berkisar 33-35 cm, lingkar dada 30,5- 33 cm, panjang badan 45-50 cm, berat badan bayi 2500-4000 gram, denyut nadi bayi yang normal berkisar 120-140 kali permenit, pernapasan bayi bayi baru lahir tidak teratur kedalaman, kecepatan, iramanya. Pernapasannya bervariasi dari 30 sampai 60 kali permenit, tekanan bayi baru lahir rendah dan sulit untuk di ukur secara akurat (Walyani, 2016).

Menginformasikan pada ibu dan keluarga mengenai perawatan tali pusat agar tidak terjadi infeksi yaitu dengan cara membiarkan luka tali pusat terbuka agar tetap kering dan membersihkan luka hanya dengan air bersih dan menasehati

ibu dan keluarga agar tidak membubuhkan apapun pada daerah sekitar tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal ini disebabkan karena meningkatnya kelembapan (akibat penyerapan oleh bahan tersebut) badan bayi sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2010).

#### **4.5 Keluarga Berencana**

Ada beberapa pilihan metode kontrasepsi yang dapat dipilih oleh Ny. S yang sesuai dengan ibu yang menyusui, diantaranya yaitu pil progestin, KB suntik, AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) dan juga kondom. Masing-masing dari alat kontrasepsi tersebut memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing, sehingga Ny. S dapat bebas memilih alat kontrasepsi mana yang akan digunakan.

Ny. S postpartum 6 minggu mengatakan sudah sangat pulih seperti sebelum hamil, ibu sudah bisa melakukan pekerjaan rumah sendiri dan juga merawat bayinya. Ibu ingin menjarangkan kehamilan namun tidak mengganggu produksi Asi. Keadaan umum ibu baik, K/U Baik, TD 120/ 80 mmHg, N 80 X/i', P 24 X/i', S 36,6<sup>0</sup>C TFU sudah tidak teraba lagi. Ibu mengatakan memilih akseptor KB suntik 3 bulan karena kontrasepsi suntik tidak mengganggu kelancaran air susu ibu (ASI). Kontrasepsi suntik memiliki resiko kesehatan yang sangat kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

Asuhan yang diberikan adalah menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, memberikan konseling KB pilihan ibu, menginformasikan cara kerja, kelebihan dan kekurangan dari KB suntik *Depo Medroksiprogesteron* Asetat. Memberitahu ibu efek samping pemakaian KB suntik, melakukan penyuntikkan secara IM dengan baik dan benar, menjelaskan tentang kunjungan ulang.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.3 Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, sampai menjadi akseptor KB yang dimulai dari tanggal 17 Desember 2018 sampai tanggal 30 April 2019 maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Asuhan kehamilan kepada Ny. S dimulai dari kontak pertama untuk pemeriksaan kehamilan pada tanggal 17 Desember 2018 sampai dengan berakhirnya masa nifas dan menjadi akseptor keluarga berencana (KB) tanggal 28 April 2019 sesuai dengan standar asuhan kehamilan. Pada pemeriksaan ditemukan bahwa ibu pada trimester III dengan keluhan sering BAK dan, asuhan yang diberikan pada ibu adalah sering mengganti celana dalam apabila celana dalam ibu lembab agar terjadi gatal-gatal pada daerah vagina ibu.
2. Pada masa persalinan Ny. S dimulai sejak pembukaan 5 cm pukul 00:30 WIB sampai pembukaan lengkap pukul 05.15 WIB berlangsung selama 4 jam 45 menit. Tidak ada terdapat penyulit dan komplikasi yang menyertai, yang terjadi hanya ruptur perineum derajat II dan ditangani dengan melakukan hecting perineum menggunakan cat gut.
3. Asuhan nifas dari tanggal 19 Maret 2019 sampai tanggal 29 April 2019 yaitu 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu post partum. Selama pemantauan masa nifas telah dikaji involusi uteri, perawatan luka perineum dan penkes mengenai alat kontrasepsi.
4. Asuhan bayi baru lahir By. Ny. S yang berjenis kelamin Perempuan, BB 3.900 gram, PB 50 cm. Tidak ada ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya pada bayi. Telah diberikan salep mata dan vitamin K . Telah mendapatkan imunisasi HB<sub>0</sub> usia 7 jam, BCG dan polio pada umur 1 bulan dan tidak ada ditemukan komplikasi atau tanda bahaya.

5. Asuhan dan konseling keluarga berencana pada ibu setelah masa nifas berakhir. Ibu sudah menjadi akseptor KB sintik 3 bulan dan telah diberitahukan kepada ibu tentang kelemahan dan kekurangan KB SUNTIK 3 bulan.

#### **5.4 Saran**

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan kepada tenaga kesehatan untuk tetap memberikan Asuhan *continuity of care* kepada ibu dan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak dan untuk menurunkan angka kematian pada ibu dan anak.

2. Bagi Klien

Agar N.y S memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan keehatannya secara teratur ke klinik bidan atau petugas kesehatan terdekat dan melengkapi kebutuhan imunisasi bayi. Sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman mengenai pentingnya pengawasan kesehatan, menjaga kebersihan diri dengan personal hygiene dan pemenuhan kebutuhan ASI. Mengajarkan klien untuk menjarakkan kehamilan dengan menganjurkan KB, sehingga tercapai kesejahteraan kesehatan ibu dan anak.

3. Bagi Institusi

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini Y dan Martini, 2018. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Asrinah, dkk, 2017. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Astuti P.H, 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Cunningham, 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Dewi V. N. L, 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi V. N. L dan Sunarsih T, 2017. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinkes Provsu. 2016. *Profil Kesehatan Sumatera Utara.2016*  
[http://diskes.sumutprov.go.id/resources/download/profil/PROFIL KES PROVINSI 2016/02 Sumut 2016.pdf](http://diskes.sumutprov.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2016/02_Sumut_2016.pdf)
- Dinkes Provsu. 2017. *Profil Kesehatan Sumatera Utara.2017*  
[http://diskes.sumutprov.go.id/resources/download/profil/PROFIL KES PROVINSI 2017/ Sumut 2017.pdf](http://diskes.sumutprov.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2017/Sumut_2017.pdf)
- Heryani R, 2012. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hidayat A dan Sujiyatini, 2017. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2016. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: JHPIEGO Corporation.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia. 2015*  
[http:// www. depkes. go. id/ resources/ download/ pusdatin/ profil - kesehatan Indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-tahun-2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-Indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-tahun-2015.pdf)
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia. 2016*  
[http:// www. depkes. go. id/ resources/ download/ pusdatin/ profil - kesehatan Indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-tahun-2016.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-Indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-tahun-2016.pdf)

- Kemenkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia. 2017*  
[http: // www. depkes. go. id/ resources/ download/ pusdatin/ profil -  
kesehatan Indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-Indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf).
- K. Sukarni. I dan ZH. Margareth, 2017. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*.  
Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mansyur N dan Dahlan K. A, 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang:  
Selaksa Media.
- Prawirodihardjo, S. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.
- Sujiyatini, dkk. 2017. *Asuhan Kebidanan (Persalinan)*. Yogyakarta: Rohima  
Press.
- Suratum, dkk. 2017. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi*.  
Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Walyani, E.S. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka  
Baru Press
- Walyani, E.S dan Purwoastusi E.Th 2016. *Asuhan Kebidanan pada Persalinan &  
Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siti Rohana  
Umur : 27 Tahun  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Beringin Simpang YMI

Istri dari :

Nama : Hermansyah  
Umur : 34 Tahun  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Beringin Simpang YMI

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

Nama : Debi Lasria Siregar  
NIM : PO.73.24.2.16.007  
Tingkat/Kelas : III

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

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

Pematangsiantar, Desember 2018

Pelaksana



(Debi Siregar)

suami/Pendamping



(Hermansyah)

Klien



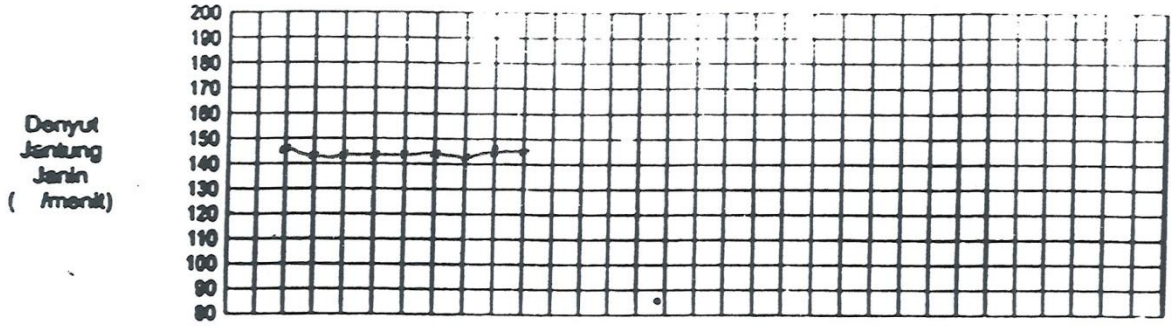
(Siti Rohana)



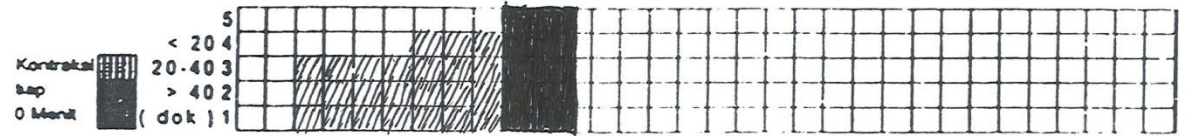
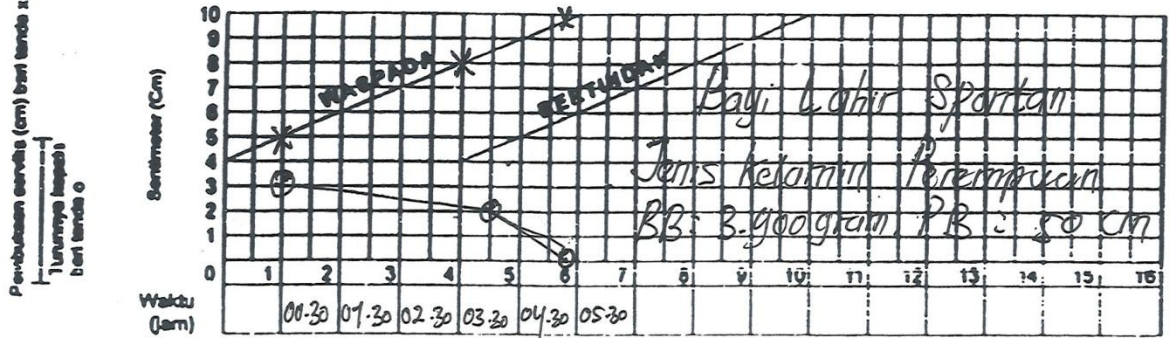
## PARTOGRAF

No. Register  
No. Puskesmas  
Ketuban pecah

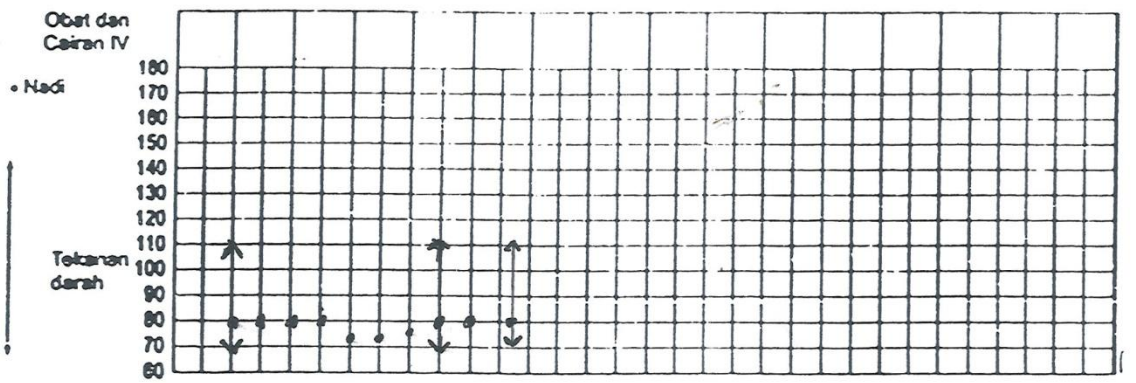

Nama Ibu: Ny S / Tn. H      umur: 27 / 34 G II P. I      A. O  
 Tanggal: 19-03-2019      Jam: 00-30 wib      Alamat: Beringin simpang  
 Sejak jam 05.05      mules sejak jam: 22.00 wib.      YM?



Air ketuban Penyusupan

Oksitosin U/L tetes/menit

Suhu °C


Urin

	Protein			
	Aseton			
	Volume			

**CATATAN PERSALINAN : Spontan**

- Tanggal: 19 Maret 2019
- Nama bidan: Debi Siregar
- Tempat persalinan:
  - Rumah Ibu
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya
- Alamat tempat persalinan: RT 02/LR/004 Kel. Tebet Timur Kecamatan Tebet, Jakarta
- Catatan:  tidak ada  I /  II /  III /  IV
- Alasan mengikut: .....
- Tempat rujukan: .....
- Pendamping pada saat mengikut:
  - bidan
  - teman
  - suami
  - dukun
  - keluarga
  - tidak ada
- Masalah dalam kebidanan/persalinan ini:
  - Gestasionalur
  - Perdarahan
  - HOK
  - Infeksi
  - PMTCT

**KALA I 4 Jam 45 Menit**

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

**KALA II 30 Menit**

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

**KALA III 15 Menit**

- Inisiasi Menyusu Diri:
  - Ya
  - Tidak, alasannya: .....
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM?
  - Ya, waktu: ... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan: .....
- Perjipitan tali pusat: .....
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
  - Ya, alasan: .....
  - Tidak
- Pengipatan tali pusat terkendali:
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Mad	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	06-00	110/70 mmHg	80 X/L	36,5°C	2 Jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 200 cc
	06-15	110/70 mmHg	80 X/L	36,5°C	2 Jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 80 cc
	06-30	110/70 mmHg	80 X/L	36,5°C	2 Jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 80 cc
	06-45	110/70 mmHg	80 X/L	36,5°C	2 Jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 80 cc
2	07-15	110/70 mmHg	80 X/L	36,5°C	2 Jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 80 cc
	07-45	110/70 mmHg	80 X/L	36,5°C	2 Jari dibawah pusat	Baik	Kosong	± 70 cc

- Masa fundus uteri?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....
- Persenta lahir lengkap (misi)?
  - Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan: .....
- Persenta tidak lahir > 30 menit:
  - Tidak
  - Ya, tindakan: .....
- Laserasi:
  - Ya, dimana: .....
  - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
  - Tindakan: .....
  - Perbaikan, dengan / tanpa anestesi
  - Tidak diperbaiki, alasan: .....
- Abasia uteri:
  - Ya, tindakan: .....
  - Tidak
- Jumlah darah yang keluar/perdarahan: .....
- Masalah dan penatalaksanaan masalah: .....

**KALA IV**

- Kardiotokografi: KU ... TD ... menit Mad: ... menit Napas: ... s/m
- Masalah dan penatalaksanaan masalah: .....

**BAYI BARU LAHIR**

- Berat badan: 3.900 gram
- Perjang: 50 cm
- Jenis kelamin: L (P)
- Perisan bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
  - Normal, tindakan:
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - pejalan/belum bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - tindakan pencegahan infeksi mata
  - Asfiksia ringan / pucat/biru/lemas, tindakan:
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - lain-lain, sebutkan: .....
    - bebaskan jalan napas
    - pejalan/belum bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Cacat bawaan, sebutkan: .....
  - Hipotermi, tindakan:
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
- Pemberian ASI:
  - Ya, waktu: ... 1/2 ... jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan: .....
- Masalah lain, sebutkan: .....
- Hasilnya: .....

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partograf

**TELAPAK KAKI BAYI NY.S dan JARI JEMPOL TANGAN NY.S**

<b>Sidik Kaki Kiri Bayi</b>	<b>Sidik Kaki Kanan Bayi</b>
	
<b>Sidik Jempol tangan Kiri Ibu</b>	<b>Sidik Jempol tangan Kanan Ibu</b>
	





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN**

Jl. Jamin Ginting KM. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos : 20136  
 Telepon : 061-8368633 - Fax : 061-8368644  
 Website : www.poltekkes-medan.ac.id , email : poltekkes\_medan@yahoo.com



**PRESENSI MENGHADIRI**  
**SEMINAR UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**TAHUN AKADEMIK 2018/ 2019**






Nama Mahasiswa	NIM	HARI/ TANGGAL	JUDUL	KETUA PENGUJI	
				NAMA	TANDA TANGAN
Rut Siregar	Po.73.24.2.16.0	Selasa, 14 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My-D masa hamil, bersalin, nifas .KB di PBM R.M	Zuraidah, S.Si.T.M.Kes	
Pratiwi Hutajulu	Po.73.24.2.0	Selasa, 14 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My 2 Masa hamil, bersalin, nifas di PBM PS	Zuraidah, S.Si.T.M.Kes	
Allan Panggabean	Po.73.24.2.16.003	Rabu 20 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My R. Masa hamil, bersalin, nifas, KB di PBM A.P.	Zuraidah, S.Si.T.M.Kes	
Novita Simanjuntak	Po.73.24.2.16.003	Rabu 20 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My M Masa hamil, bersalin, nifas, KB di PBM H.P.	Zuraidah, S.Si.T.M.Kes	
Nopri Yanti Sinaga	Po.73.24.2.16.004	Kamis 21 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My S. Masa hamil, bersalin, nifas, KB, di PBM H.P	Ribka Nava Sembiring Ssi.M.Kes	
Sinta Silaban	Po.73.24.2.16.047	Kamis, 21 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My M masa hamil, bersalin nifas KB, di PBM M.G	Ribka Nava Sembiring Ssi.M.Kes	
Widya Anggrani	Po.73.24.2.16.053	Kamis, 21 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My M Masa hamil, bersalin, nifas KB di PBM IJ	Ribka Nava Sembiring Ssi.M.Kes	
Gebby Aprilia	Po.73.24.2.16.015	Kamis, 21 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My P masa hamil, bersalin, nifas, KB di PBM J.	Inka Melahayati S.Si.M.Kes	
Pitita Dhumaria Marwan	Po.73.24.2.16.06	Kamis, 21 Feb 19	Asuhan Kebidanan pada My R masa hamil, bersalin, nifas, KB di PBM M	Inka Melahayati S.Si.M.Kes	




## KARTU BIMBINGAN REVISI LTA



Nama Mahasiswa : Debi Lasria Siregar  
NIM : PO. 73.24.2.16.007  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana di Praktek Mandiri Bidan R.M Kota Pematangsiantar  
Ketua Penguji : Juliani Purba, S.Pd, Acp, MM, M.Kes  
Penguji I : Zuraidah, S.Si.T, M.Kes  
Penguji II : Parmiana Bangun, SST, M.Keb

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1	12 / Juni - 2019	Bimbingan dan revisi laporan Tugas akhir	 (Zuraidah, S.Si.T, M.Kes)
2	13 / Juni - 2019	Bimbingan dan revisi Penulisan laporan Tugas Akhir	 (Parmiana Bangun, SST, M.Keb)
3	13 / Juni - 2019	Bimbingan dan revisi materi Penulisan daftar pustaka	 (Zuraidah, S.Si.T, M.Kes)
4	16 / Juni - 2019	ACC Revisi LTA dosen penguji I	 (Zuraidah, S.Si.T, M.Kes)
5	17 / Juni - 2019	ACC Revisi LTA dosen penguji II	 (Parmiana Bangun, SST, M.Keb)

7	17/06-2015	Acc revisi LTA dosen Ketua Peneliti	 Cauliani Purba, SPd, AKP, M.M., M.Kes)
8			
9			
10			
11			
12			
13			



## KARTU BIMBINGAN LTA



**Nama Mahasiswa** : Debi Lasria Siregar  
**NIM** : P0.73.24.2.16.007  
**Judul LTA** : Asuhan Kebidanan Pada Ny S Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana di Praktek Mandiri Bidan R.M Kota Pematangsiantar  
**Pembimbing Utama** : Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM. M.Kes  
**Pembimbing Pendamping** : Dr. Dame Evalina Simangunsong, M.Kes

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1	21 / 12 - 2018	Bimbingan pasien LTA dan kunjungan pertama	(Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
2	20 / 12 - 2018	Bimbingan pasien LTA dan kunjungan kedua dgn pasien LTA.	(Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
3	8 / 01 - 2019	Bimbingan pasien LTA dan kunjungan ketiga, latar belakang BAB I, dan isi pada Bab II	(Juliani, Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
4	14 / 02 - 2019	Perbaiki latar belakang, isi Tambahan bab II.	(Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
5	15 / 02 - 2019.	Perbaiki isi pada bab II dan melakukan home visit pada pasien (kunjungan keempat.)	(Juli Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)



6	11/ 03-2019	Perbaiki Bab I dan Bab II	A (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
7	10/ 04-2019	Perbaiki kata pengantar	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
8	23/ 04-2019	Bimbingan dan perbaikan LTA Bab II dan III	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
9	17/ 05-2019	Bimbingan dan perbaikan LTA Bab II dan Bab III	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
10	20/ 05-2019	Bimbingan LTA Bab III dan Bab IV	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
11	20/ 05-2019	Konsul Bab III dan IV	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
12	22/ 05-2019	Konsul Bab III, IV dan V	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)
13	17/ 06-2019	Acc LTA	P (Juliani Purba, S.Pd, Akp, MM, M.Kes)

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **DATA PRIBADI**

1. Nama Lengkap : DEBI LASRIA SIREGAR
2. Tempat, Tanggal Lahir : Sibalanga, 20 Desember 1997
3. Domisili : Sibalanga, Kecamatan Garoga
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Katolik
6. Anak Ke : 6 dan 6 Bersaudara
7. Status : Belum Menikah
8. Telepon : 085358380711
9. Email : debisrgr@gmail.com

### **RIWAYAT PENDIDIKAN**

1. 2004-2010  
Mengikuti pendidikan dan lulus dari SD NEGERI 173224, SIBALANGA, KEC.GAROGA, KAB. TAPANULI UTARA.
2. 2010-2013  
Mengikuti pendidikan dan lulus dari SMP NEGERI 4 GAROGA
3. 2013-2016  
Mengikuti pendidikan dan lulus dari SMA SWASTA SANTA MARIA TARUTUNG
3. 2016-2019  
Mengikuti pendidikan dan lulus dari POLTEKKES KEMENKES MEDAN PRODI D-III KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR