

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU T.M MASA
HAMIL SAMPAI DENGAN MASA NIFAS DI PUSKESMAS
SITADATADA KABUPATEN TAPANULI UTARA
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR



OLEH :

NAMA : DEWI MURNI SIAGIAN

NPM : 16.1517

**PRODI DIII KEBIDANAN TARUTUNG
POLTEKKES KEMENKES MEDAN
Jl.Raja Toga Sitompul Kec.SiatasBarita
Telp.(0633) 7325856 : Fax (0633) 7325855
Kode Pos 22417**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU T.M MASA
HAMIL SAMPAI DENGAN MASA NIFAS DI PUSKESMAS
SITADATADA KABUPATEN TAPANULI UTARA
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan
pendidikan Ahli Madya Kebidanan Pada Prodi D-III
Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan**



OLEH :

NAMA : DEWI MURNI SIAGIAN

NPM : 16.1517

**PRODI DIII KEBIDANAN TARUTUNG
POLTEKKES KEMENKES MEDAN
JL.Raja Toga Sitompul Kec.SiataBarita
Telp.(0633) 7325856 : Kode Pos 22417**

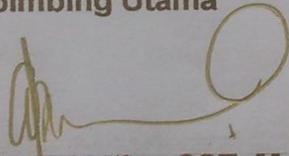
LEMBAR PERSETUJUAN

**LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIPERTAHANKAN PADA SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

TANGGAL : 20 Juni 2019

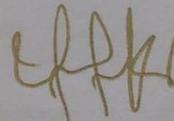
OLEH :

Pembimbing Utama



Ganda Agustina SST, M.Keb
NIP. 19810808 200312 2006

Pembimbing Pendamping



Urhuhe D. Siburian SKM, M.Kes
NIP. 19721208 200604 2009

Mengetahui

**Ka. Prodi D-III Kebidanan Tarutung
Poltekkes Kemenkes Medan**



Marni S. Pagar SST, M.Kes
NIP. 19630904 198602 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

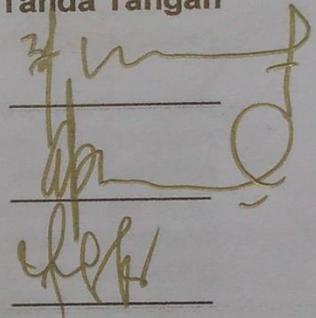
**LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIPERTAHANKAN PADA SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

TANGGAL : 20 JUNI 2019

**MENGESAHKAN
TIM PENGUJI**

Ketua : Elly Sianturi SST. M.K.M
Anggota I : Ganda Agustina SST, M.Keb
Anggota II : Urhuhe D Siburian SKM, M.Kes

Tanda Tangan



Mengetahui

**Ka. Prodi D-III Kebidanan Tarutung
Poltekkes Kemenkes Medan**



Marni Siregar SST, M.Kes
NIP. 19630904 198602 2 001

**DEWI MURNI SIAGIAN
161517**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU T.M MASA HAMIL
SAMPAI DENGAN MASA NIFAS DI PUSKESMAS SITADATADA
KABUPATEN TAPANULI UTARA TAHUN 2019.**

Ringkasan

AKI di Indonesia tahun 2017 mencapai 305/100.000 KH dan di Sumatera Utara tercatat 205/100.000 KH, serta di Tapanuli Utara tercatat 139/100.000 KH. Upaya penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan, seperti pelayanan sejak hamil, pertolongan persalinan dan pelayanan keluarga berencana.

Tujuan asuhan adalah untuk memberikan asuhan komprehensif serta mengurangi angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

Metode asuhan adalah memberikan asuhan komprehensif dengan sasaran ibu T.M dari masa hamil sampai keluarga berencana dilakukan mulai bulan Maret sampai Mei 2019 di Puskesmas Sitadatada, Kabupaten Tapanuli Utara.

Asuhan kebidanan ibu T.M dilakukan pemeriksaan kehamilan 3 kali, tanggal 13 April 2019 ibu dalam proses persalinan. Persalinan berlangsung dengan normal, bayi lahir dengan normal, Jenis kelamin perempuan, PB: 49 cm, BB : 3100 gram dan 3 kali kunjungan pada BBL, serta 3 kali kunjungan pada masa nifas, tidak ada komplikasi atau kelainan, ibu menggunakan alat kontrasepsi AKDR jenis Cooper T 380 A.

Kesimpulan asuhan yang dilaksanakan mulai masa hamil sampai masa nifas sesuai dengan jadwal kunjungan, kebutuhan ibu terpenuhi, bayi lahir dalam keadaan sehat. Disarankan kepada petugas kesehatan khususnya bidan untuk melakukan asuhan komprehensif sesuai standar asuhan yang ditetapkan oleh pemerintah.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan, ***Komprehensif***
Daftar Pustaka :13 (2005- 2017)

DEWI MURNI SIAGIAN

161517

COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE FOR MRS. T.M - SINCE PREGNANCY TO POSTPARTUM - IN SITADATADA HEALTH CENTER, NORTH TAPANULI DISTRICT, 2019.

SUMMARY OF MIDWIFERY CARE

Indonesia's maternal mortality rate in 2017 reached 305 / 100,000 live births, in North Sumatra recorded 205 / 100,000 live births, and in North Tapanuli reached 139 / 100,000 live births. One effort to reduce the prevalence of MMR is to ensure that every mother can access quality health services, starting from pregnancy, childbirth to family planning services.

This care aimed to provide comprehensive care to pregnant women to meet the needs of mothers and anticipate the possibility of complications.

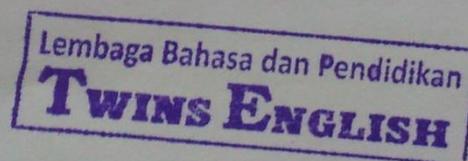
This care method was a comprehensive midwifery care method given to Mrs. T.M from pregnancy to family planning services from March to May 2019 at the Sitadatada Health Center, North Tapanuli Regency.

Midwifery care during pregnancy was done 3 times. On April 13, 2019 the mother gave birth normally and was given care that refers to the 60 steps of normal childbirth care without complications. The baby was born healthy, female, 49 cm long, weighed 3100 grams, the baby was not immediately given EIBF but the baby continued to get BM, postpartum care was carried out 3 times, according to government programs, involution process took place normally, the mother used an IUD contraception Cooper T 380 A type.

Health workers, especially midwives, are advised to provide comprehensive care in accordance with the care standards set by the government.

Keywords: Midwifery care, Comprehensive

Reference: 13 (2005-2017)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu T.M masa hamil sampai dengan masa nifas di Puskesmas Sitadatada Kabupaten Tapanuli Utara tahun 2019 sebagai saah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan di Prodi D-III Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan. Diharapkan kritik dan saran untuk perbaikan.

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

1. Ibu Marni Siregar, SST, M.Kes selaku Ka.Prodi D-III Akademi Kebidanan Tarutung, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyusun Laporan Tugas Akhir pendidikan D-III Kebidanan Tarutung.
2. Ibu Ganda A Simbolon, SST, M.Keb, selaku Pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulisan Laporan Tugas Akhir sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
3. Ibu Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes selaku Pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyelesaian laporan tugas akhir ini.
4. Ibu Elly Sianturi, SST, M.K.M selaku Ketua Punguji yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Henny Hutasoit, SKM, M.Kes, selaku Ka.UPT Puskesmas Sitadatada yang telah memberikan tempat dna waktu pemberian asuhan kepada subjek serta bimbingan kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan
6. Bidan Dewi Feranita Sitorus, SKM yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan praktek di wilayah kerja Desa Hutaraja serta bimbingan dalam pemberian asuhan kepada subjek sehingga penyusunan Laporan Tugas Akhir berjalan dengan lancar

7. Ibu T.M dan keluarga responden yang telah bersedia menjadi subjek asuhan mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana serta kerjasama untuk kelancaran proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Keluargaku tercinta ayahku G. Siagian dan ibuku P.Hutauruk penulis mengucapkan banyak terimakasih atas segala pengorbanan karena telah membesarkan dan mendidik penulis serta memberikan dukungan, material selama perkuliahan hingga penyusunan Laporan Tugas Akhir,dan penulis juga mengucapkan terimakasih kepada kedua oppung, adikku, kakakku, dan abangku tersayang atas dukungan dan doa yang diberikan kepada saya, sehingga Laporan Tugas Akhir ini terselesaikan pada waktunya.
9. Keluarga asrama yakni Rosmeliana Sormin dan Airadedo Kristin Sitorus sebagai adik mentor yang telah memberikan dukungan dan bantuan selama penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
- 10.Rekan se-angkatan yakni Angkatan XVIII yang telah banyak memberikan bantuan dan dukungan selama perkuliahan maupun dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

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

Tarutung, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Lembar persetujuan	
Lembar pengesahan	
Abstrak	i
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	6
B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan	6
C. Tujuan Penulisan LTA.....	7
1. Tujuan Khusus.....	7
2. Tujuan Umum	7
D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan.....	7
1. Sasaran Asuhan	7
2. Tempat Asuhan.....	7
3. Waktu Asuhan.....	8
E. Manfaat Asuhan Kebidanan	10
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kehamilan	11
1. Konsep Dasar Kehamilan.....	11
a. Pengertian kehamilan	11
b. Fisiologi Kehamilan.....	12
c. Ketidaknyaman pada Kehamilan Trimester III	19

d. Kebutuhan nutrisi ibu hamil.....	21
e. Senam hamil	23
f. Fungsi pemeriksaan K1,K2, K3, K4	24
2. Asuhan pada Kehamilan	26
a. Pengertian asuhan kehamilan.....	26
b. Tujuan asuhan antenatal.....	27
c. Jadwal pemeriksaan kehamilan	27
d. Asuhan pemeriksaan 10 T	28
e. Pemeriksaan ibu hamil pada trimester III	30
B. Persalinan	31
1.Konsep Dasar persalinan	31
a. Pengertian Persalinan.....	32
b. Fisiologi Persalinan.....	32
c. Tanda – tanda persalinan	33
d. Tahapan persalinan	34
e. Mekanisme persalinan	35
2.Asuhan Persalinan	38
a. Pengertian Asuhan Persalinan.....	37
b. Asuhan persalinan normal	37
c. Partograf WHO	48
C. Nifas.....	53
1.Konsep Dasar Nifas	53
a. Pengertian Nifas	53
b. Perubahan fisiologis masa nifas	53
c. Proses adaptasi psikologis masa nifas	57
d. Tahapan masa nifas	58
e. Kebutuhan dasar masa nifas	58
2. Asuhan Masa Nifas	59
a. Tujuan asuhan masa nifas	59
b. Ketidaknyamanan masa nifas	59
c. Asuhan kunjungan masa nifas.....	59
D. Bayi Baru Lahir.....	62

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	62
a. Pengertian Bayi Baru Lahir	62
b. Fisiologi Bayi Baru Lahir	62
c. Pemeriksaan fisik.....	64
2. Asuhan Bayi Baru Lahir.....	65
a. Asuhan Bayi Baru Lahir	65
E. Keluarga Berencana.....	68
1. Konsep Dasar Keluarga Berencana	68
a. Pengertian Keluarga Berencana	68
b. Tujuan pelayanan keluarga berencana	68
c. Fisiologi keluarga berencana	68
d. Metode keluarga berencana	69
e. Jenis metode kontrasepsi efektif terpilih	70
2. Asuhan Keluarga Berencana.....	74
BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	
A. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil	76
1. Asuhan Kebidanan Kunjungan I ANC	76
2. Kunjungan II	87
3. Kunjungan III	90
B. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin	92
1. Asuhan Persalinan Kala I	97
2. Asuhan Persalinan Kala II	101
3. Asuhan Persalinan Kala III	104
4. Asuhan Persalinan Kala IV.....	106
C. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas.....	111
1. Asuhan Kebidanan Kunjungan I	111
2. Asuhan Kebidanan Kunjungan II	113
3. Asuhan Kebidanan Kunjungan III	115
D. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	117
1. Asuhan Kebidanan Kunjungan I BBL	117
2. Asuhan Kebidanan Kunjungan II BBL	119
3. Asuhan Kebidanan Kunjungan III BBL	121

E. Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB	122
1. Kunjungan I	122
2. Kunjungan II	124
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Kehamilan	126
B. Persalinan	128
C. Nifas	130
D. Bayi Baru Lahir.....	131
E. Keluarga Berencana.....	132
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	133
B. Saran.....	134
DAFTAR PUSTAKA.....	135
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Jadwal pelaksanaan asuhan kebidanan dan bimbingan	9
Tabel 2.1 Usia kehamilan berdasarkan TFU	15
Tabel 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid	29
Tabel 2.3 TFU dan berat uterus berdasarkan involusi	55
Tabel 2.4 Nilai Apgar Score	65
Tabel 2.5 Jenis dan waktu untuk menggunakan KB	70
Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu	77
Tabel 3.2 Observasi kemajuan persalinan kala I	100
Tabel 3.3 Evaluasi pemantauan kala IV	108

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Halaman depan partograf	52
Gambar 2.2 Halaman belakang partograf.....	53
Gambar 3.1 Pendokumentasian asuhan kala I – Kala IV	110

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Balasan dari Puskesmas Sitadatada

Lampiran 2 Informed Consent asuhan kebidanan

Lampiran 3 Informed Consent KB

Lampiran 4 Ethical Screening

Lampiran 5 Kartu Bimbingan LTA

Lampiran 6 Dokumentasi masa hamil

Lampiran 7 Dokumentasi masa bersalin

Lampiran 8 Dokumentasi masa nifas

Lampiran 9 Dokumentasi Bayi baru lahir

Lampiran 10 Dokumentasi Pemasangan KB AKDR

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Ante Natal Care
APGAR	: Aurance, Pulse, Grimace, activity, Respiration
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BP	: Blood Pressure
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
DJJ	: Denjut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
EMAS	: Expanding Maternal Neonatal Survival
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
GSI	: Gerakan Sayang Ibu
Hb	: Haemoglobin
HDN	: Haemorrhagic Disease of the Newborn
HR	: Heart Rate
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intramuscular
KEK	: Kurang Energi Kronis
KB	: Keluarga Berencana
KR	: Kesehatan Reproduksi
MAL	: Metode Amenorea Lactasi
MPS	: Making Pregnancy Safer
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
MTBM	: Manajemen Terpadu Balita Muda
PB	: Panjang Badan

PTT	: Perengangan Tali Pusat Terkendali
RR	: Respiratory Rate
SOAP	: Subjectif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan
SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
SUPAS	: Survey Penduduk Antar Sensus
T	: Temperature
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TT	: Tetanus Toxoid
TTP	: Tafsiran Tanggal Persalinan
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesejahteraan suatu bangsa dipengaruhi oleh kesejahteraan ibu dan anak, kesejahteraan ibu dan anak dipengaruhi oleh proses kehamilan, persalinan, pasca bersalin (nifas), neonatus dan juga pada saat pemakaian alat kontrasepsi (Saifuddin, 2013). Kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat berubah menjadi keadaan patologis, sehingga diperlukan asuhan yang berkesinambungan (*Continue of Care*).

Keluarga memiliki peran signifikan dalam status kesehatan, keluarga berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggotanya melalui pemenuhan kebutuhan gizi, dan menjamin kesehatan anggota keluarga (Kemenkes RI, 2017). Hal ini dengan adanya tujuan pembangunan kesehatan yang memprioritaskan kesehatan ibu dan anak dapat digunakan sebagai tolak ukur kesejahteraan pembangunan bangsa.

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada efek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan siap melayani untuk menjamin kualitas kesehatan. (Keputusan Kemenkes Nomor: 369/MENKES/III/2007)

Asuhan kebidanan meliputi kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana merupakan peristiwa yang alamiah atau natural bagi perempuan. Meskipun alamiah, kehamilan, persalinan dan masa setelah persalinan dapat terjadi adanya suatu komplikasi atau penyulit yang yang perlu mendapatkan penanganan lebih lanjut (Bobak, 2005). Agar proses alamiah ini berjalan dengan lancar dan tidak

berkembang menjadi patologis diperlukan upaya sejak dini dengan memantau kesehatan ibu yang berkesinambungan dan berkualitas serta melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke petugas kesehatan, melakukan kunjungan minimal 4 kali. Pada trimester pertama 1 kali (usia kehamilan 0-12 minggu), pada trimester kedua 1 kali (usia kehamilan 12-28 minggu), pada trimester ketiga 2 kali (usia kehamilan 28 minggu – lahir (Kemenkes, 2017).

Menurut data (*world health organization*) WHO tahun 2015, sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang 81% AKI akibat komplikasi selama hamil dan bersalin. Faktor langsung penyebab tingginya AKI adalah perdarahan 45%, terutama perdarahan *postpartum*. Selain itu ada keracunan kehamilan 24%, infeksi 11% dan partus lama atau macet 7%. Komplikasi obstetric umumnya terjadi pada waktu persalinan, yang waktunya pendek adalah sekitar 8 jam.

Secara global 80% kematian ibu tergolong pada kematian ibu langsung. Pola penyebab langsung di mana-mana sama, yaitu perdarahan 25% (biasanya perdarahan pasca persalinan), sepsis 15%, hipertensi dalam kehamilan 12%, partus macet 8 %, komplikasi aborsi tidak aman 13% (Prawirohardjo, 2016).

AKI di Indonesia pada tahun 1991 sampai 2015 mengalami fluktuasi, dari tahun 1991 sampai 2007 mengalami penurunan di Tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup, pada Tahun 2012 mengalami peningkatan sekitar 359 per 100.000 kelahiran hidup, serta pada tahun 2015 kembali turun menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan data profil kesehatan Provinsi Sumatera Utara angka kematian ibu pada tahun 2017 tercatat sebanyak 205 per 100.000 kelahiran hidup, lebih rendah dari data yang tercatat pada data Tahun 2016 tercatat sebanyak 239 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas kesehatan Sumut, 2017). Berdasarkan data kesehatan di Kabupaten Tapanuli Utara pada tahun 2017 jumlah angka kematian ibu tercatat 139 per 100.000

kelahiran hidup, meningkat dari empat tahun sebelumnya dari tahun 2013 sampai 2016 (Dinas kesehatan Taput, 2017).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang komprehensif, seperti pelayanan yang dimulai sejak hamil, pertolongan persalinan bagi ibu dan bayi di pelayanan kesehatan perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan bagi ibu yang bekerja, dan pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2017).

Penurunan AKI bagi ibu hamil yang di daerah tempat tinggalnya tidak ada bidan atau jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, maka menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu rumah tunggu kelahiran (RTK). Pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22 per 1000 KH, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1000 KH (Kemenkes RI, 2017).

Menurut SDKI (2002-2003) Angka Kematian Ibu sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup. Data SDKI (2007) AKI sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara Data SDKI (2012) AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan kecenderungan meningkat, walaupun bila dibandingkan dengan target nasional tahun 2014 sebesar 18 per 100.000 kelahiran hidup, serta 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2030 (SDGs, 2030), tingkat penurunan Angka Kematian ibu masih jauh dari yang diharapkan. Namun di perkirakan target tersebut akan dapat dicapai sesuai target SDGs dengan berbagai upaya yang telah dilaksanakan selama ini seperti penambahan tenaga bida di Desa. (Dinas Kesehatan Taput, 2017)

Berdasarkan hasil SP bahwa AKB di Sumatera Utara terlihat mengalami penurunan yang signifikan berdasarkan data dua kali sensus

terakhir pada tahun 2000 dan tahun 2010. Dimana AKB pada tahun 2000 sekitar 44 per 1000 KH kemudian turun menjadi 26 per 1.000 KH pada tahun 2010. Bila dilihat terjadi penurunan AKB kurun waktu 2001-2010 maka diperhitungkan telah terjadi penurunan setiap tahunnya dengan rata-rata 1,8 per 1.000 KH per tahun. Oleh karena itu bila penurunan AKB di pertahankan maka di perkirakan AKB di Sumatera Utara tahun 2016 sebanyak 15 per 1000 KH (Dinas Kesehatan Sumut, 2017). perkiraan AKB tahun 2016 di Tapanuli Utara berdasarkan pencatatan dan pelaporan puskesmas dan jaringannya adalah sebesar 11 per 1000 KH (Dinas Kesehatan Taput, 2017).

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil 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 sasara ibu hamil dari satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. 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 (Kemenkes RI 2017).

Cakupan K4 di Indonesia pada tahun 2017 mengalami penurunan dari survei sebelumnya pada tahun 2013 sebanyak 85,83% menjadi 86,85%. cakupan ini melampaui target renstra sebanyak 74% (Kemenkes RI, 2017). Capaian K4 di Sumatera Utara meningkat dari tahun 2010 dan kemudian menurun hingga 2016. Jumlah capaian K4 pada tahun 2016 di Sumatera Utara sebanyak 84,13% (Dinas kesehatan Sumut, 2017). Jumlah cakupan K4 di Tapanuli Utara sebanyak 87% (Dinas kesehatan Taput 2017). Dalam upaya lain dalam penurunan AKI dan AKB yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Capaian pelayanan yang aman dan bersih oleh tenaga kesehatan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Indonesia 80,61%, target ini telah memenuhi target restra yaitu sebesar 77% (Kemenkes 2017), di Sumatera Utara adalah sebesar 90,05% menunjukkan

kecenderungan yang meningkat yaitu 86,73% pada tahun 2010 menjadi 90,5% pada tahun 2017 (Dinas Kesehatan Sumut , 2017). Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Tapanuli Utara tahun 2017 sebesar 83%.

Pelayanan ibu nifas merupakan pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan. Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan di tahun 2008 yaitu 17,90% sampai tahun 2015 yaitu 87,6%. Namun pada tahun 2017 cakupan KF3 mengalami penurunan menjadi 84,41%, di Sumatera Utara cakupan pelayanan ibu nifas adalah 87,76% angka ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2015 yaitu 87,36%. Di Tapanuli Utara cakupan pelayanan ibu nifas sebesar 82,36% (Dinas Kesehatan Taput, 2017).

Cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1) merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi resiko kematian pada periode antenatal yaitu 6-48 jam setelah lahir. Pencapaian KN1 pada tahun 2016 di Indonesia sebesar 91,14% lebih tinggi dari tahun 2015 yaitu sebesar 83,67% capaian ini sudah memenuhi renstra tahun 2016 yang sebesar 78%, presentase KN1 di provinsi Sumatera Utara yaitu sebesar 95,21 %, KN3 91,14% sedangkan di Tapanuli Utara sebesar 99%, KN3 94% (Dinas kesehatan Taput, 2017).

Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu. Program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tenang, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin (Kemenkes RI 2017). Cakupan peserta KB di Indonesia yaitu sebanyak 74,8%, Cakupan peserta KB aktif terhadap pasangan usia subur berdasarkan data BKKBN di Sumatera Utara tahun 2016 sebesar 14,83% dari jumlah PUS. Di Sumatera Utara cakupan peserta KB adalah 14,83% mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2015 sebanyak 12,31% (Dinas Kesehatan Sumut, 2017). Dimana pengguna KB yang paling dominan adalah penggunaan alat kontrasepsi suntik yaitu 45,52%,

pil 42,41%, implant sebanyak 20,63%, dan selebihnya (15%) menggunakan alat kontrasepsi lainnya seperti IUD, MOP, MOW dan kondom (Dinas kesehatan Sumut, 2017) Sedangkan cakupan peserta KB aktif di Tapanuli Utara tahun 2016 sebesar 20,20% dari jumlah pasangan usia subur peserta KB aktif sebesar 69,30%. Cakupan peserta KB di Tapanuli Utara sebesar 20,20%. Cakupan peserta KB aktif menurut jenis alat kontrasepsi yang digunakan di kabupaten Tapanuli Utara yaitu kondom 8,4%, pil 10,4 suntik 25,1%, IUD 6,3% MOP 0,3%, MOW 16,5% (Dinas kesehatan Taput, 2017).

Tingkat kesejahteraan suatu bangsa ditentukan dengan seberapa jauh gerakan keluarga berencana dapat diterima di masyarakat. Dalam peningkatan pelayanan kesehatan, peran bidan dalam masyarakat sebagai tenaga terlatih pada sistem kesehatan nasional adalah memberikan pelayanan sebagai tenaga terlatih, meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat, meningkatkan penerimaan gerakan keluarga berencana, meningkatkan sistem rujukan (Manuaba, 2010).

Berdasarkan hasil anamnesa yang penulis telah lakukan pada ibu T.M G3P2A0 usia 32 tahun dengan usia kehamilan 34-36 terdapat suatu masalah yaitu jarak kehamilan yang sekarang dengan anak yang kedua dekat, jarak kehamilan yang normal adalah 3 tahun, sehingga penulis memberikan konseling untuk mengatur jarak kehamilan dan penggunaan alat kontrasepsi, dan mampu melakukan asuhan komprehensif pada ibu T.M dengan usia kehamilan memasuki trimester III, dengan kehamilan normal, dimana subjek asuhan bersedia diberikan asuhan mulai dari kehamilan trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, sampai akseptor KB termasuk bersedia ditolong dalam proses persalinan.

B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III yang fisiologis, ibu bersalin, neonatus, nifas dan akseptor KB

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai dengan peran dan tanggung jawab bidan sebagai pelaksana yang mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan asektor KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney serta dokumentasi dengan menggunakan SOAP.

2. Tujuan khusus

Setelah melaksanakan studi kasus laporan tugas akhir ini mahasiswa mampu:

- a. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III sampai akhir kehamilan pada ibu
- b. Melakukan pertolongan persalinan normal pada ibu
- c. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir
- d. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas ibu
- e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan alat kontrasepsi
- f. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan asektor KB dengan metode SOAP dalam kebidanan.

D. Sasaran, Tempat, Waktu Asuhan Kebidanan

1. Sasaran asuhan

Sasaran subjek asuhan kebidanan ditujukan pada ibu T.M usia 32 tahun, G3P2A0, dengan usia kehamilan 34-36, HPHT : 08 Juli 2018, dan TTP: 15 April 2019

2. Tempat asuhan

Tempat untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu T.M sebagai subjek di polindes Hutaraja, puskesmas Sitadatada dan untuk kunjungan rumah dilakukan di Desa Hutaraja.

3. Waktu Asuhan

Adapun waktu dan jadwal bimbingan dan memberikan asuhan kebidanan dari bulan Maret hingga bulan Juli Tahun 2019 sebagai berikut:

E. Manfaat

1. Bagi penulis

Penulis dapat melakukan tindakan langsung sebagai peran seorang bidan, penulis memperoleh keterampilan dan dapat menerapkan teori asuhan kebidanan yang berkesinambungan yang tepat, aman sesuai dengan profesi bidan.

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai referensi pembelajaran, maupun sebagai masukan pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktek lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB.

3. Bagi lahan praktek

Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas , bayi baru lahir serta KB.

4. Bagi klien

Mendapatkan asuhan yang berkualitas dan berkesinambungan selama kehamilan sampai perencanaan akseptor KB, pendidikan kesehatan, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif, perawatan bayi baru lahir, pelaksanaan perawatan nifas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2016; 213).

Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010).

Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan (*lunar months*). Kehamilan dibagi atas tiga trimester: Trimester I yaitu antara 0-12 minggu, trimester II yaitu antara 12-28 minggu, trimester III yaitu antara 28-40 minggu (Mochtar, 2012; 35).

Menurut Ilmu Kebidanan dan KB bahwa lama kehamilan berlangsung sampai aterm adalah sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- 1) Usia kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 1000 gr bila berakhir disebut keguguran
- 2) Usia kehamilan 29 minggu sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas
- 3) Usia kehamilan 37 minggu samapai 42 minggu disebut aterm.
- 4) Usia kehamilan diatas 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau posdate

b. Fisiologis Kehamilan

Selama kehamilan terjadi adaptasi anatomis, fisiologis, dan biokimiawi yang mencolok. Banyak perubahan ini dimulai segera setelah pembuahan dan berlanjut selama kehamilan dan sebagian besar terjadi sebagai respons terhadap rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh janin dan plasenta. Yang juga mencolok adalah bahwa wanita hamil akan kembali, hampir secara sempurna, ke keadaan pra hamil setelah melahirkan dan menyusui (Cunningham, 2017; 112).

Banyak dari adaptasi fisiologis ini dapat dianggap abnormal jika terjadi pada wanita tidak hamil. Sebagai contoh, perubahan kardiovaskular selama kehamilan biasanya menyebabkan peningkatan bermakna volume darah dan curah jantung, yang menyerupai tirotoksikosis. Di pihak lain, adaptasi semacam ini dapat menyebabkan kegagalan ventrikel jika sebelumnya sudah terjadi penyakit jantung. Karena itu, adaptasi fisiologis pada kehamilan normal dapat salah disangka sebagai proses patologis atau dapat menyebabkan terungkapnya penyakit yang sudah ada (Cunningham, 2017; 112)

1) Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Penerimaan terhadap kenyataan ini dan arti semua ini bagi dirinya merupakan tugas psikologis yang paling penting pada trimester pertama kehamilan.

Sebagian besar wanita merasa sedih dan ambivalen tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80 % wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan, hingga kini masih diragukan bahwa seorang wanita lajang yang bahkan telah merencanakan dan menginginkan kehamilan atau telah berusaha keras untuk hamil tidak mengatakan pada dirinya sendiri sedikitnya satu kali bahwa ia sebenarnya berharap tidak hamil. (varney, 2007)

Beberapa wanita, terutama mereka yang telah merencanakan

kehamilan atau telah berusaha keras untuk hamil, merasa sukacita sekaligus tidak percaya bahwa dirinya telah hamil dan mencari bukti kehamilan pada setiap jengkal tubuhnya. Trimester pertama sering menjadi waktu yang sangat menyenangkan untuk melihat apakah kehamilan akan dapat berkembang dengan baik.

Berat badan sangat bermakna bagi wanita hamil selama trimester pertama. Berat badan dapat menjadi salah satu uji realitas tentang keadaannya karena tubuhnya menjadi bukti nyata bahwa dirinya hamil. Bukti yang paling kuat adalah terhentinya menstruasi. Perubahan payudara berulang-ulang dipelajari. Validasi ini menjadikan temuan-temuan pada panggul, terutama yang mengarah pada kehamilan.

Pada trimester pertama sering terjadi penurunan nafsu makan akibat nausea dan/ atau vomitus. Gejala ini muncul pada sekitar setengah jumlah kehamilan dan merupakan akibat perubahan pada saluran cerna dan peningkatan kadar *Hcg* dalam darah.

Hasrat seksual pada trimester pertama sangat bervariasi antara wanita yang satu dengan wanita yang lain. Meski beberapa wanita mengalami peningkatan hasrat seksual, tetapi secara umum trimester pertama merupakan waktu terjadinya penurunan libido dan hal ini memerlukan komunikasi yang jujur dan terbuka terhadap pasangan masing-masing. Banyak wanita merasakan kebutuhan kasih sayang yang besar dan cinta kasih tanpa seks. Libido secara umum sangat dipengaruhi oleh kelelahan, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan dan kekhawatiran dan masalah-masalah yang normal terjadi pada trimester pertama. (varney, vol 1, hal 502)

2) Trimester ke II

Pada trimester kedua, kehamilan biasanya telah didiagnosa dengan pasti. Untuk banyak wanita, rasa tidak nyaman yang umum pada trimester pertama mereda, namun masih terlalu dini untuk memusatkan perhatian pada persalinan dan kelahiran.

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang

baik, yakni periode ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Namun, trimester kedua juga merupakan fase ketika wanita menelusur kedalam dan paling banyak mengalami kemunduran. Trimester kedua sebenarnya terbagi atas dua fase: pra-quickening dan fase pasca-quickening. Quickening menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah. Untuk kebanyakan wanita, tidak ada masalah utama yang perlu dihadapi. Sepanjang trimester kedua, kunjungan bulan cukup, walaupun kunjungan tambahan dapat dilakukan bila diperlukan. Kunjungan lanjutan kurang ekstensif daripada kunjungan pertama.

Evaluasi ulang bersifat continuity, setiap wanita memperlihatkan reaksi yang berbeda terhadap kehamilan. Pemantauan kehamilan yang teliti dan reaksi terhadap perawatan adalah vital. Pada setiap kunjungan temperature, nadi, pernapasan, tekanan darah, berat badan dan penetapan apakah peningkatan berat sesuai rencana peningkatan berat secara keseluruhan dievaluasi, dan adanya edema atau serta derajatnya.

Selama trimester kedua uterus menjadi organ abdomen. Pengukuran tinggi uterus di atas simfisis pubis dipakai sebagai suatu indicator kemajuan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi fundus juga memungkinkan perkiraan usia kehamilan secara kasar. Pengukuran tinggi fundus dapat mengidentifikasi faktor-faktor resiko tinggi. Rencana perawatan untuk pasien selama kehamilan trimester kedua diberikan sesuai dengan diagnosa keperawatan. Suatu rencana sedapat mungkin dikembangkan secara mutual bagi setiap pasien (Bobak, 2015)

3) Trimester III

Pada awalnya proses terjadinya kehamilan adalah dimulai dari pertemuan sel sperma dengan sel ovum (fertilisasi), setelah terjadi proses fertilisasi hasil dari fertilisasi disebut dengan konsepsi dan pada akhirnya konsepsi tersebut akan berimplantsi (nidasi) ke dinding

uterus bagian endometrium dan mengalami tumbuh kembang di dalam Rahim (Manuaba, 2010).

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.

Berikut merupakan sistem Perubahan sistem organ dalam trimester III antara lain:

a) Uterus

Pada wanita tak hamil, uterus adalah suatu struktur yang hampir solid dengan berat sekitar 70 gr dan rongga berukuran 10 mL atau kurang. Selama kehamilan, uterus berubah menjadi organ *muscular* dengan dinding relatif tipis yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion.

Tabel 2.1 Usia kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam cm	Menggunakan jari tangan
12 minggu	-	3 jari diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Pertengahan simfisis dengan pusat
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	3 jari dibawah pusat
24 minggu	24 cm (± 2 cm)	Setinggi pusat
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	3 jari diatas pusat
32 minggu	32 cm (± 2 cm)	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoideus
34 minggu	34 cm (± 2 cm)	3 jari dibawah prosesus xifoideus
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Setinggi prosesus xifoideus
40 minggu	32 cm (± 2 cm)	2 jari dibawah prosesus xifoideus

Sumber : Manuaba, 2010.

b) Ovarium

Perubahan ovarium terjadi pada kehamilan awal dan tidak mempunyai perubahan besar di akhir kahamilan dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum

gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan *vili korealis* yang mengeluarkan hormon *chorionik gonadotropin* yang mirip dengan hormon *luteotropik hipofisis anterior* (Manuaba, 2010; 92).

c) Serviks

Bahkan pada 1 bulan setelah konsepsi, serviks sudah mulai mengalami perlunakan dan sianosis mencolok. Perubahan-perubahan ini terjadi karena peningkatan vaskularisasi dan edema serviks keseluruhan, disertai oleh hipertrofi dan hyperplasia kelenjar serviks. Meskipun serviks mengandung sejumlah kecil otot polos namun komponen utamanya adalah jaringan ikat. Penataan ulang jaringan ikat kaya kolagen ini diperlukan agar serviks mampu melaksanakan beragam tugas dari mempertahankan kehamilan hingga aterm, untuk mempermudah kelahiran, dan memperbaiki diri setelah persalinan sehingga dapat terjadi kehamilan berikutnya. (Cunningham, 2017; 114)

d) Vagina dan vulva

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan yang disebut tanda *chadwicks* (Manuaba, 2010; 92). Hormon kehamilan mempersiapkan vagina supaya distensi selama persalinan dengan memproduksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat longgar, dan hipertrofi otot polos. Peningkatan vaskularisasi vagina menimbulkan warna ungu kebiruan pada mukosa vagina dan serviks yang disebut dengan tanda Chadwick. Selama masa hamil, pH sekresi vagina menjadi lebih asam. Keasaman berubah dari 4 menjadi 6,5. Peningkatan pH ini membuat wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina, khususnya infeksi jamur. Pada vagina juga terjadi peningkatan relaksasi dinding pembuluh darah dan uterus yang berat yang

dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva. Edema dan varises biasanya membaik selama periode pasca partum.

e) Perubahan Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar dan warna kehitaman dan tegak (Prawirohardjo, 2016; 179).

Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta pada masa hamil meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobulus -alveolar sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran nodul kasar. Peningkatan glandular menggantikan jaringan ikat, akibatnya jaringan menjadi lunak dan lebih jarang (Bobak, 2005; 112).

f) Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester II dan III pada perempuan 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 (Prawirohardjo, 2016; 180).

g) Perubahan Sistem Kardiovaskular

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi telentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya terjadi penurunan preload dan *cardiac output* sehingga akan mengakibatkan terjadinya ibu kehilangan kesadaran. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah utero plasenta

ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi telentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibanding posisi miring (Prawirohardjo, 2016; 182).

Peningkatan volume darah total dimulai pada awal trimester pertama, yang kemudian meningkat pesat hingga pertengahan kehamilan dan kemudian melambat hingga menjelang minggu ke-32. Perubahan ini disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen dan progesteron, dan perubahan ini akan kembali normal setelah kehamilan berakhir (Varney, 2007; 498).

h) Traktus Urinarus

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Semakin tuanya kehamilan keadaan ini akan hilang bila uterus keluar dari rongga panggul dan bisa juga keluhan itu akan timbul pada saat akhir kehamilan jika kepala sudah turun ke pintu atas panggul (Prawirohardjo, 2016; 185).

i) Sistem Integumen

Perubahan keseimbangan hormon menyebabkan timbulnya beberapa perubahan dalam sistem integumen selama masa hamil. Perubahan yang umum terjadi seperti peningkatan ketebalan kulit dan lemak, hiperpigmentasi, dan percepatan aktifitas kelenjar keringat. Pigmentasi timbul akibat peningkatan hormon hipofisis anterior melanotropin selama masa hamil. Melasma di wajah yang disebut dengan kloasma dialami 50 % sampai 70 % wanita hamil, dimulai setelah minggu ke-16 dan meningkat secara bertahap sampai bayi lahir (Bobak, 2005; 117).

j) Sistem Pencernaan

Pada sistem pencernaan, fungsi dari saluran cerna selama masa hamil menunjukkan gambaran yang sangat menarik. Nafsu makan meningkat, sekresi usus berkurang dan absorpsi nutrien

meningkat (Bobak, 2005; 120). Perubahan pada saluran cerna memungkinkan pengangkutan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin berada dibagian bawah pengaruh hormon. Efek progesteron pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit yang melambat membuat air semakin banyak diabsorpsi karena usus mengalami pergeseran akibat pembesaran uterus .(Varney, 2007; 501).

c. Ketidaknyamanan umum selama kehamilan dan tindakan mengatasinya

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening* terjadi. Efek *lightening* adalah bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini menyebabkan wanita merasa perlu berkemih. Uterus yang membesar atau bagian presentasi uterus juga mengambil ruang di dalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum wanita tersebut merasa perlu berkemih. Hal yang perlu diingat juga adalah pola berkemih yang tadinya diurnal berubah menjadi pola nokturia karena edema dependen yang terakumulasi sepanjang hari diekskresi. Satu-satunya metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat tidur (Varney, 2007; 538).

2) Nyeri Ulu Hati

Ketidaknyamanan ini timbul pada akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III. Penyebabnya adalah akibat relaksasi spingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan akibat peningkatan jumlah progesteron, dan tekanan uterus yang membesar, Pemberian terapi : makan porsi kecil tapi sering, hindari

kopi dan alkohol, pertahankan porsi tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya, hindari makanan berlemak dan makanan yang dingin, minum antasida yang berbahan dasar kalsium atau kalsium magnesium untuk meredakan gejala (Varney, 2007; 538).

3) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Jika wanita tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Cara yang dilakukan untuk mengatasi nyeri adalah tetap menjaga postur tubuh yang baik, gunakan sepatu tumit rendah, pijatan/usapan pada punggung, untuk istirahat atau tidur gunakan kasur yang menyokong, posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan pada wanita primigravida biasanya memiliki otot abdomen yang sangat baik karena otot-otot tersebut belum pernah mengalami peregangan sebelumnya. Dengan demikian, nyeri punggung bagian bawah biasanya meningkat seiring dengan paritas (Varney, 2007; 542).

4) Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. Salah satu efek samping yang umum muncul pada penggunaan zat besi adalah konstipasi. Cara mengatasi konstipasi adalah : asupan cairan yang adekuat yakni minum air mineral minimal 8 gelas/hari, istirahat yang cukup,

makan-makanan yang berserat, serta lakukan olahraga yang ringan (Varney, 2007).

5) Edema atau pembengkakan

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi telentang. Cara mengatasi edema tersebut adalah hindari menggunakan pakaian ketat, posisi menghadap ke samping saat berbaring, menggunakan penyokong atau korset pada abdomen ibu yang dapat melonggarkan vena-vena panggul (Varney, 2007)

6) Insomnia

Pada wanita hamil insomnia disebabkan oleh ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif. Cara mengatasi insomnia adalah mandi air hangat, lakukan aktifitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur dan ambil posisi relaksasi (Varney, 2007).

d. Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil dan Janin

Kehamilan merupakan permulaan suatu kehidupan baru, suatu periode pertumbuhan dan nutrisi merupakan satu dari banyak faktor yang kuat mempengaruhi hasil akhir kehamilan bayi yang akan dilahirkan dan perjalanan suatu penyakit pada ibu hamil perlu mendapatkan perhatian yang lebih, sehingga untuk mengantisipasi terjadinya hal yang tidak diinginkan maka diperlukan adanya status diet dan nutrisi pada ibu hamil (Bobak, 2005; hal 200).

1) Energi

Selama proses kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan kalori sejalan dengan adanya peningkatan laju metabolik dasar dan penambahan berat badan yang akan meningkatkan penggunaan kalori selama aktifitas. Pada awal kehamilan trimester pertama

kebutuhan energi masih sedikit dan terjadi sedikit peningkatan pada trimester kedua. Pada trimester kedua, energi digunakan untuk penambahan darah, perkembangan uterus, pertumbuhan jaringan mammae, dan penimbunan lemak. Pada trimester ketiga energi digunakan untuk pertumbuhan janin dan plasenta.

2) Protein

Tambahan protein diperlukan selama masa hamil untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan janin dan ibu. Rata-rata, 925 gr protein tersimpan dalam janin. Dengan demikian, asupan yang direkomendasikan ialah 60 gr protein setiap hari. Pertumbuhan janin sangat cepat sehingga perlu protein dalam jumlah yang besar yaitu 10 gr perhari. Namun apabila bayi sudah lahir maka kebutuhan akan protein semakin naik yaitu 15 gr perhari. Menurut WHO tambahan protein untuk ibu hamil adalah 0,75 gram/kg berat badan (Bobak, 2005; 211).

3) Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga yang vital dan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Pada kehamilan yang normal, kadar lemak dalam aliran darah akan meningkat akan meningkat pada akhir trimester III. Tubuh wanita juga menyimpan lemak yang akan mendukung persiapan untuk menyusui setelah bayi lahir.

4) Vitamin

a) Vitamin A

Vitamin A dari ibu dibutuhkan oleh janin yaitu 25mg/hari, sedangkan vitamin A yang dibutuhkan pada trimester ketiga yaitu 200 mg/hari.

b) Vitamin D

Vitamin D memainkan peranan penting dalam memperbaiki keseimbangan kalsium positif pada kehamilan. Vitamin ini secara alamiah terkandung dalam minyak ikan, telur, mentega, dan hati. Vitamin ini juga diproduksi di kulit akibat kerja sinar ultraviolet (bukan melalui radiasi) (Bobak, 2005; 212).

c) Vitamin C

Vitamin C (asam askorbat) memainkan peran yang penting dalam pembentukan dan integritas jaringan dan dalam upaya meningkatkan absorpsi besi, namun kelebihan vitamin C dapat menyebabkan ketergantungan metabolik pada janin dan menimbulkan penyakit kudis pada neonatus. Ibu hamil membutuhkan vitamin C sebanyak 70 mg/hari. Asupan vitamin C dapat mencegah anemia, berperan dalam pembentukan kolagen interseluler dan proses penyembuhan luka (Bobak, 2005; 212).

d) Mineral

Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh dan mengatur proses metabolisme zat-zat gizi, serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa kehamilan. Sebaiknya minum 8-12 gelas per hari untuk menjaga keseimbangan suhu tubuh, selain air putih bisa pula ditambah dengan jus buah, makanan berkuah-kuah dan buah-buahan serta membatasi minum yang mengandung kafein dan pemanis buatan (Bobak, 2005)

e. Senam Hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil ditujukan pada ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, penyakit ginjal, penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, gestosis, dan kelainan letak) dan kehamilan disertai anemia. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24 sampai 28 minggu (Manuaba, 2010; 132). Beberapa aktifitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil dapat dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Jalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari bertujuan untuk dapat menghirup udara pada pagi hari yang bersih dan segar, menguatkan otot dasar panggul, dapat mempercepat turunnya

kepala bayi kedalam posisi optimal atau normal, dan mempersiapkan mental menghadapi persalinan.

2) Senam pernapasan bertujuan untuk meningkatkan pertukaran CO₂ dan O₂ paru-paru dan melatih otot dinding perut dan diafragma sehingga lebih berfungsi saat persalinan.

Adapun beberapa syarat senam hamil adalah sebagai berikut :

- a) ibu hamil cukup sehat berdasarkan dokter atau bidan.
- b) Kehamilan tidak mempunyai komplikasi (keguguran)
- c) berulang, kehamilan dengan perdarahan, kehamilan dengan bekas operasi)
- d) Dilakukan setelah usia kehamilan diatas 20-22 minggu.

f. Fungsi Pemeriksaan K1, K2, K3, DAN K4

1) Tujuan Pelayanan Antenatal :

- a) Menjaga agar ibu sehat selama masa kehamilan, persalinan dan nifas serta mengusahakan bayi yang dilahirkan sehat.
- b) Memantau kemungkinan adanya resiko-resiko kehamilan, dan merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap kehamilan resiko tinggi
- c) Menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal.

2) Tujuan Kunjungan K1

K1 kehamilan adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan seorang ibu hamil sesuai standar pada trimester pertama kehamilan, dimana usia kehamilan 1 sampai 12 minggu dengan jumlah kunjungan minimal satu kali .

K1 ini mempunyai peranan penting dalam program kesehatan ibu dan anak yaitu sbagai indikator pemantauan yang dipergunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

3) Tujuan Kunjungan K2

K2 adalah kunjungan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya pada Trimester II (usia kehamilan 12-28 minggu) dan

mendapatkan pelayanan 10 T Setelah melewati KI.

- a) Menjalin hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan klien
- b) Mendeteksi komplikasi-komplikasi/ masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa ibu.
- c) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia karena (-) fe atau penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
- d) Memulai mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan. Asuhan itu penting untuk menjamin bahwa proses alamiah dari kelahiran berjalan normal dan tetap demikian seterusnya.
- e) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya) bertujuan untuk mendeteksi dan mewaspadaai.
- f) Memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan jalan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu.
- g) kehamilan dan pengobatannya. Mengidentifikasi faktor resiko dengan mendapatkan riwayat detail kebidanan masa lalu dan sekarang, riwayat obstetrik, medis, dan pribadi serta keluarga .
- h) Memberi kesempatan pada ibu dan keluarganya mengespresikan dan mendiskusikan adanya kekhawatiran tentang kehamilan saat ini dan kehilangan kehamilan yang lalu, persalinan, kelahiran atau puerperium.
- i) Kewaspadaan khusus mengenai PIH (Hipertensi dalam kehamilan), tanyakan gejala, pantau TD (Tekanan Darah), kaji adanya edema dan protein urin.
- j) Pengenalan komplikasi akibat
- k) Penapisan pre-eklamsia, gameli infeksi, alat reproduksi dan saluran perkemihan.
- l) Mengulang perencanaan persalinan

4) Tujuan Kunjungan K3 dan K4

K3 dan K4 adalah kunjungan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya pada Trimester III (28-36 Minggu dan sesudah minggu ke 36) dua kali kunjungan akhir dan mendapatkan pelayanan 7T Setelah melewati K1 dan K2.

Tujuan K4 :

- a) Sama dengan kunjungan I dan II
- b) Palpasi abdomen
- c) Mengenali adanya kelainan letak dan presentase yang memerlukan kelahiran RS
- d) Memantapkan persalinan Mengenai Tanda-tanda Persalinan

Menurut Muchtar (2005) jadwal pemeriksaan antenatal yang dianjurkan adalah :

- a) Pemeriksaan pertama kali yang ideal yaitu sedini mungkin ketika haid terlambat sebulan
- b) Periksa ulang satu kali sebulan sampai kehamilan 7 bulan
- c) Periksa ulang 2 kali sebulan sampai kehamilan 9 bulan
- d) Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan
- e) Periksa khusus bila ada keluhan atau masalah.

2. Asuhan Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016; 278).

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan kehamilan yaitu :

- 1) Membangun rasa percaya antar klien dan petugas kesehatan
- 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bagi yang dikandungnya

- 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya
- 4) Mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan resiko tinggi
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi
- 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2016; 279)

b. Tujuan Asuhan Antenatal

- 1) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 2) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin,
- 3) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak, dan
- 4) Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi (Mochtar, 2012; 38).

c. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin minimal 4 kali selama kehamilan yang terdiri dari: 3 bulan pertama minimal 1 kali (0-12 minggu), 3 bulan kedua minimal 1 kali (12-24 minggu), dan 3 bulan terakhir minimal 2 kali (24-38 minggu). Jadwal kunjungan trimester I dan II, yaitu:

- 1) Pemeriksaan pada kunjungan pertama yaitu: mengukur tinggi badan, berat badan, tanda-tanda vital, pemeriksaan laboratorium lain, LILA, konseling ibu hamil termasuk KB pasca persalinan dan tatalaksana kasus untuk mengetahui terdeteksinya faktor resiko pada ibu hamil.
- 2) Pemeriksaan pada kunjungan kedua yaitu berat badan, tanda-tanda vital, pemeriksaan Lab, penentu presentasi janin dan DJJ, konseling KB pasca persalinan dan tatalaksana kasus untuk mengetahui adanya adanya penambahan BB dan terpantaunya keadaan komplikasi/penyulit ibu hamil.

- 3) Pemeriksaan pada kunjungan trimester ketiga, yaitu:
- a) Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda persalinan.
 - b) Evaluasi data laboratorium untuk melihat data pengobatan
 - c) Diet empat lima sempurna dan pemeriksaan ultrasonografi.
 - d) Imunisasi TT II
 - e) Adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil dan pengobatan (Manuaba, 2010)

d. Asuhan Pemeriksaan Antenatal 10 T (Kemenkes RI, 2017)

Selain itu juga, anjurkan ibu untuk memeriksakan diri ke dokter setidaknya satu kali untuk deteksi kelainan medis secara umum. Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan atau standar minimal 10T, yaitu :

1) Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan

Tinggi badan diperiksa hanya pada K1 untuk mengetahui adanya resiko pada ibu hamil. Bila tinggi badan < 145 cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Berat badan ibu hamil harus diperiksa pada tiap kali kunjungan. Sejak bulan ke-4, penambahan BB minimal 1 kg/bulan.

2) Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko hipertensi dalam kehamilan.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila <23,5 cm menunjukkan bahwa ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (Ibu hamil KEK) dan berisiko melahirkan BBLR, KDJK, Prematur.

4) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

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

5) Penentuan Letak Janin dan Penghitungan (DJJ)

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

6) Penentuan Skrining Status Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Ibu hamil harus dijajaki status imunisasi TT nya. Jika ibu hamil tidak dalam status terlindungi, maka imunisasi TT harus diberikan.

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	≥25 Tahun

Sumber : Kemenkes, 2017

7) Pemberian Tablet Tambah Darah

Tablet tambah darah diberikan minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah atau anemia selama kehamilan. Kriteria penilaian anemia pada ibu hamil digolongkan dalam tiga kategori yaitu : normal ($\geq 11\text{gr}\%$), anemia ringan ($8-11\text{gr}\%$), dan anemia berat ($< 8\text{gr}\%$). Dosis defisiensi tablet Fe 60 mcg atau profilaksis dan dosis awal 30-40 mg zat besi ataupun kebutuhan harian.

8) Tes Laboratorium

Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan. Tes hemoglobin, untuk mengetahui apakah kekurangan

darah (Anemia). Tes pemeriksaan urine. Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, Sifilis, dll.

9) **Konseling atau Penjelasan**

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan, dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, asi eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi.

10) **Tatalaksana Kasus**

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil.

e. Pemeriksaan Ibu Hamil Pada Trimester III

Pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil trimester III, yaitu :

1) **Inspeksi (Manuaba, 2010)**

Tinggi fundus uteri, keadaan dinding abdomen, gerak janin yang tampak.

2) **Palpasi (Manuaba, 2010)**

Pemeriksaan palpasi yang biasa digunakan untuk menetapkan kedudukan janin dalam rahim dan usia kehamilan terdiri dari pemeriksaan menurut Leopold I-IV.

a) **Tahap pemeriksaan Leopold**

(1) **Leopold I**

Kedua telapak tangan pada fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus uteri, sehingga perkiraan usia kehamilan dapat disesuaikan dengan tanggal haid terakhir.

(2) **Bagian apa yang terletak di fundus uteri. Pada letak membujur sungsang, kepala bulat keras dan melenting pada goyangan, pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus tidak keras tak melenting dan tidak bulat pada letak lintang fundus uteri tidak diisi oleh bagian-bagian janin**

b) **Leopold II**

(1) **Kemudian kedua tangan diturunkan menelusuri untuk menetapkan bagian apa yang terletak dibagian samping.**

(2) Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan suci.

(3) Pada letak lintang ditetapkan dimana kepala janin

c) Leopold III

(1) Menetapkan bagian yang terdapat diatas simfisis pubis

(2) Kepala akan teraba bulat dan keras sedangkan bokong teraba tidak keras dan tidak bulat. Pada letak lintang simfisis pubis akan kosong.

d) Leopold IV

(1) Pada pemeriksaan Leopold IV, pemeriksa menghadap kearah kaki ibu untuk menetapkan bagian terendah janin yang masuk ke pintu atas panggul.

(2) Bila bagian terbawah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksa divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum memasuki PAP maka tangan pemeriksannya konvergen.

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010; 164).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri, 2010; 1).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012; 69).

Bentuk persalinan berdasarkan defenisi adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan Biasa (normal) disebut juga partus spontan, adalah K proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat.
- 2) Persalinan Abnormal adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesarea. (Mochtar, 2010; 69).

b. Fisiologi Persalinan

Kehamilan secara umum ditandai dengan aktifitas otot polos myometrium yang relatif tenang yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi, dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Mekanisme regulasi yang mengatur aktifitas kontraksi meometrium selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran, sampai saat ini masih belum jelas benar (Prawirohardjo, 2016; 296).

Proses fisiologi kehamilan pada manusia yang menimbulkan inisiasi partus dan awitan persalinan belum diketahui secara pasti. Sampai sekarang, pendapat umum yang dapat diterima bahwa keberhasilan kehamilan pada semua spesies mamalia, bergantung pada aktifitas progesteron untuk mempertahankan ketenangan uterus sampai mendekati akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016; 296).

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil, yaitu :

- 1) Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis (Manuaba, 2010).

2) Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. (Manuaba, 2010)

Estrogen dan progesteron terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan estrogen dan menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi braxton hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi makin sering (Edwin, 2013; 45).

3) Faktor yang mempengaruhi persalinan (Mochtar, 2013; 58)

Setiap persalinan, terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan: *Passage* (jalan lahir), *Passanger* (janin), *Power* (tenaga ibu/his/kontraksi), Psikis ibu, Penolong.

c. Tanda-tanda persalinan

1) Tanda menjelang persalinan yaitu : untuk primigravida kepala janin telah memasuki PAP pada minggu 36 yang disebut *lightening*. Rasa sesak di daerah epigastrium makin berkurang, masuknya kepala janin menimbulkan sesak di bagian bawah menekan kandung kemih, dapat menimbulkan sering buang air kecil, dan pada pemeriksaan TFU semakin turun, serviks uteri mulai lunak, sekalipun terdapat pembukaan (Manuaba, 2010).

2) Braxton hicks yaitu : sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit, pembukaan serviks dapat mulai muncul, kadang-kadang pada multigravida sudah terdapat pembukaan, dengan selaput ketuban akan dapat memicu his semakin kuat dan persalinan dapat dimulai (Manuaba, 2010).

3) Tanda mulai persalinan yaitu: timbulnya his yang sifatnya teratur makin lama intervalnya makin pendek, terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang, menimbulkan perubahan progresif pada serviks

berupa perlunakan dan pembukaan, dengan aktifitas his persalinan makin bertambah (Manuaba, 2010).

4) Tanda dan gejala inpartu yaitu: penipisan dan pembukaan serviks dengan kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah melalui vagina (Manuaba, 2010).

d. Tahapan Persalinan

Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar dari jalan lahir. Banyak energy dikeluarkan pada waktu ini. Oleh karena itu, penggunaan istilah on labor (keja keras) dimaksudkan untuk menggambarkan proses ini. Kontraksi myometrium pada persalinan terasa nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk mendeskripsikan proses ini (Prawirohardjo, 2014: 297).

1) Fase-fase persalinan normal

Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Proses persalinan terdiri atas 4 kala, yaitu:

a) Kala I persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat yang menyebabkan pembukaan serviks membuka lengkap (10cm). Kala ini terdiri atas 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

(1) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi dan mulai ada pembukaan sampai pembukaan 3 cm.

(2) Fase aktif

Dibagi menjadi 3 fase yaitu: Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 3-4 cm. Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam, pembukaan berlangsung menjadi cepat yaitu dari 4 cm hingga 9 cm. Fase deselerasi: pembukaan

serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam, dari pembukaan 9 cm hingga 10 cm.

b) Kala II persalinan

Pada kala ini adalah kala pengeluaran janin, his terkoordinasi kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah masuk dan turun keruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkungan refleks menimbulkan rasa ingin mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai tampak divulva dan dengan adanya his tenaga mengedan terpimpin akan lahir kepala, diikuti dengan seluruh badan bayi. Kala ini berlangsung selama 1-2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Mochtar, 2013: 71)

c) Kala III persalinan

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar.uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar,2012: 73)

d) Kala IV persalinan

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri keluar untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Mochtar, 2012: 73)

e. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Gerakan ini diperlukan karena diameter terbesar janin harus sejajar dengan diameter terbesar

pelvis ibu dan perubahan posisi bagian terendah janin yang diperlukan melalui kanal pelvis disebut mekanisme persalinan. Gerakan utama persalinan adalah: (Bobak, 2005).

1) Engagement

Terjadi ketika diameter kepala janin telah melalui pintu atas panggul. Penurunan merupakan hasil dari kekuatan ataupun kontraksi yang memperkuat tulang punggung janin, menyebabkan fundus langsung menempel pada bokong

2) Desensus

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan: tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma dan otot-otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan. Pada kehamilan pertama, penurunan berlangsung lambat, tetapi kecepatannya sama. Pada kehamilan berikutnya, penurunan dapat berlangsung cepat, penurunan bagian terbawah janin dapat diketahui melalui palpasi abdomen (perasat Leopold) dan pemeriksaan dalam sampai bagian presentasi terlihat pada introitus.

3) Fleksi

Fleksi terjadi ketika kepala janin bertemu dengan tahanan, tahanan meningkat ketika terjadi penurunan. Beberapa derajat fleksi dapat terjadi sebelum engagement.

4) Putar paksi dalam

Sumbu kepala bayi menjadi sejajar dengan sumbu panjang panggul pelvis ibu. Pintu atas panggul memiliki diameter transversum yang lebih besar dibandingkan anteroposterior. Jumlah rotasi internal ditentukan oleh jarak oksiput yang telah bergerak dari posisi awalnya pada saat memasuki pelvis ke oksiput anterior dan posterior, bahu masuk ke pintu atas panggul.

5) Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah

simfisis pubis, kemudian kepala muncul akibat ekstensi: pertama oksiput, kemudian wajah, dan akhirnya dagu.

6) Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, bayi berputar hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas panggul. Gerakan ini dikenal sebagai *restitusi*. Kepala berotasi 45 derajat yang berdampak restitusi tidak memutar leher dan membuat kepala bayi berada pada sudut yang tepat dengan bahu, pada saat bahu berotasi 45 derajat menyebabkan diameter bisakromial sejajar dengan anteroposterior pada pintu bawah panggul.

7) Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat keatas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral kearah simfisis pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis.

2. Asuhan Persalinan Normal

a. Pengertian Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2014; 334).

Tujuan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2016; 335).

b. Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan afiksia bayi baru lahir.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2014: 335)

Ada lima aspek atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang tersebut adalah:

1) Membuat Keputusan Klinik

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

2) Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

3) Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan/bayi baru lahir atau saat menataksanakan penyulit.

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan

jamur. Dilakukan upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS.

4) Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

a) B: (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

b) A: (Alat)

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

c) K: (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi terakhir ibu atau bayinya dan mengapa ibu/bayinya perlu dirujuk. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

d) S: (Surat)

Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu/bayi baru lahir, cantumkan lasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan obat-obatan yang diterima ibu/bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

e) O: (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut dibutuhkan selama perjalanan

f) K: (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

g) U: (Uang)

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu/bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan)

Asuhan Persalinan Normal dengan menggunakan 60 Langkah APN yaitu **(Prawirohardjo, 2016; 341) :**

Melihat Tanda Dan Gejala Kala Dua

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

Menyiapkan Pertolongan Pertama

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap Dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
 - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu

primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi Lahir Kepala

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

Lahir Bahu

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki

Penanganan Bayi Baru Lahir

- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

Oksitosin

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas,

mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
- c) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- d) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- e) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya Lakukan Manual Plasenta jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

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

Menilai Perdarahan

40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau

tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %. 47.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama 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, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan anggota keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.

- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan Dan Keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

c. Partograf WHO

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama proses persalinan berlangsung. Tujuan utama penggunaan partograf ialah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, dan mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Tenaga kesehatan harus mencatat keadaan ibu dan janin sebagai berikut:

1) DJJ (Denyut Jantung Janin)

Denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit dan di beri tanda ● (titik tebal), DJJ yang normal 120-160, dan apabila dibawah 120 dan diatas 160 penolong harus perlu waspada.

2) Air ketuban. Nilai air ketuban setiap dilakukan pemeriksaan vagina dan beri simbol:

a) U :selaput utuh, J : selaput pecah,air ketuban pecah, M: air ketuban pecah tetapi bercampur meconium, D : air ketuban bercampur darah, K : air ketuban kering

b) Penyusupan (molase) kepala janin

(1) 0 :sutura terbuka

(2) 1 :sutura bersentuhan

(3) 2 :sutura bersentuhan tetapi dapat dipisahkan

(4) 3 :sutura bersentuhan dan tidak dapat dipisahkan

3) Pembukaan serviks, World Health Organization (WHO) telah dimodifikasi partograf agar lebih sederhana. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm. dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Menggunakan tanda X.

4) Penurunan bagian bawah janin. Penurunan dinilai dengan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering kali jika ada tanda-tanda penyulit, penurunan bagian bawah janin di bagi 5 bagian,penurunan disimbolkan dengan tanda (o)

5) Waktu. Untuk menentukan pembukaan,penurunan dimulai dari fase aktif

6) Kontraksi uterus. Catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontaksi dalam satuan detik

▨ kurang dari 20 detik ▩ antara 20 dan 40 detik

■ lebih dari 40 detik

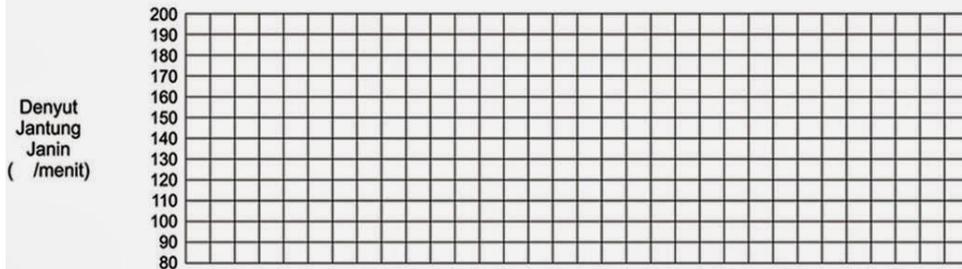
7) Oksitosin. Jika menggunakan oksitosin,catat banyak oksitosin per volume cairan I.V dalam tetesan per menit

- 8) Obat-obatan yang diberikan catat
- 9) Nadi. Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan ,beri tanda titik pada kolom (●)
- 10) Tekanan darah, nilai dan catat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan,dan beri tanda panah pada kolom (↑)
- 11) Temperature, temperature tubuh ibu di nilai setiap 2 jam
- 12) Volume urin, protein, atau aseton, catat jumlah produksi uri ibu sedikitnya setiap 2 jam setiap kali ibu berkemih (Prawihardjo, 2016; 316-332).
- 13) Penggunaan partogaraf
World Health Organization (WHO) telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan dari partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan 4 cm. Partograf harus digunakan untuk
 - (a) semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting dalam asuhan persalinan
 - (b) semua tempat pelayanan persalinan (Rumah, Puskesmas, Klinik bidan swasta, Rumah sakit, dan lain-lain)
 - (c) semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Prawirohardjo, 2016; 316-332).

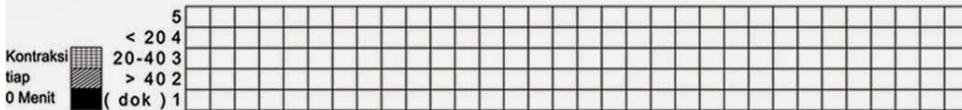
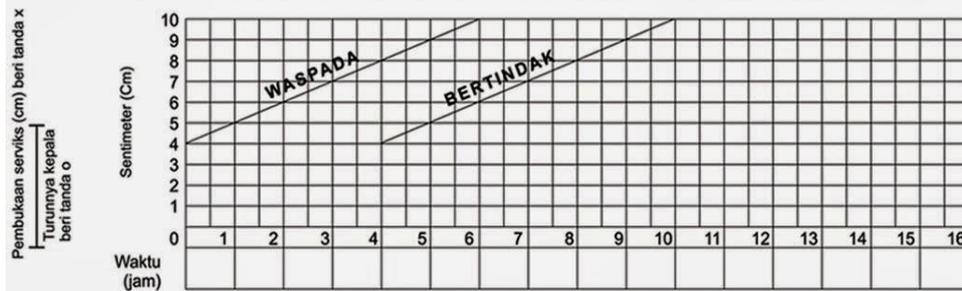
Gambar 2.1 Halaman depan partograf

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

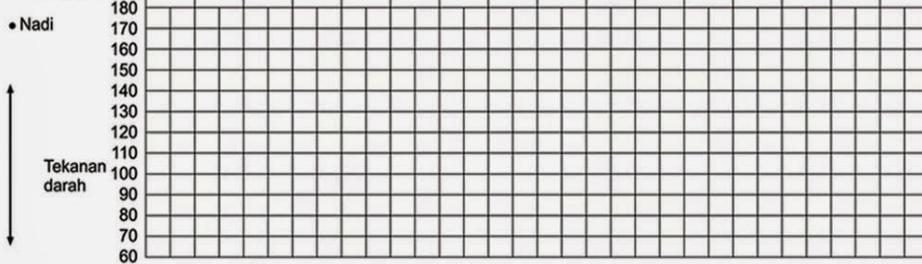


Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
Aseton
Volume

Sumber : Prawirohardjo, 2016; 318

Gambar :2.2 Halaman belakang partograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak djahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
40. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
41. Masalah lain,sebutkan :
42. Hasilnya :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

Sumber : Prawirohardjo, 2016; 318

C. Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa Nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil (Mochtar, 2012; 87).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2016; 356). Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran yang lamanya sekitar 4- 6 minggu yang ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologis (Cuningham, 2017; 674).

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Sistem Kardiovaskular

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

2) Sistem Haematologi

a) Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah, haematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu *postpartum*.

b) Leukositsis meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari *postpartum*. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira $12000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara 20000-

25000mm³,neurotropil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah.

c) Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.

d) Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).

e) Varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.

3) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Uterus akan berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Mulai bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gr, akhir kala III persalinan TFU teraba 2 jari bawah pusat dengan berat 750 gr, satu minggu *postpartum* TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gr, dua minggu *postpartum* TFU tidak teraba diatas simpisis dengan berat 350 gr, enam minggu *postpartum* fundus uteri bertambah kecil dengan berat 50 gr.

Tabel 2.3 TFU dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi baru lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2013: 87

b) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari *cavum uteri* dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea: *Lochea rubra (cruenta)*: berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel disidua, *verniks kaseosa*, *lanugo*, dan *meconium*, selama 2 hari *postpartum*. *Lochea Sanguinolenta*: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 *postpartum*. *Lochea serosa*: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 minggu. *Lochea alba*: cairan putih, setelah 2 minggu. *Locheastasis*: lochea tidak lancar keluaranya.

c) Serviks

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

d) Vulva dan Vagina

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

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f) Payudara

Kadar prolaktin yang disekresi oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormon plasenta menghambat produksi ASI. Setelah pelahiran plasenta, kontrasepsi estrogen dan progesteron menurun, prolaktin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu, saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi

Jadi, perubahan pada payudara dapat meliputi:

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

g) Sistem Perkemihan

Air kecil sering sulit selama 24 jam peratam. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

h) Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan,

namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

i) Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum*. Progesteron turun pada hari ke-3 *postpartum*. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

j) Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *postpartum*. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

k) Sistem Integumen

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

c. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress pascapersalinan, terutama pada ibu primipara. Periode ini diekspresikan oleh Reva Rubin yang dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1) Periode "Taking In"

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Pada umumnya ibu masih pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, ibu akan mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2) Periode "Taking Hold"

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawaban sepenuhnya terhadap bayi, ibu biasanya agak sensitif sehingga

membutuhkan bimbingan dan dorongan perawatan untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3) Periode "Letting Go"

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu dan bayi pulang ke rumah. Ibu mengambil tanggung jawab penuh terhadap perawatan bayi dan segala kebutuhan bayi tergantung padanya. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

d. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

- 1) *Puerperium dini*. Merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) *Puerperium intermedial*. Merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- 3) *Remote puerperium*. Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih seperti ke keadaan sebelum hamil. Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup kalori dan protein, membutuhkan istirahat yang cukup dan sebagainya.

1) Kebutuhan nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori. Kalori bagus untuk proses metabolisme tubuh, kerja organ tubuh, proses pembentukan ASI. Wanita dewasa memerlukan 2.200 kalori. Ibu

menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa + 700 k. kalori pada 6 bulan pertama kemudian + 500 kalori bulan selanjutnya.

Sumber tenaga atau energi untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi). Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu, dan ubi. Sedangkan zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa dan margarine).

2) Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari *postpartum*. Minum kapsul Vit A (200.000 unit).

2. Asuhan Masa Nifas

a. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Supaya terselenggaranya masa untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan pengobatan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarakkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2016).

b. Ketidaknyamanan pada masa nifas

1) Nyeri setelah lahir disebabkan oleh kontraksi uterus yang secara terus-menerus. Nyeri ini lebih umum pada wanita yang menyusui. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofisis posterior. Beberapa wanita merasa nyerinya cukup berkurang dengan mengubah posisi dirinya berbaring telungkup, dengan bantal atau gulungan selimut diletakkan dibawah abdomen

2) Keringat berlebihan

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena terjadi diuresis sehingga mengeluarkan kelebihan cairan yang disebabkan oleh

pengikatan cairan selama kehamilan. Perawatan juga harus dilakukan dengan memastikan hidrasi wanita tetap baik.

3) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan kombinasi akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga pascapartum baik pada ibu menyusui atau tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi, sebelum tindakan dilakukan penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan adanya komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Proses laktasi dan Menyusui

Pada 3 bulan kehamilan, prolaktin dari adenohipofise anterior mulai merangsang kelenjar air susu yang disebut kolostrum. Pada masa ini pengeluaran kolostrum masih dihambat oleh estrogen dan progesteron, tetapi jumlah prolaktin meningkat hanya aktifitas dalam pembuatan kolostrum yang ditekan.

Pada trimester kedua kehamilan, laktogen plasenta mula merangsang pembuatan kolostrum. Keaktifan dari rangsangan hormon-hormon terhadap pengeluaran air susu telah didemonstrasikan kebenarannya bahwa seorang ibu yang melahirkan ibu. Pada seorang ibu yang menyusui dikenal dua refleks yang masing-masing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran ASI

a) Prolaktin

Pada akhir kehamilan hormone prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktifitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang kadarnya memang tinggi. Setelah partus terhubung lepasnya

plasenta dan kurang berfungsinya korpus luteum maka estrogen dan progesteron berkurang, ditambah dengan adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

b) Refleks let down

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormone ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadi involusi dari organ tersebut. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli akan masuk ke sistem duktus.

c. Asuhan kunjungan pada masa nifas

1) Asuhan Kunjungan I (6-3 hari post partum)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
- c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi
- g) bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik

2) Asuhan kunjungan II (4-28 hari post partum)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup

- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
 - f) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
- 3) Asuhan Kunjungan III (29-42 hari post partum)
- a) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu
 - b) Pemantauan jumlah darah yang keluar
 - c) Pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina
 - d) Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan
 - e) Pelayanan KB pasca persalinan

D. Bayi Baru Lahir

1. Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir merupakan bayi yang baru lahir sampai satu jam pertama kelahiran (Prawirohardjo, 2016). Bayi baru lahir merupakan bayi yang keluar dari jalan lahir dan terus beradaptasi di luar kandungan (Myles, 2009)

b. Fisiologis Bayi Baru Lahir

Proses adaptasi fisiologis yang dilakukan bayi baru lahir perlu diketahui dengan baik oleh tenaga kesehatan khususnya bidan, yang selalu memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan anak. Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus.

1) Sistem pernafasan

Sistem pernafasan adalah sistem yang paling terutama ketika perubahan lingkungan intrauteri ke ekstrauteri bayi baru lahir harus segera mulai bernafas begitu lahir ke dunia. Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan didalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominala, sedangkan frekuensi

dan dalamnya belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelektasis, dalam keadaan anoksia neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya metabolisme anaerobik (Indrayani, 2013: 311).

2) Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh bayi baru lahir ke lingkungannya :

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

b) Konveksi

Panas hilangnya dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara).

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, antara lain mengeringkan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi baru lahir, jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir, dan menempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

3) Metabolisme

Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada

hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak, setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

4) Peredaran darah

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arteoli dalam paru menurun. Tekanan darah jantung kanan turun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar daripada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional.

5) Buang Air Besar

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya berupa mekonium, dan warna mekonium sudah hijau kehitam-hitaman, lembut, terdiri atas: mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekonium ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah lahir. Mekonium yang keluar setelah 24 jam setelah kelahiran menandakan anus bayi baru lahir telah berfungsi.

c. Pemeriksaan fisik

1) Pengertian pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir adalah pemeriksaan awal terhadap bayi setelah berada di dunia luar yang bertujuan untuk mendeteksi adanya kelainan fisik dan ketiadaan refleks primitif. Pemeriksaan ini dilakukan setelah kondisi bayi stabil, biasanya 6 jam setelah lahir.

2) Aspek yang perlu dikaji

- a) Menilai keadaan umum
- b) Menilai secara keseluruhan apakah perbandingan bagian tubuh bayi proposional atau tidak?
- c) Memeriksa bagian kepala, badan, dan ekstremitas akan adanya kelainan
- d) Memeriksa tonus otot dan tingkat aktifitas bayi, apakah gerakan bayi aktif atau tidak?

- e) Memeriksa warna kulit dan bibir, apakah warnanya kemerahan atau kebiruan?
- f) Memeriksa tangisan bayi, apakah melengking, merintih, atau normal?

Interpretasi :

- (1) Nilai 7-10 : bayi normal (asfiksia ringan)
- (2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia sedang
- (3) Nilai 1-3 : bayi asfiksia berat

Tabel 2.4 Nilai Apgar Score Pada Bayi Baru Lahir

Score	0	1	2
Appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (heart rate) Frekuensi DJJ	Tidak ada	< 100	➤ 100
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Mochtar, 2012; 91.

2. Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Mempertahankan suhu tubuh bayi dan mencegah hipotermi

Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir kondisi bayi baru lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh.

- 2) Menunda memandikan bayi sampai suhu tubuh bayi stabil

Pada bayi baru lahir cukup bulan dengan berat badan >2500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan ± 24 jam setelah kelahiran dengan tetap

menggunakan air hangat. Pada bayi baru lahir beresiko yang berat badan lahir <2500 gram atau keadaannya lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai tubuh bayi stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik.

3) 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 dari klem.

b) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem.

c) Mengikat tali pusat dengan jarak \pm 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 yang berisi larutan klorin 0,5%

d) Membungkus bayi dengan kain dan memberikannya kepada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, 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. Kontak kulit dengan ibu juga membuat bayi lebih tenang sehingga pola tidur bayi lebih baik. Bagi ibu IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2016; 369).

4) Pemberian Profilaksis mata

Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual seperti gonorrhoe dan klamidiasis. Sebagian besar konjungtivitis muncul pada dua minggu pertama setelah kelahiran, pemberian antibiotik profilaksis pada mata terbukti dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang

sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin. Ketiga preparat ini efektif untuk mencegah konjungtivitis gonorrhoe. Saat ini silver nitrat tetes mata tidak dianjurkan lagi karena sering terjadi efek samping berupa iritasi dan kerusakan mata (Prawirohardjo, 2016; 372).

5) Pemberian Vitamin K

Jenis vitamin yang digunakan adalah Vitamin K, diberikan secara intramuscular atau oral, dosis untuk semua bayi baru lahir 1 mg/hari selama tiga hari, bayi beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg (Prawiroharjo, 2016; 372).

6) Imunisasi dasar

Jadwal imunisasi yang diwajibkan sesuai dengan pengembangan imunisasi adalah BCG, Polio, Hepatitis B, DPT, dan campak.

a) BCG

Vaksin BCG merupakan vaksin hidup, diberikan kepada bayi umur kurang dari atau sama dengan 2 bulan. Dosis untuk bayi umur kurang dari 1 tahun adalah 0,05 ml dan anak 0,10 ml. Vaksin diberikan melalui suntikan intracutan di daerah insersio mullulus deltoides kanan. Vaksin dilarutkan dan harus digunakan sebelum lewat 3 jam.

b) Hepatitis

Imunisasi hepatitis B bermamfaat mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Dengan dosis 0,05 ml secara IM, dosis pertama diberikan pada usia 0-7 hari, selanjutnya interval 4 minggu.

c) Polio

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit *poliomyelitis*, diberikan secara oral 2 tetes sebanyak 4 kali interval 4 minggu.

d) DPT

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusi dan tetanus. Pemberian imunisasi ini dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada bayi usia 2 bulan, 4 bulan, dan 6 bulan. Diberikan secara Intramuskular (IM) sebanyak 0,5 ml)

E. Keluarga Berencana

1. Konsep Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen, penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas (Prawirohardjo, 2016; 905).

Keluarga berencana adalah suatu evolusi alami gaya hidup kontemporer yang berorientasi pada upaya menciptakan kesejahteraan, upaya ini adalah suatu alat yang orangtua gunakan untuk menelusuri pilihan dalam melahirkan anak dan pilihan yang terpenting bagi diri mereka (Bobak, 2005; 166).

b. Tujuan Pelayanan Keluarga Berencana

- 1) Tujuan Umum, untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB dimasa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015
- 2) Tujuan secara filosofi, untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

c. Fisiologi Keluarga Berencana

Sebelum menetapkan suatu metode kontrasepsi, individu atau pasangan suami-isteri, mula-mula harus memutuskan apakah mereka ingin menerapkan program keluarga berencana. Sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi keputusan ini, antara lain :

- 1) Faktor Sosial Budaya, tren saai ini tentang jumlah keluarga, dampak jumlah keluarga terhadap tempat individu, pentingnya memiliki anak laki-laki di masyarakat.
- 2) Faktor Pekerjaan dan Ekonomi, kebutuhan untuk mengalokasi sumber-sumber ekonomi untuk pendidikan atau sedang memulai suatu pekerjaan atau bidang usaha, kemampuan ekonomi untuk

menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal dan kebutuhan lainnya untuk anak-anak dimasa depan.

- 3) Faktor Keagamaan, pembenaran terhadap prinsip-prinsip pembatasan keluarga dan konsep dasar tentang keluarga berencana oleh semua agama.
- 4) Faktor Hukum, peniadaan semua hambatan hukum untuk melaksanakan keluarga berencana sejak diberlakukannya undang-undang negara tentang pembatasan penggunaan semua alat kontrasepsi, yang bertujuan mencegah konsepsi.
- 5) Faktor Fisik, kondisi-kondisi yang membuat wanita tidak bisa hamil karena alasan kesehatan, usia dan waktu, gaya hidup yang tidak sehat.
- 6) Faktor Hubungan, stabilitas hubungan, masa krisis, dan penyesuaian yang panjang dengan hadirnya anak.
- 7) Faktor Psikologis, kebutuhan untuk memiliki anak untuk dicintai dan mencintai orang tuanya, rasa takut untuk mengasuh dan membesarkan anak, ancaman terhadap gaya hidup yang dijalani jika menjadi orangtua.
- 8) Status kesehatan saai ini dan riwayat genetik, adanya keadaan atau kemungkinan munculnya kondisi atau penyakit yang dapat ditularkan kepada bayi, misalnya: HIV,AIDS.(Varney,2007; 414)

d. Metode Keluarga Berencana

Salah satu peranan penting bidan adalah untuk meningkatkan jumlah penerimaan dan kulaitas metode KB kepada masyarakat, dalam melakukan pemilihan metode kontrasepsi perlu diperhatikan ketepatan bahwa makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu: Kontap, AKDR (Alat Kontrasepsi dalam rahim), AKBK (Alat kontrasepsi bawah kulit), Suntik dan pil KB (Manuaba, 2010; 593).

Tabel 2.5 Jenis dan waktu yang tepat untuk menggunakan KB

No	Waktu Penggunaan	Metode Kontrasepsi yang digunakan
1	Postpartum	KB suntik, AKBK, AKDR, pil KB hanya progesteron, Kontap, metode sederhana
2	Pasca abortus	AKBK
3	Saat menstruasi	AKDR, Kontap, Metode sederhana
4	Masa Interval	KB suntik, AKBK, AKDR
5	Post koitus	KB darurat

Sumber: Manuaba, 2010; 592

e. Jenis Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih (MKET)

1) Kontrasepsi hormonal Pil

Estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi.

Keuntungan memakai Pil KB yaitu :

- a) Bila minum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%
- b) Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah
 - (1) Ketegangan menjelang menstruasi
 - (2) Perdarahan menstruasi yang tidak teratur
 - (3) Nyeri saat menstruasi
 - (4) Pengobatan pasangan mandul
- c) Pengobatan penyakit endometriosis
- d) Dapat meningkatkan libido

Kerugian memakai Pil KB yaitu :

- a) Harus minum pil secara teratur
- b) Dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium
- c) Penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah)
- d) Mempengaruhi fungsi hati dan ginjal (Manuaba, 2010; 599)

2) Suntikan KB

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medrosik progesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IntraMuscular.

Keuntungan memakai Suntikan KB yaitu :

- a) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu
- b) Tingkat efektifitasnya tinggi
- c) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas
- d) Pengawasan medis yang ringan
- e) Dapat diberikan pascapersalinan, pasca-keguguran, dan pasca-menstruasi
- f) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi
- g) Suntikan KB Cylofem diberikan setiap bulan dan peserta Kb akan mendapatkan menstruasi

Kerugian memakai Suntikan Kb yaitu :

- a) Perdarahan yang tidak menentu
- b) Terjadi amenore (tidak datang haid berkepanjangan)
- c) Masih terjadi kemungkinan hamil
- d) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan Kb (Manuaba, 2010; 601).

3) Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, akan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Kondom merupakan selubung,saung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Varney, 2007; 435).

4) Metode Kalender (Metode Ritmik)

Metode ini banyak memiliki keterbatasan karena panjang siklus menstruasi. Metode kalender hanya dapat memprediksi kapan Masa subur wanita dalam siklus menstruasinya sehingga kemungkinan besar bisa hamil. Penghitungan yang digunakan saat ini memiliki faktor variasi ± 2 hari disekitar 14 hari sebelum awitan masa menstruasi berikutnya, dua sampai tiga hari bagi sperma untuk dapat bertahan hidup, dan satu hari bagi ovum untuk dapat bertahan hidup sehingga jumlah keseluruhan

masa subur adalah 9 hari, Individu wanita dapat mengurangi 20 hari dari panjang siklus terpendeknya untuk menentukan masa subur yang pertama dan 10 hari dari masa siklus menstruasi terpanjang untuk menentukan masa suburnya yang terakhir (Varney, 2007; 424).

5) Metode Suhu Basal tubuh

Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi keadaan ini dapat terjadi karena progesteron, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu tubuh basal. Pendeteksian peningkatan suhu tubuh ini kemudian dapat mengidentifikasi dua fase siklus menstruasi, yakni fase luteum dan pascaovulasi (Varney, 2007; hal 426).

6) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode amenore laktasi menginformasikan bahwa kehamilan jarang terjadi selama enam bulan pertama setelah melahirkan diantara wanita menyusui dan wanita yang tidak memberikan ASI ditambah susu botol. Ovulasi dapat dihambat oleh kadar prolaktin yang tinggi, pemberian ASI dapat mencegah kehamilan lebih dari 98% selama enam bulan pertama setelah melahirkan bila ibu menyusui atau memberi ASI ditambah susu formula dan belum pernah mengalami perdarahan pervaginam setelah ahri ke-56 pascsapartum (Varney, 2007; 428).

7) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Lendir serviks menjadi kental, sehingga mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma dan dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi dan kesuburan segera kembali setelah implant dilakukan pencabutan.

Keuntungan memakai Alat Kontrasepsi Bawah Kulit yaitu :

- a) Dipasang selama lima tahun, kontrol medis yang ringan
- b) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- c) Biaya murah

Kerugian memakai Alat Kontrasepsi yaitu :

- a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur

- b) Berat badan bertambah
- c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara
- d) Liang sanggama terasa kering (Manuaba, 2010; 603).

8) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dapat menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa.

Keuntungan memakai AKDR yaitu :

- a) AKDR dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian.
- b) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit
- c) Kontrol medis yang ringan, penyulit tidak terlalu berat
- d) Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik.

Kerugian memakai AKDR yaitu :

- a) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR
- b) Terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia)
- c) Leukoria, sehingga menguras protein tubuh dan liang sanggama terasa lebih basah
- d) Dapat terjadi infeksi
- e) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik
- f) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual (Manuaba, 2010; 611).

9) Kontrasepsi Mantap

a) Tubektomi

Keuntungan dari tubektomi, permanen, efektif dengan segera, ansietas terhadap kehamilan yang tidak terencana sudah tidak ada. Sedangkan kerugian, melibatkan prosedur bedah dan anestesi, tidak mudah dikembalikan dan harus dianggap sebagai permanent, jika gagal terdapat resiko lebih besar terjadinya kehamilan ektopik (Medfort, 2012; 547).

b) Vasektomi

Vasektomi merupakan prosedur pembedahan yang lebih aman daripada sterilisasi tuba fallopi, dengan angka kesakitan dan angka kematian yang lebih rendah. Tindakan ini lebih sederhana karena vas deferens lebih mudah dicapai, lebih efektif, dan lebih murah.

2. Asuhan Keluarga Berencana

Langkah-langkah konseling KB (SATU TUJU), dalam memberikan konseling khususnya bagi calon klien KB yang baru hebdaknya dapat diterapkan dalam enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU

- a. SA :Sapa dan salam klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya, yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri.
- b. T : Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya, bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya.
- c. U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk beberapa pilihan tentang alat kontrasepsi, bantu klien pada jenis kontrasepsi yang ingin digunakan, serta menjelaskan jenis-jenis kontrasepsi yang ada.
- d. TU : Bantulah klien menentukan pilihannya, bantulah klien berfikir mengenai apa yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan, tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.
- e. J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya, setelah klien memilih kontrasepsi jika perlu diperhatikan alat/obat kontrasepsinya tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.

f.U : Perlu dikunjungi ulang. Bicarakanlah 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.

BAB III
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

A. Asuhan kebidanan pada ibu masa hamil

I. Pengkajian data

1. Kunjungan I

a. Identitas/Biodata (data subjektif)

Nama	: Ibu T.M	Nama suami	: Bpk G. S
Umur	:32 tahun	Umur	: 35 tahun
Suku/Bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/Bangsa:	Batak/Indonesia
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Hutaraja	Alamat	: Hutaraja

b. Anamnesa

Pada tanggal : 10-03- 2019 Pukul : 10.00 WIB Oleh: Dewi Murni

- 1) Alasan kunjungan saat ini : Ingin memeriksa kehamilannya
- 2) Keluhan utama : Sering BAK, dan mudah lelah
- 3) Riwayat menstruasi
 - a) Haid pertama : Usia 14 tahun
 - b) Siklus : 3-4 hari
 - c) Lamanya : 28 hari
 - d) Teratur : Ya
 - e) Banyaknya : 3-4 kali ganti doek
 - f) Dismenorrhoe : Tidak

Tabel.3.1 Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Umur anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		BBL			Nifas		Keterangan
					ibu	bayi	BB	PB	JK	Keadaan	Laktasi	
I	5 Tahun	Aterm	Normal	Bidan	Tidak Ada	Tidak Ada	3,6 kg	49 cm	LK	Baik	Asi Eksklusif diberikan sampai 6 bayi berusia 6 bulan dan dilanjutkan dengan pemberian ASI hingga usia anak 2 tahun	Hidup
II	1 Tahun 7 Bulan	Aterm	Normal	Bidan	Tidak Ada	Tidak Ada	4,5 kg	49 cm	LK	Baik	Asi Eksklusif diberikan sampai bayi berusia 6 bulan dan dilanjutkan pemberian ASI sampai bayi berusia 7 bulan.	Hidup
III	Kehamilan Sekarang											

- (6) Minum : Air putih
- (7) Jumlah : 11-12 gelas/hari
- b) Pola eliminasi
- (1) BAK, frekuensi : 8-9 kali/hari
- (2) Keluhan waktu BAK : Tidak ada
- (3) BAB, frekuensi : 1x sehari
- (4) Konsistensi BAB : Lunak
- c) Pola istirahat
- (1) Siang : 1 jam
- (2) Malam : ± 7-8 jam
- 7) Seksualitas : 3x seminggu
- 8) Personal hygiene
- a) Mandi : 1x sehari
- b) Keramas : 3 kali seminggu
- c) Sikat gigi : 2 x sehari
- d) Ganti pakaian dalam : 2 x sehari
- 9) Imunisasi TT tgl (usia kehamilan)
- a) TT I : 15-08-2013
- b) TT II : 15-09-2013
- c) TT I : 17-03-2017
- d) TT II : 06-11-2018
- e) TT IV : belum diberikan
- f) TT V : belum diberikan
- 10) Kontrasepsi yang pernah digunakan
- a) Jenis KB : Tidak ada
- b) Lama pemakaian : -
- c) Efek samping : -
- d) Alasan berhenti : -
- 11) Riwayat penyakit sistematik yang pernah di derita
- a) penyakit jantung : Tidak ada
- b) penyakit ginjal : Tidak ada
- c) penyakit hipertensi : Tidak ada

- d) penyakit epilepsi : Tidak ada
- e) penyakit TB paru : Tidak ada

12) Riwayat penyakit keluarga

- a) penyakit jantung : Tidak ada
- b) penyakit hipertensi : Tidak ada
- c) penyakit DM : Tidak ada
- d) penyakit epilepsi : Tidak ada

13) Riwayat sosial ekonomi

- a) status perkawinan : Sah
- b) usia waktu menikah : 26 tahun
- c) respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu : Senang
- d) dukungan keluarga terhadap kehamilan ibu : Mendukung
- e) pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami

14) Tempat petugas kesehatan yang diinginkan membantu persalinan :

Puskesmas Sitadatada

c. Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)

- 1) Status emosional : Stabil
- 2) Tingkat kesadaran : Composmentis

3) Pemeriksaan fisik

BB setelah hamil	: 65 kg	TB	: 155 cm
BB sebelum hamil	: 54 kg	LILA	: 26 cm
Kenaikan BB ibu	: 11 kg		

4) Tanda-tanda vital

TD	: 100/80 mmHg	RR	: 21x/i
HR	: 74 x/i	Temp	: 36,5 °C

5) Kepala : Kulit kepala/rambut : Bersih

6) Wajah : oedema : Tidak
 Cloasma gravidarum : Tidak ada
 Pucat : Tidak ada

7) Mata : conjungtiva : Merah mudah
 Sklera mata : Putih jernih
 Oedema palpebra : Tidak ada

- 8) Hidung: polip : Tidak ada pembengkakan
 Pengeluaran : Ada, dalam batas normal
- 9) Mulut : lidah : Bersih
 Gigi
 Berlobang : Ya
 Caries : Tidak ada
- 10) Telinga : serumen : Ada, dalam batas normal
- 11) Leher : luka bekas operasi : Tidak ada
 Kelenjar tyroid : Tidak ada pembengkakan
 Pembuluh limfe : Tidak ada pembengkakan
 Jugularis : Tidak ada pembengkakan
- 12) Dada : Mamae : Simetris
 Aerola mammae : Hiperpigmentasi
 Putting susu : Menonjol
 Benjolan : Tidak ada
 Pengeluaran kolostrum : Ada
- 13) Aksila : Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
- 14) Abdomen : Pembesaran : Sesuai usia kehamilan
 Linea/striae : Alba /albican
 Bekas luka operasi : Tidak ada
 Pergerakan janin : Aktif 11x/hari
- 15) Pemeriksaan khusus kebidanan (Palpasi abdomen)
- a) Leopold I : pada pemeriksaan leopold 1 dilakukan dengan cara pemeriksaan menghadap kewajah pasien kedua kaki ditekuk dan melakukan pemeriksaan dengan cara menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan menentukan bagian teratas janin. Maka hasil yang didapatkan bagian teratas janin teraba bulat, lembek dan tidak melenting (bokong) TFU 30 cm.
- b) Leopold II : pada pemeriksaan leopold II dilakukan dengan menentukan bagian punggung janin dan ekstremitas janin, kedua kaki ditekuk, setelah dilakukan pemeriksaan bagian punggung janin

berada di sebelah kiri abdomen (PUKI). Dan bagian ekstremitas janin berada di sebelah kanan abdomen ibu.

c) Leopold III : pada pemeriksaan leopold III dilakukan dengan cara pemeriksaan menghadap kerah kaki ibu dan melakukan pemeriksaan dengan cara menekkukan kaki ibu, yang bertujuan untuk menentukan bagian terbawah janin. Setelah dilakukn pemeriksaan maka di dapat bagian terbawah janin ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala)

d) Leopold IV : pada pemeriksaan leopold IV pemeriksaan menghadap ke arah ibu dan kaki ibu diluruskan dan jika kedua tangan pemeriksaan masih bertemu berarti bagian terbawah janin sudah memasuki pintu atas panggul (divergen) setelah dilakukan pemeriksaan bagian terbawah janin belum memasuki pintu atas panggul (konvergen).

e) TBBJ : $30-13 \times 155 = 2.650$ gram

f) Auskultasi : DJJ : 131 x//i

g) Frekuensi : regular

16) Pemeriksaan panggul luar

a) Distancia spinarum : Tidak dilakukan pemeriksaan

b) Distancia kristarum : Tidak dilakukan pemeriksaan

c) Conjugata eksterna : Tidak dilakukan pemeriksaan

d) Lingkar panggul : Tidak dilakukan pemeriksaan

a) Vulva : Pengeluaran : tidak ada

Varices : tidak ada

Kemerahan/lesi : tidak ada

b) Perineum : Bekas luka parut : tidak ada

17) Periksa ketuk/pinggang

Nyeri : tidak ada

18) Ekstremitas

a) Jumlah jari tangan dan kaki : Simetris

b) Kaki dan tangan lengkap : Lengkap

c) Oedema pada tangan/jari : Tidak ada

- d) Oedema pada ekstremitas bawah : Tidak ada
 - e) Varices : Tidak ada
- 19) Pemeriksaan penunjang
- Urine Protein : -
 - HB : 11 gr%
 - Golongan Darah : O

II. Identifikasi Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

1. Diagnosa: G3P2AO dengan usia kehamilan 34-36 minggu, dengan kehamilan normal

a. Data subjektif

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga
- 2) Ibu mengatakan tidak pernah abortus
- 3) Ibu mengatakan haid pertama haid terakhir ibu 08/07/2018
- 4) Ibu mengatakan keluhannya saat ini yaitu : sering BAK, dan sakit pada punggung
- 5) Ibu mengatakan sudah mengkomsumsi makanan tambahan ibu hamil sejak bulan november tahun 2018
- 6) Ibu mengatakan sudah mengkomsumsi tablet Fe sejak usia kehamilan 12 minggu
- 7) Ibu mengatakan sangat senang dengan kehamilannya sekarang dan ingin melahirkan dengan normal

b. Data objektif

- 1) Keadaan umum ibu baik
- 2) Vital sign : Tekanan darah 100/80 mmHg, pernafasan :21 x/i,
nadi: 74 x/i, suhu : 36,5 °c
- 3) TFU : 30 cm
- 4) LILA : 26 cm
- 5) DJJ : 131 x/i
- 6) TBBJ : 2.635 gram
- 7) UK : 34-36 minggu (34 minggu 4 hari)
- 8) TTP : 15-04-2019

9) HB : 11 gram%

10) Palpasi Abdomen

a) Leopold I : pada pemeriksaan leopold 1 dilakukan dengan cara pemeriksaan menghadap kewajah pasien dan melakukan pemeriksaan dengan cara menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan menentukan bagian teratas janin. Maka hasil yang didapatkan bagian teratas janin teraba bulat, lembek dan tidak melenting (bokong) TFU 30 cm

b) Leopold II : pada pemeriksaan leopold II dilakukan dengan menentukan bagian punggung janin dan ekstremitas janin, setelah dilakukan pemeriksaan bagian punggung janin berada di sebelah kiri abdomen (PUKI). Dan bagian ekstremitas janin berada di sebelah kanan abdomen ibu

c) Leopold III : pada pemeriksaan leopold III dilakukan dengan cara pemeriksaan menghadap kerah kaki ibu dan melakukan pemeriksaan dengan cara menekukkan kaki ibu, yang bertujuan untuk menentukan bagian terbawah janin. Setelah dilakukan pemeriksaan maka di dapat bagian terbawah janin ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala)

d) Leopold IV : pada pemeriksaan leopold IV pemeriksaan menghadap ke arah ibu dan kaki ibu diluruskan dan jika kedua tangan pemeriksaan masih bertemu berarti bagian terbawah janin sudah memasuki pintu atas panggul (divergen) setelah dilakukan pemeriksaan bagian terbawah janin belum memasuki pintu atas panggul (konvergen).

2. Masalah : Tidak Ada

3. Kebutuhan : Tidak Ada

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak Ada

IV. Tindakan Segera

Tidak Ada

V. Perencanaan

1. Beritahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada ibu
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang keluhan yang dirasakan ibu sekarang
3. Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan
4. Beritahu ibu agar mengkomsumsi makanan yang bergizi
5. Jelaskan kepada ibu fungsi dan cara mengkomsumsi tablet Fe
6. Beritahu ibu untuk istirahat cukup
7. Berikan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri
8. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara
9. Berikan pendidikan kesehatan tentang keluarga berencana
10. Beritahu ibu untuk kunjungan ulang
11. Lakukan pendokumentasian

VI. Pelaksanaan

1. Pukul 10.10-10.14 Wib : Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keadaan janin, tekanan darah:100/80 mmHg, Pernafasan 21 x/i, nadi: 74x/i, temperatur :36,5°C
Kesadaran : composmentis
Janin : Djj 131 x/i
TBBJ : 2635 gram
Usia kehamilan ibu 34 minggu 4 hari (34-36 minggu) dan diperkirakan ibu akan bersalin pada tanggal 15 April 2019
2. Pukul 10:15-10.22 Wib: Memberitahukan kepada ibu tentang penyebab ketidaknyamanan sering BAK yang dirasakan ibu adalah fisiologis karena kepala janin sudah mulai turun sehingga menekan kandung kemih ibu. Cara mengurangi frekuensi berkemih adalah dengan mengurangi asupan cairan pada malam hari agar ibu tidak terganggu istirahat pada malam hari dan memperbanyak minum pada siang hari.
3. Pukul 10.22-10.30 Wib: Menjelaskan ibu tanda bahaya kehamilan yaitu penglihatan kabur, pusing, sakit kepala berlebihan, bengkak pada tangan dan kaki, perdarahan tiba-tiba, pergerakan janin berkurang, pengeluaran

cairan dari vagina, demam dan kejang apabila ibu menemukan tentang yanda tersebut, ibu segera datang kepetugas kesehatan

4. Pukul 10.30-10.35 Wib: Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi , tinggi protein serta mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi yaitu: protein dapat diperoleh dari ikan, daging ayam, tahu, dan kacang-kacangan. Zat besi dapat diperoleh dari lobak, sayuran hijau seperti bayam, selada, kubis, dan biji-bijian.
5. Pukul 10.35-10.47 Wib: Menjelaskan kepada ibu mengenai tablet fe berguna untuk menambah suplemen zat besi dalam tubuh untuk mencegah anemia pada masa hamil dan aturan mengkonsumsi table Fe dikonsumsi 1 kali dalam 1 hari menggunakan air putih serta malam hari.
6. Pukul 10.47-10.50 Wib : Memberitahu kepada ibu pola istirahat ibu hamil yaitu istirahat malam minimal 7-8 jam/ hari dan istirahat siang berbaring 1-2 jam/hari dan ibu tidak boleh mengangkat beban yang berat dan beraktivitas berat agar ibu tidak cepat untuk lelah.
7. Pukul 10.50-10.55 Wib: Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan mandi 2x sehari, ganti pakian dalam 2x sehari ataupun setiap lembab
8. Pukul 10.55-11.05 Wib: Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara khususnya pada daerah puting untuk memperlancar sirkulasi darah dan persiapan laktasi dengan cara membersihkan puting susu dan kompres menggunakan air hangat dan dingin dan memeberitahu persiapan alat yang akan dipakai untuk melakukan perawatan payudara seperti : air hangat, air dingin, baby oil,waslap, kasa steril.
9. Pukul 11.05-11.15 Wib: Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentan macam-macam KB, keuntungan dan kerugian dari alat-alat kontrasepsi. Adapun alat kontrasepsi dibagi menjadi 2 yaitu Alat kontrasepsi jangka panjang dan alat kontrasepsi jangka pendek. Alat kontrasepsi jangka panjang (AKDR, IMPLAN, MOW, MOP) dan alat kontrasepsi jangka pendek (PIL, SUNTIK)
10. Pukul 11.15-11.17 Wib: Memberitahu kepada ibu untuk datang kepetugas kesehatan 2 minggu kemudian yaitu 24 Maret 2019 untuk memeriksa kehamilan kembali

11. Pukul 11.17-11.20 Wib: Melakukan pendokumentasian

VII. Evaluasi

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Ibu telah mengetahui tentang keluhan yang dirasakan saat ini
3. Ibu telah dapat menyebutkan 6 dari 9 tanda-tanda bahaya kehamilan
4. Ibu telah mengetahui fungsi dan cara mengkonsumsi tablet Fe
5. Ibu bersedia untuk mengatur pola istirahat dan tidak akan mengangak beban yang berat
6. Ibu bersedia dan tetap untuk menjaga kebersihan diri sendiri
7. Ibu bersedia dan mau melakukan perawatan payudara
8. Ibu bersedia menjadi akseptor KB serta ibu memilah alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)
9. Ibu berjanji untuk kunjungan ulang kepetugas kesehatan sesuai tanggal yang ditentukan
10. Telah dilakukan pendokumentasian

2. Kunjungan II

Tanggal : 19 Maret 2019

Pukul : 13.00 Wib

Oleh : Dewi Murni Siagian

a. Data Subjektif (S) :

Ibu mengatakan panas di daerah pinggang dan sering BAK

b. Data Objektif (O) :

TTV : TD : 100/80 mmHg RR : 22 x/i
 HR : 72 x/i T : 36,5°C

BB : 65 Kg

Pemeriksaan khusus kebidanan (palpasi abdomen)

1) Leopod I : Bokong , TFU: 30,5 cm

2) Leopod II : bagian punggung janin berada di sebelah kiri abdomen ibu (PUKI)

3) Leopod III : Kepala

4) Leopod IV: bagian terbawah janin belum memasuki pintu atas panggul (konvergen).

5) TBBJ : $30,5-13 \times 155 = 2713$ gram

6) Auskultasi (DJJ) : $134x/i$

7) Usia Kehamilan : 35 minggu 3 hari (36-38 minggu)

8) TTP : 15 April 2019

c. Analisa (A) :

Ibu G3P2A0 Usia kehamilan 36-38 minggu kehamilan normal

d. Penatalaksanaan (P) :

1) Pukul 13.10- 13.18Wib: Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan yaitu :

Usia kehamilan ibu 36-38 minggu diperkirakan tafsiran persalinan ibu tanggal 15 April 2019, tafsiran berat badan janin 2713 gram, DJJ : $134x/i$, dan tinggi Fundus Uteri 30,5 cm.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaanya

2) Pukul 13.18-13.25 Wib: Memberitahukan kepada ibu tentang penyebab ketidaknyamanan sering BAK yang dirasakan ibu adalah fisiologis karena kepala janin sudah mulai turun sehingga menekan kandung kemih ibu. Cara mengurangi frekuensi berkemih adalah dengan mengurangi asupan cairan pada malam hari agar ibu tidak terganggu istirahat pada malam hari.

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui penyebab ketidaknyamanan yang dirasakan ibu

3) Pukul 13.25-13.30 Wib: Memberitahukan kepada ibu bahwa panas pada daerah pinggang ibu akibat kepala mulai turun memasuki jalan lahir, sehingga ibu merasakan panas pada daerah pinggang,

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui penyebab panas pada pinggang

4) Pukul 13.30-13.35 Wib : Memberitahukan kepada ibu tanda bahaya persalinan yaitu perdarahan lewat jalan lahir, tali pusat dan tangan bayi keluar dari jalan lahir , ibu mengalami kejang, ibu tidak kuat mengedan, air ketuban keruh dan berbau, dan ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat, apabila ibu menemukan tanda tersebut segera datang kepetugas kesehatan.

Evaluasi : ibu telah dapat menyebutkan ketujuh tanda bahaya persalinan

- 5) Pukul 13.35-13.40 Wib : Memberitahukan kepada ibu bahwa setelah bayi lahir akan dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi untuk melakukan kontak fisik antara ibu dan bayi, dan untuk mengajarkan dan mempermudah bayi mencari puting susu ibu setelah persalinan nanti.

Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan bersedia dilakukan IMD kepada bayinya

- 6) Pukul 13.40-13.45 Wib: Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan persiapan saat persalinan baik kebutuhan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan, kebutuhan biaya serta semua perlengkapan ibu dan bayi.

Evaluasi : Ibu sudah mempersiapkan kebutuhan dan perlengkapan untuk persalinan

- 7) Pukul 13.45-13.50 Wib: Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda-tanda persalinan yaitu keluarnya lendir bercampur darah dari vagina ibu, adanya kontraksi yang sering dan beraturan.

Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan mengetahui tanda-tanda persalinan

- 8) Pukul 13.50-13.54 Wib: Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet Fe untuk mencegah anemia pada ibu hamil.

Evaluasi : ibu berjanji untuk tetap mengkonsumsi tablet Fe yang telah diberikan petugas kesehatan.

- 9) Pukul 13.54-14.00 Wib: Melakukan konseling kembali kepada ibu tentang penggunaan KB

Evaluasi : ibu mengetahui penjelasan tentang KB yang telah dijelaskan

- 10) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian

- 2) Pukul 10.18-10.23 Wib: Memberitahukan kepada ibu tentang penyebab ketidaknyamanan yaitu panas pada daerah pinggang adalah fisiologis karena kepala janin sudah mulai turun sehingga mengakibatkan panas pada daerah pinggang serta mulai terasa sakit pada daerah bawah simpisis
Evaluasi : Ibu sudah mengetahui penyebab ketidaknyamanan yang dirasakan ibu
- 3) Pukul 10.23- 10.30 Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda persalinan yaitu: adanya pembukaan, kontraksi semakin kuat dan sering, adanya keluar lendir bercampur darah dari kemaluan. Dan apabila ada tanda-tanda tersebut segeralah datang ke petugas kesehatan
Evaluasi: ibu dapat menyebutkan ketiga tanda-tanda persalinan tersebut
- 4) Pukul 10.30-10.37 Wib : Memberitahukan kepada ibu tanda bahaya persalinan yaitu perdarahan lewat jalan lahir, tali pusat dan tangan bayi keluar dari jalan lahir, ibu mengalami kejang, ibu tidak kuat mengedan, air ketuban keruh dan berbau, dan ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat, apabila ibu menemukan tanda tersebut segera datang ke petugas kesehatan.
Evaluasi : ibu telah dapat menyebutkan ketujuh tanda bahaya persalinan
- 5) Pukul 10.37-10.40 Wib : Memberitahukan kepada ibu bahwa setelah bayi lahir akan dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi untuk melakukan kontak fisik antara ibu dan bayi, dan untuk mengajarkan dan mempermudah bayi mencari puting susu ibu setelah persalinan nanti.
Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan bersedia dilakukan IMD kepada bayinya
- 6) Pukul 10.40-10.45 Wib: Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan persiapan saat persalinan baik kebutuhan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan, kebutuhan biaya serta semua perlengkapan ibu dan bayi.
Evaluasi : Ibu sudah mempersiapkan kebutuhan dan perlengkapan untuk persalinan..
- 7) Pukul 10.45-10.48 Wib: Melakukan konseling kembali kepada ibu tentang penggunaan KB
Evaluasi : ibu mengetahui penjelasan tentang KB yang telah dijelaskan
- 8) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian

B. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin

1. Anamnesa

Pada tanggal : 13-04- 2019 Pukul : 20.00 WIB Oleh: Dewi Murni

- 1) Alasan kunjungan saat ini : Ingin melahirkan
- 2) Keluhan utama : - ibu mengatakan panas pada daerah Pinggang dan menjalar hingga ke Punggung
 - Ibu mengatakan merasakan mules pada bagian perut sejak jam 12.00 wib
 - Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari alat kemaluan mulai sejak jam 15.00 wib

3) Riwayat menstruasi

- a) Haid pertama : Usia 14 tahun
- b) Siklus : 3-4 hari
- c) Lamanya : 28 hari
- d) Teratur : Ya
- e) Banyaknya : 3-4 kali ganti doek
- f) Dismenorrhoe : Tidak

4) Riwayat kehamilan

- a) Kehamilan beberapa : G3P2A0
- b) HPHT : 08 Juli 2018
- c) Usia Kehamilan : 39 minggu 2 hari (39-40 minggu)
- d) Keluhan pada trimester I : Mual dan muntah
- trimester II : -
- trimester III : Sering BAK, nyeri punggung

5) Pergerakan anak pertama kali : Usia 16 minggu

6) Pergerakan anak 24 jam terakhir : Aktif

7) Keluhan-keluhan yang dirasakan

- a) Rasa lelah : Tidak ada

- b) Mual muntah : Ada
- c) Nyeri perut : Tidak ada
- d) Panas menggigil : Tidak ada
- e) Sakit kepala yang berat : Tidak ada
- f) Penglihatan kabur : Tidak ada
- g) Rasa nyeri/panas waktu BAK : Tidak ada
- h) Rasa gatal pada vulva, vagina dan sekitarnya : Tidak ada
- i) Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
- j) Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada
- k) Oedema : Tidak ada
- l) Lain-lain : Tidak ada
- m) Obat-obatan yang dikonsumsi : Tablet fe
- n) Kekhawatiran khusus : Tidak ada

8) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola nutrisi

- (1) Makan : 3 x sehari
- (2) Jenis : Nasi, lauk, sayur dan mengkonsumsi makanan tambahan ibu hamil mulai bulan november 2-3 keping/hari
- (3) Porsi : 1 piring
- (4) Makanan pantangan : Tidak ada
- (5) Perubahan pola makan : Tidak Ada
- (6) Minum : Air putih
- (7) Jumlah : 11-12 gelas/hari

b) Pola eliminasi

- (1) BAK, frekuensi : 8-9 kali/hari
- (2) Keluhan waktu BAK : Tidak ada Warna: jernih
- (3) BAB, frekuensi : 1x sehari
- (4) Konsistensi BAB : Lunak Warna: kekuningan

c) Pola istirahat

- (1) Siang : 1 jam
- (2) Malam : ± 7-8 jam

- 9) Seksualitas : 3x seminggu
- 10) Personal hygiene
- a) Mandi : 1x sehari
 - b) Keramas : 3 kali seminggu
 - c) Sikat gigi : 2 x sehari
 - d) Ganti pakaian dalam : 2 x sehari
- 11) Imunisasi TT
- a) TT I : 15-08-2013
 - b) TT II : 15-09-2013
 - c) TT I : 17-03-2017
 - d) TT II : 06-11-2018
 - e) TT IV : belum diberikan
 - f) TT V : belum diberikan
- 12) Kontrasepsi yang pernah digunakan
- a) Jenis KB : Tidak ada
 - b) Lama pemakaian : -
 - c) Efek samping : -
 - d) Alasan berhenti : -
- 13) Riwayat penyakit sistematik yang pernah di derita
- a) penyakit jantung : Tidak ada
 - b) penyakit ginjal : Tidak ada
 - c) penyakit hipertensi : Tidak ada
 - d) penyakit epilepsi : Tidak ada
 - e) penyakit TB paru : Tidak ada
- 14) Riwayat penyakit keluarga
- a) penyakit jantung : Tidak ada
 - b) penyakit hipertensi : Tidak ada
 - c) penyakit DM : Tidak ada
 - d) penyakit epilepsi : Tidak ada
- 15) Riwayat sosial ekonomi
- a) status perkawinan : Sah
 - b) usia waktu menikah : 26 tahun

- c) respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu : Senang
- d) dukungan keluarga terhadap kehamilan ibu : Mendukung
- e) pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami, istri
- f) Tempat petugas kesehatan yang diinginkan membantu persalinan :
Puskesmas Sitadatada

2. Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)

- a. Status emosional : Stabil
- b. Tingkat kesadaran : Composmentis
- c. Postur tubuh : Lordosis
- d. Pengukuran TB dan BB selama hamil
 - BB setelah hamil : 65,2 kg TB : 155 cm
 - BB sebelum hamil : 54 kg LILA : 27 cm
 - Kenaikan BB selama hamil : 11.2 kg
- e. Tanda-tanda vital
 - TD : 110/70 mmHg RR : 20 x/i
 - HR : 74 x/i Temp : 36,5 °C
- f. Kepala : Kulit kepala/rambut : Bersih
- g. Wajah : oedema : Tidak
 - Cloasma gravidarum : Tidak ada
 - Pucat : Tidak ada
- h. Mata : conjungtiva : Merah mudah
 - Sklera mata : Putih jernih
 - Oedema palpebra : Tidak ada
- i. Hidung: polip : Tidak ada pembengkakan
 - Pengeluaran : Ada, dalam batas normal
- j. Mulut : lidah : Bersih
 - Gigi
 - Berlobang : Ya
 - Caries : Tidak ada
- k. Telinga : serumen : Ada, dalam batas normal
- l. Leher : luka bekas operasi : Tidak ada
 - Kelenjar tyroid : Tidak ada pembengkakan

- Pembuluh limfe : Tidak ada pembengkakan
- Jugularis : Tidak ada pembengkakan
- m. Dada:Mamae : Simetris
- Aerola mammae : Hiperpigmentasi
- Putting susu : Menonjol
- Benjolan : Tidak ada
- Pengeluaran kolostrum : Ada
- n. Aksila : Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
- o. Abdomen : Pembesaran : Sesuai usia kehamilan
- Linea/striae : Alba /albican
- Bekas luka operasi : Tidak ada
- Pergerakan janin : Aktif 11x/hari
- p. Pemeriksaan khusus kebidanan (Palpasi abdomen)
- 1) Leopold I : bagian teratas janin teraba bulat, lembek dan tidak melenting (bokong) TFU 31,5 cm.
 - 2) Leopold II : bagian punggung janin berada di sebelah kiri abdomen (PUKI). Dan bagian ekstremitas janin berada di sebelah kiri abdomen ibu.
 - 3) Leopold III : bagian terbawah janin ibu teraba bulat, keras, melenting (kepala)
 - 4) Leopold IV : bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Divergen)
 - 5)TBBJ : $31,5-11 \times 155 = 3100$ gram
 - 6)Auskultasi : DJJ : 131 x//i
 - 7)Frekuensi : regular
- q. Pemeriksaan panggul luar
- 1) Distancia spinarum : Tidak dilakukan pemeriksaan
 - 2) Distancia kristarum : Tidak dilakukan pemeriksaan
 - 3) Conjugata eksterna : Tidak dilakukan pemeriksaan
 - 4) Lingkar panggul : Tidak dilakukan pemeriksaan
- r. Pemeriksaan genetalia / pemeriksaan dalam
- 1) Vulva : Pengeluaran : Ada (lendir bercampur darah)

- | | | |
|--------------------------------|---|------------------------|
| Varices | : | tidak ada |
| Kemerahan/lesi | : | tidak ada |
| 2) Perineum : Bekas luka parut | : | tidak ada |
| 3) Dinding vagina | : | licin |
| 4) Portio | : | tidak teraba |
| 5) Pembukaan | : | 8 cm |
| 6) Penurunan | : | 2/5 (Hodge II dan III) |
| 7) Presentasi janin | : | kepala (UUK belakang) |
| 8) Ketuban | : | utuh |
| 9) Penyusupan | : | 2 |
- s. Periksa ketuk/pinggang
- | | | |
|-------|---|-----------|
| Nyeri | : | tidak ada |
|-------|---|-----------|
- t. Ekstremitas
- | | | |
|----------------------------------|---|-----------|
| 1) Jumlah jari tangan dan kaki | : | Simetris |
| 2) Kaki dan tangan lengkap | : | Lengkap |
| 3) Oedema pada tangan/jari | : | Tidak ada |
| 4) Oedema pada ekstremitas bawah | : | Tidak ada |
| 5) Varices | : | Tidak ada |
- u. Pemeriksaan penunjang
- | | | |
|----------------|---|--------|
| Urine Protein | : | - |
| HB | : | 11 gr% |
| Golongan Darah | : | O |

1. Asuhan Persalinan pada KALA I

Tanggal : 13 April 2019
Pukul : 20.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 2) Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga
- 3) Ibu mengatakan tidak pernah abortus
- 4) Ibu mengatakan haid pertama haid terakhir ibu 08/07/2018

- 5) Ibu mengatakan panas pada bagian perut bawah dan menjalar pada daerah pingang
- 6) Ibu mengatakan mules pada bagian perut sejak jam 12.00 wib
- 7) Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari lat kemaluan sejak jam 15.00 wib

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum ibu baik
- 2) Vital sign : Tekanan darah 110/70 mmHg, pernafasan :20 x/i,
nadi: 74 x/i, suhu : 36,5 °c
- 3) TFU : 31,5 cm
- 4) LILA : 27 cm
- 5) DJJ : 131 x/i
- 6) TBBJ : 3100 gram
- 7) UK : 39-40 minggu (39 minggu 2 hari)
- 8) TTP : 15-04-2019
- 9) HB : 11 gram%
- 10) Palpasi Abdomen
 - a) Leopold I : bokong, TFU 31,5 cm
 - b) Leopold II : punggung janin berada di sebelah kiri abdomen (PUKI). Dan bagian ekstremitas janin berada di sebelah kiri abdomen ibu
 - c) Leopold III : kepala
 - d) Leopold IV : bagian terbawah janin sudah memasuki pintu atas panggul (divergen)

c. A : Analisis :

Ibu T.M G3P2A0 usia kehamilan 39-40 minggu Inpartu kala I fase dilatasi maksimal

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 20.00 wib Menjelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan ibu dan janin pada saat ini dalam keadaan sehat, tanda-tanda vital normal, pembukaan 8 cm dan kemungkinan ibu akan bersalin antara jam 23.00 – 24.00 wib

Evaluasi : Ibu dan keluarga telah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

- 2) Pukul 20.05 wib Mempersiapkan alat- alat pemasangan infus yaitu :
torniquet, infus set, cairan RL 500 ml, abocath no.18, gunting, plester

Evaluasi : alat-alat telah dipersiapkan

- 3) Pukul 20.07 wib Memasang infus

Evaluasi : infus telah terpasang ditangan kanan ibu

- 4) Pukul 20.15 wib Mempersiapkan ruangan, alat yaitu partus set berisi :
½ kocher, gunting episiotomi, klem, gunting tali pusat, umbilikal klem,
heacting set dan obat-obatan esensial, pakaian ibu dan bayi,
persiapan fisik dan mental ibu

Evaluasi : Alat-alat, ruangan, obat-obatan, pakaian ibu dan bayi telah dipersiapkan

- 5) Pukul 20.20 wib Mengajarkan keluarga untuk memberikan asuhan sayang ibu dengan memijit punggung sampai kedaerah pinggang ibu untuk mengurangi rasa sakit dan memenuhi nutrisi, hidrasi jika tidak ada his

Evaluasi : keluarga telah bersedia untuk memberikan asuhan yang telah dianjurkan.

- 6) Pukul 20.25 wib Mengajarkan ibu tehnik hypnobirthy untuk mengurangi rasa nyeri pada saat persalinan yaitu dengan cara:

- a) Teknik Relaksasi

Dimana ibu diajarkan untuk menarik nafas dalam-dalam dari hidung lalu mengeluarkan dari mulut secara perlahan

- b) Teknik Mengedan

Pada saat ada his ibu disuruh untuk mengedan dan menarik kedua paha kearah ibu kemudian pandangan ibu kearah pusat ibu dan mengatur pernapasan dengan cara menghirup udara dari hidung dan dikeluarkan melalui mulut secara perlahan.

Evaluasi : ibu telah melakukan tehnik pernafasan dan mengedan yang telah diajarkan.

7) Pukul 20.35 wib Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi dengan miring ke kiri dan tangan ibu menarik bagian bokong ibu untuk mempercepat penurunan bagian terbawah janin.

Evaluasi : ibu telah melakukan posisi dengan miring ke kiri

8) Pukul 20.40 wib Menganjurkan ibu untuk BAK bila ingin buang air kecil/kandung kemihnya terasa penuh.

Evaluasi : kandung kemih ibu kosong

9) Pukul 20.45 wib Menghadirkan pendamping persalinan untuk memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan.

Evaluasi : Suami bersedia mendampingi ibu pada saat proses persalinan

10) Pukul 21.00 wib Observasi kemajuan persalinan.

Evaluasi : Hasil pemantauan telah didokumentasikan kedalam partograf.

Tabel 3.2 Observasi Kemajuan Persalinan Kala I

Pukul	Pembukaan	Nadi	DJJ	HIS
20.00 wib	8 cm	80 x/i	131 x/i	4 kali dalam 10 menit durasi 40 detik
20.30 wib		78 x/i	144 x/i	4 kali dalam 10 menit durasi 40 detik
21.00 wib		78 x/i	142 x/i	4 kali dalam 10 menit durasi >40 detik
21.30 wib		79 x/i	141 x/i	4 kali dalam 10 menit durasi >40 detik
22.00 wib		78 x/i	142 x/i	5 kali dalam 10 menit durasi >40 detik
22.30 wib		76 x/i	141 x/i	5 kali dalam 10 menit durasi >40 detik
23.00 wib	10 cm	78 x/i	146 x/i	5 kali dalam 10 menit durasi >45 detik

2. Asuhan persalin pada KALA II

Tanggal : 13 April 2019
Pukul : 23.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Mules-mules pada perut semakin sering dan tambah kuat yang menjalar sampai pada pinggang hingga kepongung.
- 2) Ibu mengatakan ada dorongan untuk meneran
- 3) Ibu mengatakan ada keinginan untuk BAB
- 4) Ibu mengatakan adanya pergerakan janin

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : compesmentis
- 3) Keadaan emosional : stabil
- 4) DJJ : 146 x/menit, reguler
- 5) His : 5 dalam 10 menit durasi >40 detik
- 6) Terdapat tanda gejala kala II : Vulva membuka, Perineum menonjol dan Ada tekanan pada anus
- 7) Kandung kemih : kosong
- 8) Pemeriksaan Genetalia :
 - a) Vulva : tidak ada luka, tidak ada kemerahan/bengkak, tidak ada varises serta tidak ada pembengkakan pada kelenjar bartholini
Pemeriksaan dalam
 - b) Vagina : teraba lembek, tidak ada benjolan
 - c) Pembukaan : ±10 cm (lengkap)
 - d) Porsio : Menipis, lunak (100%)
 - e) Ketuban : Jernih tidak berbau
 - f) Posisi : UKK Kiri depan
 - g) Presentasi : Letak Belakang kepala
 - h) Penurunan : Hodge IV

- i) Penyusupan : 0
- j) Kontraksi : 5 dalam 10 menit durasi >45 detik

c. A : Analisis :

Ibu T.M G3P2A0 usia kehamilan 39-40 minggu Inpartu Kala II

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 23.00 wib Melakukan cuci tangan dan memakai sarung tangan steril untuk melakukan pemeriksaan dalam serta melakukan amniotomi
Evaluasi : Penolong telah melakukan cuci tangan dan telah memakai sarung tangan steril dan ketuban telah pecah dengan jernih dan tidak berbau
- 2) Pukul 23.02 wib Memeriksa Denyut jantung janin
Evaluasi : DJJ 146 x/i
- 3) Pukul 23.03 wib Menjelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan ibu dan janin pada saat ini baik, pembukaan sudah lengkap dan akan segera dilakukan pertolongan persalinan
Evaluasi : ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan tau bahwa persalinan akan segera dimulai
- 4) Pukul 23.10 wib Mengatur posisi ibu senyaman mungkin untuk bersalin yaitu posisi dengan setengah duduk atau litotomi
Evaluasi : ibu telah melakukan posisi yang diinginkannya yaitu dengan mengangkat kedua kaki ke ginekology.
- 5) Pukul 23.14 wib Menganjurkan suami agar tetap mendampingi ibu selama proses persalinan serta memberikan dukungan kepada ibu.
Evaluasi : Suami bersedia mendampingi dan memberi dukung kepada ibu.
- 6) Pukul 23.16 wib Menganjurkan ibu untuk mengedan saat ada kontraksi yang kuat/ atau saat ada keinginan untuk meneran.
Evaluasi : ibu telah mengerti atas anjuran dari penolong
- 7) Pukul 23.18 wib Mendekatkan alat- alat yang telah dipersiapkan
Evaluasi : Alat sudah didekatkan

- 8) Pukul 23.20 wib Meletakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong.
Evaluasi : Kain 1/3 bagian telah dipasangkan dibawah bokong
- 9) Pukul 23.21 wib Menggunakan sarung tangan steril
Evaluasi : Sarung tangan steril telah terpasangkan di kedua tangan penolong
- 10) Pukul 23.25 wib Melindungi perineum dengan satu tangan kanan yang dilapisi kain, sedangkan tangan kiri menahan kepala bayi agar tidak terjadi defleksi tiba-tiba.
Evaluasi : Perineum telah dilindungi dengan menggunakan tangan kanan penolong
- 11) Pukul 23.26 wib Memeriksa liitan tali pusat dan apabila ada lilitan tali pusat, jika tali pusat longgar lepas tali pusat dari atas kepala bayi dan jika lilitan tali pusat ketat klem talipusat lalu gunting.
Evaluasi : Adanya lilitan tali pusat dan tali pusat dilepaskan dari atas kepala bayi.
- 12) Pukul 23.28 Membersihkan jalan nafas bayi mulai dari hidung, mulut, dan dagu.
Evaluasi : jalan nafas bayi telah dibersihkan
- 13) Pukul 23.29 wib Menunggu bayi melakukan putar paksi luar, setelah bayi melakukan putar paksi luar pegang kepala bayi secara biparietal yaitu untuk mengeluarkan bahu depan tuntum curam kebawah, untuk melahirkan bahu belakang tumtum curam keatas, setelah bahu bayi tampak di depan vulva kemudian melakukan sangga susur dengan teknik Jempolda (jempol didada) serta menyangga kepala bayi dan menelusuri seluruh bagian tubuh bayi hingga lahir dengan sempurna dan meletakkan bayi diatas perut ibu.
Evaluasi : Bayi lahir spontan pukul 23.31 WIB, menangis kuat, bergerak aktif, warna kulit kemerahan, dan jenis kelamin : perempuan
- 14) Pukul 20.31 wib Melakukan penilaian sepiintas dan mengeringkan seluruh tubuh bayi.

Evaluasi : Bayi segera menangis, kulit kemerahan, bayi bernafas tanpa ada hambatan, Apgar score : 9

- 15) Pukul 20.31 wib Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama lalu mengurut tali pusat ke arah bayi.

Evaluasi : tali pusat telah dijepit oleh 2 buah klem

- 16) Pukul 23.31 wib Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi tubuh bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

Evaluasi : tali pusat telah digunting dan telah dijepit menggunakan umbilical klem

- 17) Pukul 23.31 wib Memberikan bayi kepada ibunya untuk melakukan kontak batin dengan cara ibu memeluk bayinya, dan bayi diletakkan di dada ibu untuk menjaga kehangatan tubuh bayi serta merangsang kontak batin antara ibu dan bayi.

Evaluasi : bayi telah diletakkan di dada ibu

3. Asuhan Persalinan pada KALA III

Tanggal : 13 April 2019
Pukul : 23.32 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan merasa lega, senang dan bersyukur atas kelahiran bayinya
- 2) Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules serta masih merasa keluar darah dari jalan lahirnya.

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Keadaan emosional : stabil

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 4) TFU | : setinggi pusat |
| 5) Kontraksi Uterus | : kuat dan baik |
| 6) Kandung kemih | : tidak penuh |
| 7) Perdarahan | : ± 100 ml |
| 8) Janin kedua | : tidak ada |
| 9) Plasenta | : belum lahir |
| 10) Robekan jalan lahir | : tidak ada |

c. A : Analisa :

Ibu T.M P3A0 inpartu kala III

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 23.32 Wib Melakukan palpasi untuk mengetahui apakah ada janin kedua

Evaluasi : tidak ada janin kedua

- 2) Pukul 23.32 wib Memberitahukan kepada ibu untuk disuntikkan oksitosin 10 IU secara IM dipaha lateral luar kanan untuk merangsang dari pengeluaran plasenta.

Evaluasi : Telah disuntikkan oksitosin 10 IU secara IM

- 3) Pukul 23. 37 wib Melihat adanya tanda pelepasan plasenta.

Evaluasi : Tanda pelepasan plasenta telah terlihat yaitu semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang dan uterus menjadi globuler.

- 4) Pukul 23.39 wib Melakukan perengangan tali pusat terkendali yaitu dengan meregangkan tali pusat sejajar lantai kemudian tangan kiri menekan fundus secara dorsokranial. Setelah tampak 2/3 bagian di depan vulva tangan kiri menyangga plasenta tangan kanan memilin kesatu arah

Evaluasi : Plasenta lahir lengkap selama 10 detik pukul 23. 41 WIB.

- 5) Pukul 23.41 wib Melakukan masase uterus pada fundus uterus selama 15 detik secara sirkuler supaya kontraksi uterus kuat dan baik.

Evaluasi : Masase uterus telah dilakukan selama 15 detik

- 6) Pukul 23.42 wib Mengajarkan ibu dan keluarga untuk masase uterus jika kontraksi keras seperti papan berarti bagus jika lembek dilaporkan ke Bidan.

Evaluasi : Keluarga terlihat telah melakukan masase uterus.

- 7) Pukul 23.43 wib Mengidentifikasi bagian plasenta yaitu : Kotiledon lengkap (8 kotiledon, diameter 20 cm, tebal 2,5 cm, berat \pm 400 gr panjang tali pusat : 45 cm, Insersi tali pusat : sentralis, selaput amnion lengkap.

Evaluasi : Plasenta lahir lengkap.

- 8) Pukul 23.43 wib Memeriksa apakah ada robekan jalan lahir

Evaluasi : tidak ada robekan jalan lahir

- 9) Pukul 23.44 wib Mencelupkan kedua tangan yang terkontaminasi kedalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

Evaluasi : Tangan penolong telah bersih

- 10) Pukul 23.45 wib Membereskan alat –alat yang telah digunakan dan merendam kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit serta membilas alat –alat pada air sabun dan membersihkannya pada air bersih

Evaluasi : alat – alat telah dibersihkan dan dimasukkan kedalam sterilisator

4. Asuhan persalinan pada KALA IV

Tanggal : 13 April 2019
Pukul : 23.50 WIB.
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan senang dengan kelahiran plasentanya lengkap.
- 2) Ibu mengatakan merasa masih lelah dan masih mules pada perutnya.
- 3) Ibu mengatakan kontraksi pada uterus

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum : Baik

- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) TTV : Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Suhu : 37⁰ C
Nadi : 80 x/menit, Respirasi : 18 x/menit
- 4) TFU : 1-2 jari dibawah pusat
- 5) Kontraksi Uterus : Kuat
- 6) Kandung kemih : penuh
- 7) Perdarahan : ± 100 ml
- 8) Laserasi : tidak ada laserasi

c. A : Analisa :

Ibu T.M P3A0 kala IV Normal

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 23.45 wib Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa TTV ; Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Suhu : 37⁰C, Nadi : 80 x/menit, dan keadaanya pada saat ini baik serta tidak ada robekan jalan lahir.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaanya.

- 2) Pukul 23.45 wib Memeriksa kontraksi uterus ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

Tabel 3.3 Evaluasi pemantauan kala IV 15 menit jam pertama dan 30 menit jam kedua

Jam ke	Waktu	TD	HR	T °C	TFU	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdarahan
I	23.50 wib	120/80 mmHg	80 x/i	36,5	1 jari dibawah pusat	Baik	penuh	±50 cc
	00.05 wib	120/80 mmHg	80 x/i		1 jari dibawah pusat	Baik	kosong	-
	00.20 wib	120/80 mmHg	78 x/i		2 jari dibawah pusat	Baik	kosong	-
	00.35 wib	120/80 mmHg	78 x/i		2 jari dibawah pusat	Baik	kosong	-
II	01.05 wib	120/80 mmHg	79 x/i	36,5	2 jari dibawah pusat	Baik	kosong	±20 cc
	01.35 wib	120/80 mmHg	78 x/i		2 jari dibawah pusat	Baik	kosong	-

- 3) Pukul 23.47 wib Melakukan katektisasi untuk mengosongkan kandung kemih ibu.

Evaluasi : telah dilakukan katektisasi dan kandung kemih ibu telah kosong

- 4) Pukul 23.49 wib Membersihkan dengan menggunakan air DTT serta tempat tidur dengan larutan klorin ibu dan merapikannya lalu memakaikan doek, serta baju ganti yang baru.

Evaluasi : Ibu telah selesai dibersihkan dan dirapikan dengan mengganti semua pakaian ibu dengan pakaian bersih.

- 5) Pukul 23.55 wib Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum apabila ibu merasa lapar dan haus setelah bersalin.

Evaluasi : Keluarga telah bersedia untuk melakukannya.

- 6) Pukul 00.00 wib Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya secara eksklusif tanpa PMT selama 6 bulan.

Evaluasi : Ibu bersedia menyusui bayinya sesering mungkin tanpa PMT selama 6 bulan.

- 7) Pukul 00.31 wib Menjelaskan kepada ibu bahwa bayinya diberikan Vit K (untuk mencegah perdarahan) secara IM dipaha kiri bayi

Evaluasi: ibu bersedia bayinya diberikan vit K dan telah disuntikkan dipaha kiri bayi secara IM

- 8) Pukul 00.31 wib menjelaskan kepada ibu bahwa bayinya akan diberikan imunisasi HB0 (imunisasi pertama) secara IM dipaha kanan bayi.

Evaluasi : ibu bersedia bayinya diberikan imunisasi HB0 dan telah disuntikkan dipaha kanan bayi secara IM

- 9) Pukul 00.31 Melakukan pendokumentasian dan melengkapi partograf.

Evaluasi : Asuhan yang dilakukan telah didokumentasikan kedalam partograf.

C. Asuhan kebidanan pada ibu nifas pada Ibu T.M

1. Kunjungan I (6 jam- 3 hari setelah persalinan)

Tanggal : 14 April 2019

Pukul : 13.00 WIB

Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules
- 2) Ibu mengatakan ASI yang keluar sedikit.
- 3) Ibu sudah melakukan mobilisasi

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tanda-Tanda Vital :
 - a) TD : 120/80 mmHg
 - b) N : 82 x/menit
 - c) RR : 22 x/menit
 - d) S : 36⁰C
- 4) Mata : konjungtiva merah muda, dan sklera jernih
- 5) Mamae : puting susu menonjol, colostrum ada, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak
- 6) Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, konsistensi keras
- 7) TFU 1 jari dibawah pusat.
- 8) Genetalia : tidak ada robekan, ada pengeluaran pervaginam yaitu lochea rubra
- 9) Kandung kemih : kosong
- 10) Ekstremitas atas dan bawah tidak ada oedema, varises tidak ada, dan reflek patella : +/+ (aktif)

c. A : Analisis :

Ibu T.M P3A0 Post Partum 1 hari dengan nifas normal

d. P : Perencanaan :

1) Pukul 13.10 wib Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan keadaan ibu dalam batas normal yaitu :
TD : 120/80 mmHg, Nadi : 74 x/i, pernafasan : 22 x/i, suhu : 36,5°C

Evaluasi : Ibu telah mengetahui kondisinya.

2) Pukul 13.15 wib Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar untuk mengatasi apabila ASI keluar sedikit adalah dengan lebih sering menyusui minimal 1 kali 2 jam.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui cara menyusui yang benar.

3) Pukul 13. 20 wib Menganjurkan kepada ibu untuk memenuhi nutrisi dan cairannya selama masa nifas yaitu : minum air putih secara teratur dan mengkomsumsi makanna yang bergizi untuk meningkatkan produksi ASI ibu.

Evaluasi : ibu bersedia melakukan anjuran yang telah disampaikan petugas kesehatan

4) Pukul 13.25 wib Memberitahukan kepada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahatnya yaitu tidur malam : ± 7-8 jam dan tidur siang ± 1 jam, untuk tidak mengganggu pola istirahat, ibu dapat tidur ketika bayi sudah tidur serta mengajak keluarga untuk tetap membantu ibu mengurus bayinya.

Evaluasi : ibu mengerti atas penjelasan yang diberikan

5) Pukul 13.27 wib Memberitahukan kepada ibu tanda bahaya pada masa nifas yaitu :perdarahan lewat jalan lahir yang berlebihan, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah, tangan, dan kaki, sakit kepala yang berat, kejang-kejang, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)

Evaluasi : ibu sudah mengetahui tanda-tanda bahaya masa nifas

6) Pukul 13.30 wib Memfasilitasi ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya

Evaluasi: Asi masih keluar sedikit namun bayi mengsiap dengan baik

- 7) Pukul 13.35 wib Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan daerah genitalia dengan mengganti doek setelah mandi atau bila ibu merasa tidak nyaman serta memberitahu ibu bahwa pada masa nifas adanya pengeluaran dari jalan lahir.

Evaluasi : Adanya pengeluaran berwarna merah yaitu lochea rubra

- 8) Pukul 13.38 wib Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi tablet Fe 1x1 pada malam dengan air putih atau jus

Evaluasi : Ibu telah bersedia untuk mengonsumsi tablet Fe

- 9) Pukul 13.40 wib Membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini pada ibu seperti miring kiri dan miring kanan yang berguna untuk melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperineum, mempercepat involusi alat kandungan, melancarkan fungsi alat perkemihan, meningkatkan peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

Evaluasi : ibu telah dapat melakukan mobilisasi dini

2. Kunjungan ke II (4-28 Hari Setelah Persalinan)

Tanggal pengkajian : 18 April 2019
Pukul : 10.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan keadaannya baik
- 2) Ibu mengatakan ASI keluar lancar
- 3) Ibu mengatakan masih ada pengeluaran warna merah kecoklatan lewat vagina

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) Tingkat kesadaran composmentis.

- 3) Payudara tidak bengkak, tidak kemerahan dan puting susu menonjol.
- 4) Kontraksi uterus baik (keras).
- 5) TFU pertengahan pusat dan simfisis
- 6) Pengeluaran pervaginam lochea serosa
- 7) Tanda-Tanda Vital
 - a) TD : 120/80 mmHg
 - b) N : 80 x/menit
 - c) P : 20 x/menit
 - d) S : 37⁰c

c. A : Analisis:

Ibu T.M P3A0 post partum 6 hari dengan nifas normal

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 10.15 wib Memberitahukan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada ibu bahwa keadaan ibu dalam batas normal
Evaluasi : Ibu telah mengetahui keadaannya.
- 2) Pukul 10.17 wib Mendeteksi dan mengkaji ulang pengetahuan ibu mengenai tanda bahaya masa nifas
Evaluasi : Ibu telah mengerti tentang tanda bahaya dalam masa nifas.
- 3) Pukul 10.20 Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan daerah genitalia dengan mengganti doek setelah mandi atau bila ibu merasa tidak nyaman .
Evaluasi : Ibu bersedia menjaga kebersihannya
- 4) Pukul 10.24 wib Menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan-makanan yang bergizi untuk memperbaiki tenaga ibu yang keluar saat persalinan.
Evaluasi : Ibu terlihat mengkonsumsi makanan yang bergizi.
- 5) Pukul 10. 26 wib Mengingatkan kembali ibu untuk istirahat tidur yang cukup dan cara mengatasi pola istirahat dan tidur yang kurang karena terganggu oleh bayi yaitu dengan cara ibu ikut tidur pada saat bayi tertidur.

Evaluasi : Ibu mengerti dan ikut tidur disaat bayinya juga tidur.

- 6) Pukul 10.30 wib Memberitahukan kepada ibu tentang pentingnya menggunakan alat kontrasepsi dan menjelaskan jenis-jenis daripada alat kontrasepsi.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui jenis-jenis alat kontrasepsi.

- 7) Pukul 10.35 wib Memberitahukan kepada ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah kembali, tetapi apabila ibu ada keluhan ibu boleh menemui bidan kapan saja.

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan kunjungan ulang apabila ada keluhan.

3. Kunjungan ke III (29-42 hari setelah persalinan)

Tanggal pengkajian : 09 Mei 2019

Pukul : 12.00 WIB

Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

Ibu mengatakan keadaannya baik dan tidak ada keluhan

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Tingkat kesadaran composmentis
- 3) Tanda-Tanda Vital ;
 - a) TD : 110/80 mmHg
 - b) HR : 78 x/menit
 - c) RR : 20 x/menit
 - d) S : 37 °C
- 4) Mata : konjungtiva merah muda, sklera : putih
- 5) Payudara : letak simetris, tidak ada massa atau benjolan abnormal, pengeluaran ASI baik dan banyak.
- 6) Abdomen : tidak ada luka bekas operasi/SC, tidak ada benjolan abnormal

- 7) Ekstremitas : turgor baik, tidak ada edema, tidak ada varises, refleks patela +/+ (aktif).
- 8) TFU : tidak teraba
- 9) Pengeluaran pervaginam : lochea alba dan tidak berbau

c. A : Analisis :

Ibu P3A0 post partum 32 hari dengan nifas normal

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 12.00 wib Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dalam batas normal yaitu : TD : 110/80 mmHg, Nadi : 78 x/i, pernafasan : 20 x/i, Suhu :37°C
Evaluasi : Ibu telah mengetahui keadaannya.
- 2) Pukul 12.05 wib Mengingatkan ibu kembali untuk tetap menjaga kebersihan dirinya
Evaluasi : Ibu telah mengerti dan tetap menjaga kebersihan dirinya.
- 3) Pukul 12.10 wib Mengingatkan kembali tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif untuk memenuhi nutrisi bayinya dan sebagai alat kontrasepsi alami untuk ibu
Evaluasi : Ibu bersedia untuk tetap menyusui bayinya dengan ASI Eksklusif.
- 4) Pukul 12.15 wib Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi untuk memperlancar proses pemulihan ibu.
Evaluasi : Ibu telah mengkonsumsi makanan yang bergizi.
- 5) Pukul 12.17 wib Menjelaskan tentang alat kontrasepsi kepada ibu dan menganjurkan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi.
Evaluasi : Ibu telah mengetahui alat-alat kontrasepsi namun ibu memilih untuk menggunakan kontrasepsi AKDR (Alat kontrasepsi dalam rahim)

D. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

1. Kunjungan I bayi baru lahir

Tanggal : 14 April 2019
Pukul : 13.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan bayinya menghisap ASI
- 2) Ibu mengatakan bayinya sudah BAK dan BAB pada pukul 06.30 wib.
- 3) Ibu mengatakan bayinya tidur dengan baik/tidak rewel.

b. O : Data Objektif :

- 1) KU : Baik, Keadaan Emosional : Stabil
- 2) TTV ; Nadi : 120 x/menit, Respirasi : 40 x/menit, Suhu : 36,7⁰C, Tangisan : Spontan kuat, Warna kulit : Kemerahan seluruh tubuh.
- 3) Antropometri, BB : 3100 gram, PB : 49 cm, Lingkar kepala 33 cm, Lingkar dada : 33 cm, LILA : 12 cm

Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir

Kepala : Tidak ada caput suksedenum, tidak ada cepal hematoma, Ubun-ubun : Tidak ada molase, Sutura teraba dengan jelas.

Mata : Kelopak mata simetris, Sklera : putih jernih, Konjungtiva : merah muda, tidak ada odema.

Hidung : terdapat lobang hidung, pengeluaran dalam batas normal

Telinga : simetris kiri kanan, pengeluaran dalam batas normal

Mulut : tidak ada labio skizis, tidak ada palato skizis, warna kemerahan, dan bersih.

Leher : Tidak ada teraba massa

Dada : Putting susu simetris, tidak ada retraksi dinding dada, warna areola coklat pusat dan puting susu menonjol

Perut : Tidak teraba massa

Tali pusat : Tidak ada tanda-tanda infeksi

Punggung : Tidak ada pembengkakan

Genetalia : Jenis kelamin perempuan, terdapat labia dan klitoris serta lubang vagina

Anus : Terdapat lubang anus

Tulang belakang : Tidak terdapat benjolan

Ekstremitas : Lengkap

Kaki : 5/5

Tangan : 5/5

Pergerakan : Aktif

Reflek :

Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) : aktif

Refleks rooting (mencari puting susu) : aktif

Refleks sucking (menghisap) : aktif

Refleks grasping (menggenggam) : aktif

Refleks tonick neck : aktif

Refleks babinsky : aktif

c. A : Analisis :

Neonatus cukup bulan, usia 1 hari

d. P : Perencanaan :

1) Pukul 13.00 wib Memandikan Bayi

Evaluasi : bayi telah dimandikan

2) Pukul 13.00 wib Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bayi yaitu KU : baik,

Evaluasi : Telah dilakukan pemeriksaan bayi baru lahir dan ibu telah mengetahui keadaan bayinya.

3) Pukul 13. 07 wib Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang mencegah hipotermi pada bayi dengan cara mengganti pakaian yang basah dengan pakaian kering.

Evaluasi : Telah dilakukan pencengahan hipotermi dengan cara mengganti pakaian basah dengan pakaian kering.

- 4) Pukul 13.10 wib Mengingatkan dan menanyakan ibu untuk tentang pemberian nutrisi pada bayi yaitu ASI minimal sekali 2 jam atau on demand.

Evaluasi : Ibu menyusui bayinya setiap 2 jam atau on demand.

- 5) Pukul 13.15 wib Memberikan Pendidikan kesehatan untuk memberi rasa nyaman pada bayi dengan cara mengganti popok/pakaian bila basah/kotor.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui tentang pemberian rasa nyaman pada bayinya jika bayi BAK atau BAB.

- 6) Pukul 13. 18 wib Pendidikan kesehatan untuk merawat tali pusat dengan membungkus tali pusat dengan kassa steri kering.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui cara merawat tali pusat dengan membungkus menggunakan kassa kering.

- 7) Pukul 13.23 wib Memberikan Pendidikan kesehatan tentang tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusu, kejang, diare, kulit dan mata kuning, mata bayi bernanah, bayi merintih dan menangis terus menerus, tali pusat kemerahan, berbau dan bernanah, suhu tubuh $>37,2^{\circ}\text{C}$, warna kulit membiru

Evaluasi : Ibu telah mengetahui tanda bahaya pada bayi baru lahir.

2. Kunjungan ke II Bayi Baru Lahir (3-7 hari)

Tanggal : 18 April 2019
Pukul : 10.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan bayi menetek dengan kuat dan tali pusat sudah lepas pada hari kelima.
- 2) Ibu mengatakan bayinya menyusu lancar kurang lebih 10 x sehari.

3) Ibu mengatakan bayinya BAK 6-8 kali sehari

b. O : Data Objektif :

- 1) Keadaan Umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) BB : 3100 gram
- 4) PB : 49 cm
- 5) Denyut Jantung : 140 x/menit
- 6) Pernafasan : 50 x/menit
- 7) Suhu : 36,7°C
- 8) Tali pusat sudah pupus
- 9) Buang air kecil dan buang air besar lancar
- 10) Tidak ada kelainan/komplikasi pada bayi.

c. A : Analisis :

Neonatus cukup bulan, usia 6 hari

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 10.00 wib Memberitahu keadaan bayi pada ibu, yaitu : KU ; Baik, BB : 3100 gram, PB : 49, Denyut jantung : 140 x/menit, Pernafasan : 50 x/menit, Suhu : 36,7°C, memeriksa tali pusat bayi.

Evaluasi : Ibu dan keluarga telah mengetahui keadaan bayinya dan tali pusat bayi telah putus.

- 2) Pukul 10.03 wib Mengingatkan kembali ibu dan keluarga tentang tanda bahaya pada bayi yaitu : badan bayi kuning, bayi demam tinggi, bayi kurang menyusu, mata bayi bernanah atau bayi kejang.

Evaluasi : Ibu dan keluarga sudah mengetahui tanda-tanda bahaya pada bayi

- 3) Pukul 10.06 wib Menganjurkan ibu dan keluarga supaya menjaga kehangatan tubuh bayi, membedong bayi dengan sarung kering, mengganti pakaian bayi jika basah.

Evaluasi : Ibu dan keluarga bersedia untuk menjaga kehangatan bayi dan mengganti pakaian bayi apabila basah

- 4) Pukul 10.10 wib Mengingat dan menjelaskan kembali tentang pentingnya imunisasi pada bayi.

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui pentingnya imunisasi pada bayi dan bersedia membawa bayinya untuk imunisasi.

- 5) Pukul 10.14 wib Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan paling lama 1 minggu lagi atau apabila ada keluhan pada bayi

Evaluasi : Ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

- 6) Pukul 10.16 wib melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian

3. Kunjungan ke III Bayi Baru Lahir (8-28 hari)

Tanggal : 02 Mei 2019
Pukul : 12.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan bayi masih menyusui dengan kuat
- 2) Ibu mengatakan BAB dan BAK bayinya lancar
- 3) Ibu mengatakan bayi masih diberikan ASI

b. O : Data Objektif :

- 1) KU : Baik
- 2) BB : 3250 gram
- 3) PB : 51 cm
- 4) Nadi : 140 x/menit
- 5) Pernafasan : 40 x/menit
- 6) Suhu : 36°C

c. A : Analisis :

Neonatus cukup bulan dengan usia 25 hari

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 12.00 wib Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu, yaitu Keadaan umum baik, BB : 3250 gram, PB : 51 cm, Nadi : 140 x/menit, Pernafasan : 40 x/menit, Suhu : 36°C

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui keadaan bayinya.

- 2) Pukul 12.07 wib Mengingatkan kembali kepada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya pada bayi yaitu : badan bayi kuning, bayi demam tinggi, bayi kurang menyusu, mata bayi bernanah atau bayi kejang

Evaluasi : Ibu dan keluarga telah mengerti tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir

- 3) Pukul 12.10 wib Menganjurkan ibu dan keluarga supaya menjaga kehangatan tubuh bayi, membedong bayi dengan sarung kering, mengganti pakaian bayi jika basah

Evaluasi : Ibu dan keluarga bersedia untuk menjaga kehangatan bayi dan mengganti pakaian bayi apabila basah

- 4) Pukul 12.13 wib Mengingatkan dan menjelaskan kembali tentang pentingnya imunisasi pada bayi.

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui pentingnya imunisasi pada bayi dan bersedia membawa bayinya untuk imunisasi, jenis dan jadwal imunisasi.

- 5) Pukul 12.16 Wib Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang apabila ada keluhan pada bayi.

Evaluasi : Ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

E. Asuhan kebidanan pada keluarga berencana pada ibu T.M

1. Kunjungan I

Tanggal : 16 Mei 2019
Pukul : 11.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan ingin akseptor KB AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)
- 2) Ibu mengatakan ingin menjarakkan kehamilannya
- 3) Ibu mengatakan ASI lancar

- 4) Ibu mengatakan bahwa suami dan keluarga mendukung pilihan ibu
- 5) Jumlah anak 3, usia anak terakhir 1 bulan
- 6) Ibu mengatakan tidak ada keputihan
- 7) Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit alat kelamin

b. O : Data Objektif :

Keadaan umum baik, Tanda-tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, Pernafasan : 22 x/menit, Suhu : 36°C, payudara tidak bengkak, tidak kemerahan, riwayat penyakit keluarga tidak ada.

c. A : Analisis :

Ibu P3A0 umur 32 tahun calon akseptor KB AKDR

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 11.00 Menginformasikan ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam batas normal.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui keadaannya.

- 2) Pukul 11.05 wib Memberitahukan kepada ibu keuntungan dari kontrasepsi AKDR yaitu:tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatnya kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI , sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.

Evaluasi: ibu telah mengetahui keuntungan dari kontrasepsi AKDR

- 3) Pukul 11.09 wib Menjelaskan kerugian dari alat kontrasepsi AKDR yaitu : perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan, dan haid lebih lama dan lebih banyak.

Evaluasi : Ibu mengetahui kerugian alat kontrasepsi AKDR

- 4) Pukul 11.15 wib Menganjurkan ibu untuk datang tanggal 18 mei pukul 13.00 wib untuk pemasangan KB AKDR

Evaluasi : ibu bersedia datang tanggal 18 mei 2019

- 5) Pukul 11.20 wib Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : telah dilakukan pendokumentasian

2. Kunjungan II

Tanggal : 18 Mei 2019
Pukul : 13.00 WIB
Oleh : Dewi Murni Siagian

a. S : Data Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan ingin akseptor KB AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)
- 2) Ibu mengatakan ingin menjarakkan kehamilannya
- 3) Ibu mengatakan ASI lancar
- 4) Ibu mengatakan bahwa suami dan keluarga mendukung pilihan ibu
- 5) Jumlah anak 3, usia anak terakhir 1 bulan
- 6) Ibu mengatakan tidak ada keputihan
- 7) Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit alat kelamin

b. O : Data Objektif :

Keadaan umum baik, Tanda-tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, Pernafasan : 22 x/menit, Suhu : 36°C, payudara tidak bengkak, tidak kemerahan, riwayat penyakit keluarga tidak ada.

c. A : Analisis :

Ibu P3A0 umur 32 tahun calon akseptor KB AKDR

d. P : Perencanaan :

- 1) Pukul 13.00 Menginformasikan ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam batas normal.

Evaluasi : Ibu telah mengetahui keadaannya

- 2) Pukul 13.15 wib Mempersiapkan alat-alat yang akan digunakan yaitu: pemasangan AKDR dengan menggunakan alat kontrasepsi Cooper T 380 A, tabung insekter, spekulum, sonde uterus, oval klem, antiseptik, kapas, serta air DTT.

Evaluasi : Alat-aat telah dipersiapkan

- 3) Pukul 13.20 wib Menjelaskan tindakan pemasangan Kb yang akan dilakukan yaitu dengan membersihkan bagian alat kelamin terlebih dahulu kemudian memasang spekulum secara hati-hati serta memeriksa bagian porsio ibu apakah porsio ibu normal dan menilai apakah ad keputihan dll, mengusap bagian porsio menggunakan kapas yang dilumuri dengan antiseptik setelah itu mengukur porsio menggunakan sonde uterus, kemudian memasukkan tabung insekter yang berisi Cooper T 380 A kedalam porsio secara hati-hati, setelah pemasangan berhasil melakukan penggungtingan benang cooper T 380 A sekitar 3-5 cm.

Evaluasi : Cooper T 380 A telah terpasangkan

- 4) Pukul 13.30 wib Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu yaitu: tidak boleh melakukan senggama 7 hari setelah pemasangan AKDR, tetap menjaga kebersihan dari alat kelamin.

Evaluasi : ibu telah mengerti atasa pendidikan kesehatan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan.

- 5) Pukul 13.37 wib Menganjurkan kepada ibu untuk kunjungan ulang apabila ada keluhan yang dirasakan

Evaluasi : ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam studi kasus ini penulis akan membahas tentang asuhan kebidanan yang diberikan pada Ibu T.M mulai dari masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB yang dilaksanakan dari usia kehamilan Trimester III yaitu 36 minggu sampai dengan 4 minggu postpartum serta sampai pemasangan alat kontrasepsi yang dimulai Maret sampai dengan Mei 2019 di Puskesmas Sitadatada Kabupaten Tapanuli Utara.

Pada pembahasan ini berisi mengenai kasus kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir yang normal. Penulis akan membahas dengan membandingkan antara teori dengan praktek dilapangan. Untuk lebih sistematis maka penulis membuat pembahasan dengan mengacu pada pendekatan Asuhan Kebidanan, pengambilan data, menyimpulkan data, menganalisa data dan melakukan penatalaksanaan asuhan sesuai dengan asuhan Kebidanan.

A. Kehamilan

Pada tanggal 10 Maret 2019, penulis bertemu dengan Ibu T.M sebagai objek untuk pengambilan studi kasus yang sedang berkunjung ANC di Puskesmas Sitadatada

Ibu melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan ini, yang terdiri dari satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester ke II, dan dua kali pada trimester ke III. Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan pada Ibu T.M yaitu Timbang berat badan, Ukur tekanan darah, Nilai status gizi buruk (LILA), Ukur tinggi fundus uteri, Penentuan letak janin dan DJJ, pemberian Tetanus toxoid lengkap, pemberian Tablet besi minimal 90 tablet selama masa kehamilan, Tes laboratorium, Temu wicara dan konseling. Adapun Tatalaksana dan Pengobatan yang tidak dilakukan karena ibu tidak memiliki masalah pada kehamilannya.

Status gizi pada ibu hamil sangat berdampak pada keadaan janin, Kenaikan berat badan ibu hamil normalnya bertambah 0,5 kg per minggu atau 6,5 kg sampai 16 kg selama kehamilan. Dan ukuran Lila normal adalah

≥ 23,5 cm. Pertambahan berat badan Ibu T.M selama masa kehamilan mengalami kenaikan 11,2 kg, dan ukuran LILA Ibu T.M 27 cm, berdasarkan hasil yang diperoleh tersebut normal, serta penulis tidak menemukan kesenjangan anatar teori dan praktik yang telah dilakukan

Tekanan darah normal antara 110/70 mmHg sampai 120/80 mmHg, berdasarkan hasil pemeriksaan tekanan darah Ibu T.M tidak ada kesenjangan dengan teori yaitu 110/70 mmHg.

Pada saat kunjungan ANC didapatkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) pada Ibu T.M adalah 30 cm, sedangkan pada kunjungan kedua saat usia kehamilan 36-38 minggu terjadi penambahan didapatkan TFU 30,5 cm dan pada kunjungan ke III TFU 31,3 cm. Hal ini menyatakan dari TFU yang telah didapatkan penulis dalam batas normal sesuai dengan usia kehamilan, dan penulis mengkaitkan Tinggi fundus uteri ibu dengan TBBJ dan dari hasil yang telah penulis dapatkan TBBJ dapat dihitung dari penelitian Jhonson Thousack yaitu : $31,3 - 11 \times 155$ yaitu 3100 gram hal ini tidak terjadi kesenjangan dengan teori, dengan alasan normal.

Normal DJJ (Denyut Jantung Janin) berkisar antara 120-160x/i. Pemeriksaan DJJ pada kunjungan I 131x/i dan kunjungan ke II adalah 140x/i, hal ini sesuai dengan teori.

Pemberian Imunisasi TT harus minimal 5 kali. TT1 langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus, TT 2 di berikan 1 bulan setelah TT1, TT3 di berikan 6 bulan setelah TT2. TT4 diberikan 12 bulan setelah TT3 dan TT5 diberikan 12 bulan setelah TT4. Hal ini menyatakan terjadi kesenjangan dengan teori, dengan alasan pasien tidak memahami imunisasi TT pada saat kehamilan.

Tablet penambah darah dapat diberikan setelah rasa mual hilang yaitu satu tablet sehari. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat 500 mg, minimal 90 tablet selama kehamilan. Sesuai dengan pemberian tablet Fe yaitu pada trimester ke II Ibu T.M sudah mendapatkan tablet zat besi sebanyak ± 70 dan pada trimester ke III Ibu T.M mendapatkan 20 tablet.

Pemeriksaan kadar HB (haemoglobin) Ibu T.M yaitu 11 gr%. Ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar haemoglobin (HB) dalam darahnya kurang dari 11 gr %. Dari hasil pemeriksaan kadar HB Ibu T.M normal sesuai dengan teori.

Berdasarkan data-data terkumpul dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan secara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi tidak ada ditemukan masalah namun dengan demikian pada kehamilan trimester I ibu tidak langsung datang kepetugas kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya dan tidak melakukan pemeriksaan protein urin dan glukosa urin tidak dilakukan dikarena tidak ketersediaan alat maka terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek tetapi dalam kehamilan ini sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti protein urin, glukosa urin, serta cek haemoglobin .

B. Persalinan

Pada anamnesa ini yang dilakukan Ibu T.M pada tanggal 13 April 2019 didapatkan keluhan yaitu mules-mules sejak pukul 12.00 wib dan sudah ada tanda keluar lendir bercampur darah mulai pukul 15.00 WIB. Mules-mules yang dirasakan ibu semakin sering dan kuat sejak 12..00 WIB ibu mengatakan pergerakan janin semakin kuat dan aktif. Dilakukan pemeriksaan umum dan fisik dalam batas normal, pemeriksaan dalam yang hasilnya vulva vagina tidak ada kelainan, portio tipis dan lunak, pembukaan 8 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan di Hodge II dan III.

Kala I yang normal adalah pembukaan yang semakin bertambah sesuai dengan kontraksi yang semakin kuat serta durasi yang semakin lama. Pemantauan persalinan dengan menggunakan partograf yang dilakukan pada Ibu T.M tidak melewati garis waspada, berlangsung 11 jam dihitung dari mulai ibu merasakan mules-mules sampai pembukaan lengkap yaitu mulai jam 12.00 wib sampai 23.00 wib.

Kala II pada Ibu T.M berlangsung 31 menit dari sejak pembukaan lengkap pukul 23.00 wib, dijj dipantau dan bayi lahir spontan 23.31 wib, Setelah kepala lahir kemudian memeriksa lilitan tali pusat, membersihkan

jalan nafas dan bayi lahir lakukan penilaian sepintas pada bayi segera dikeringkan dan diletakkan diatas perut ibu untuk melakukan IMD. Pada bayi Ibu T.M dilakukan membersihkan jalan nafas, memeriksa lilitan tali pusat, dan pada persalinan ini penulis mendapatkan adanya lilitan tali pusat pada leher bayi, namun lilitan tali pusat tersebut longgar dan dilepaskan dari atas kepala bayi, membersihkan jalan nafas dan bayi lahir lakukan penilaian sepintas pada bayi melakukan sangga susur yaitu yang berfungsi untuk menahan bayi agar tidak terjatuh karena gerakan tiba-tiba dan IMD tidak dilakukan karena keadaan cuaca adapun keuntungan IMD yaitu membantu pengendalian suhu tubuh bayi dan mencegah infeksi dan mempererat hubungan ibu dan bayi. Maka terdapat kesenjangan antara praktek dengan teori mengenai IMD pada bayi, seharusnya IMD wajib dilakukan saat bayi lahir tetapi penulis tidak melakukan IMD dikarenakan karena keadaan cuaca pada dini hari.

Pada kala III setelah bayi baru lahir dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU di 1/3 distal lateral paha kanan, setelah di cek tidak ada bayi kedua. Penulis Tidak mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan. Plasenta dilahirkan dengan melaksanakan manajemen aktif kala III yaitu dengan pemeriksaan bayi kedua, melakukan PTT dan masase uterus. Plasenta lahir setelah 10 menit sesudah bayi lahir. Selama kala III tidak ditemukan penyulit dan plasenta lahir normal, serta penulis melakukan dorsokranial yang bertujuan untuk mencegah terjadinya inversio uteri

Kala IV merupakan pengawasan post partum, yang dilakukan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau perdarahan, TTV, kontraksi, TFU, dan kandung kemih, pada 1 jam pertama pemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali, pada 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali. Observasi kala IV pada ibu T.M yaitu TTV dalam batas normal yaitu 120/80 mmHg, Suhu 36,7⁰C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong, lochea rubra, pengeluaran darah selama proses persalinan yaitu pada kala I ± 20 cc, kala II ± 100 cc, kala III ± 100 cc, kala IV ± 70 cc, jumlah pengeluaran darah yang dialami yaitu ± 290 cc. Dari hasil observasi yang telah dilakukan tidak terjadi kesenjangan teori

dengan praktek. Pada pemantauan saat persalinan yang dilakukan melalui partograf tidak melewati garis waspada tidak ada perdarahan pada pervaginam, telah diberikan Vit K, dan 2 jam berikutnya pemberian HB0, pemeriksaan fisik pada bayi tidak dilakukan maka terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek.

C. Nifas

Berdasarkan anamnesa didapatkan hasil bahwa ibu masih merasakan mules. Hal ini bersifat fisiologis karena pada saat ini uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Varney, 2008).

Kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencengah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang mungkin terjadi pada 6 jam-3 hari post partum, 4-28 hari post partum, 29-42 hari post partum. Kunjungan I, 6 jam-3 hari post partum pada ibu T.M tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, kandung kemih kosong, pengeluaran lochea rubra, semua hasil pemantauan tidak ada kelainan dan tidak terjadi perdarahan post partum. Kunjungan II, 4-28 hari post partum adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan pada ibu T.M adalah TFU pertengahan antara pusat dengan symphysis, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, pengeluaran lochea serosa berwarna kuning kecoklatan, bau khas, konsistensi cair, pengeluaran ASI lancar, ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayi. Pada pemeriksaan ekstremitas kaki ibu tidak bengkak.

Kunjungan III, 29-42 hari post partum adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat yang cukup, dan memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik.(Sulistiywati, 2012). Hasil pemeriksaan pada ibu T.M adalah TFU pada 29-42 hari post partum sudah tidak teraba lagi dan pengeluaran lochea Alba, berwarna bening seperti lendir keputihan, dan ibu istirahat dengan cukup, pengeluaran ASI lancar,

ibu menyusui bayinya dengan baik dan sesuai dengan kebutuhan bayinya. Ada masalah yaitu tidak dilakukan pemeriksaan HB0, pemeriksaan pada tungkai, pemberian tablet fe

D. Bayi baru lahir

Bayi ibu T.M lahir cukup bulan masa gestasi 40 minggu, lahir spontan pukul 23.31 wib, tidak ditemukan adanya masalah, menangis spontan, kuat, tonus otot positif (+) warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan. Selama pemeriksaan pada masa nifas tidak dijumpai kelainan

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir yaitu menjaga kehangatan, bersihkan jalan nafas, keringkan, klem, potong, dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, melakukan Inisiasi Menyusui Dini dengan cara kontak kulit bayi dengan ibu, suntikan vitamin Neo K 1mg/0,5 cc intramuscular di 1/3 pada bagian luar sebelah kiri anterolateral 1 jam setelah persalinan, dan memberikan imunisasi HB0 2 jam setelah persalinan serta dilakukan penilaian selintas, dari hal tersebut penulis tidak mendapatkan kesenjangan antar praktek dan teori untuk pemberian asuhan pada bayi baru lahir.

Kunjungan I 2-6 jam adalah menjaga kehangatan, membersihkan jalan nafas, mengeringkan tetap dengan menjaga kehangatan bayi, menjepit dan memotong tali pusat, menimbang BB bayi, pemberian suntikan Vit Neo K 1mg/0,5 cc dan 1 jam setelah itu pemberian imunisasi HB0 serta melakukan IMD selama 1 jam (Varney, 2007). Dalam asuhan yang diberikan penulis Terdapat kesenjangan karena pemberian salep mata tidak dilakukan, IMD tidak dilakukan karena kondisi dan cuaca pada dini hari.

Kunjungan II, 3-7 hari hasil pemantauan keadaan bayi dalam batas normal tidak ditemukan masalah atau komplikasi keadaan bayi baik, BAK/BAB, tali pusat, tidur, kebersihan kulit, mengugatkan ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif pada bayinya serta menjaga kehangatan tubuh bayinya sesuai dengan pemeriksaan yang dilakukan pada bayi yaitu tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayinya dan tali pusat telah pupus di hari ke lima, dan berat badan bayi telah bertambah dari 3100 gram menjadi 3250 gram, bayi tampak cukup tidur, kulit bayi bersih dan ibu tetap

menjalankan program ASI eksklusif. Dalam kunjungan ini dilakukan penimbangan berat badan pada bayi maka penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan praktek.

Kunjungan III, 8-28 hari hasil pemantauan keadaan bayi dalam keadaan normal, tidak ada ikterus atau kuning, bayi mengkonsumsi ASI sesuai dengan kebutuhan dan tidak melakukan penimbangan berat badan tetapi penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

E. KB (Keluarga Berencana)

Pada kunjungan mulai dari asuhan masa hamil, asuhan masa nifas, penulis menganjurkan ibu T.M untuk ber-KB. Penulis telah menjelaskan jenis dan macam, serta fungsi, indikasi dan kontraindikasi dari setiap jenis KB. Dari penjelasan yang diberikan penulis maka ibu T.M memilih untuk menjadi akseptor KB AKDR dengan jenis Cooper T 380 A, pada tanggal 18 Mei 2019 penulis telah memasang KB AKDR jenis Cooper T 380 A kepada ibu, dan penulis memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu untuk tetap menjaga kenyamanan dari pemakaian alat kontrasepsi AKDR jenis Cooper T 380 A, penulis juga menyarankan untuk tidak melakukan hubungan senggama 3-7 hari setelah pemasangan KB AKDR jenis Cooper T 380 A, serta menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 7 hari setelah pemasangan dan setiap ada keluhan yang dialami ibu dan penulis juga menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama bagian alat kelamin, dari hasil pemasangan KB AKDR jenis Cooper T 380 A, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek yang telah dilakukan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis telah melakukan asuhan kebidanan dengan cara pendekatan komprehensif pada ibu T.M dengan melakukan pemeriksaan kehamilan dari mulai ujung kepala sampai ujung kaki atau secara head to toe, melakukan pengumpulan data secara alur pikir bidan Varney dan melakukan pendokumentasian dengan SOAP. Pada kasus ini telah dilakukan pemeriksaan kehamilan 3 kali, pertolongan persalinan, BBL 3 kali, nifas 3 kali, dan memberikan konseling mengenai KB. Maka dapat disimpulkan :

1. Asuhan antenatal yang diberikan kepada ibu T.M mulai 10 maret sampai berakhirnya kehamilan dilakukan secara komprehensif meliputi pengkajian, penengakan diagnosa, perencanaan dan pelaksanaan asuhan sesuai kebutuhan klien. Kunjungan kehamilan dilakukan sebanyak 3 kali selama kehamilan.
2. Asuhan intranatal dari kala I sampai IV dilakukan sesuai dengan asuhan persalinan normal pada tanggal 13 April 2019, dilakukan secara komprehensif meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan dan pelaksanaan asuhan namun terdapat beberapa kesenjangan dalam melakukan asuhan dikarenakan keadaan. Bayi lahir tanpa ditemukan adanya penyulit. Dilakukan dengan baik namun ada yang dilangkahi terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek
3. Asuhan kebidanan pada ibu nifas dilakukan sebanyak 3 kali dengan tujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, mencengah dan mendeteksi adanya komplikasi. Pada saat kunjungan nifas tidak dilakukan pemeriksaan haemoglobin (Hb) maka terjadi kesenjangan antara teori dengan lahan praktek
4. Asuhan bayi baru lahir yang dilanjutkan dengan asuhan kebidanan tidak ditemukan komplikasi, telah dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali dan tidak ditemukan penyulit da bayi telah mendapatkan Vit K dan imunisasi HB0.

5. Asuhan kebidanan akseptor KB AKDR jenis Cooper T 380 A dan konseling KB telah dilakukan pada ibu T.M pada tanggal 16 Mei 2019 dan telah dilakukan pemasangan KB AKDR jenis Cooper T 380 A pada tanggal 18 Mei 2019
6. Asuhan kebidanan yang dilakukan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana telah didokumentasikan

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas sesuai dengan visi dan misi institusi. Dan sebelum melaksanakan kolaborasi dengan bidan sebagai lahan praktek terlebih dahulu membuat kontrak bahwa asuhan yang akan dilakukan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan. Supaya mahasiswa di haruskan untuk melengkapi alat pemeriksaan sederhana seperti pemeriksaan alat lab sederhana.

2. Bagi Lahan Praktek

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

3. Bagi Klien

Diharapkan klien memiliki kesadaran untuk selalu melakukan pemeriksaan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga klien akan merasa lebih yakin dan nyaman karena klien dapat mengetahui gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB dengan melakukan pemeriksaan rutin ke tenaga kesehatan. Diharapkan dapat memilih alat kontrasepsi untuk menjarakkan kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak Demilk and Jansen. 2005. **Buku Ajar Keperawatan Maternitas**. EGC: Jakarta.
- Cunningham. 2014. **Obstetri Williamas**. Ed. Duapuluhtiga. Penerbit Buku Kedokteran. EGC: Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. 2017. **Profil Kesehatan Sumatera Utara**.
- Dinas Kesehatan Tapanuli Utara. 2017. **Profil Kesehatan Tapanuli Utara**.
- Indrayani. 2013. **Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir/Djami** MEU: Jakarta. Tim.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. **Profil Kesehatan Indonesia**. Jakarta.
- Manuaba, dkk. 2010. **Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan keluarga Berencana. Ed. Kedua**. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Medforth, Janet. 2012. **Kebidanan Oxford dari Bidan Untuk Bidan**. Penerbit buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Mochtar, Rustam. 2012. **Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi**. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Myles. 2009. **Buku Ajar Bidan**. Yayasan Bina Pustaka. EGC: Jakarta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. **Ilmu Kebidanan**. Ed. Keempat. YayasanBina Pustaka EGC: Jakarta.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2010. **Buku Pnduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal**. Yayasan Bina Pustaka : Jakarta.
- Varney, Helen dkk. 2007. **Buku Ajar Asuhan Kebidanan**. Ed. Keempat Volume Satu. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.



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



Tarutung, 14 Maret 2019

no : DM.10.01/00/01.01/11/III/2019
Perihal : Permohonan Izin Subjek Asuhan Dalam
Penulisan LTA Pada Mahasiswa Tingkat III
Kebidanan Tarutung T.A. 2018/2019

Ka. PKM. _____
Pembab Tapanuli Utara
Di
Tempat

Dengan hormat,

1. Sehubungan dengan penulisan Laporan Tugas Akhir pada mahasiswa Tingkat III Semester VI T.A. 2018/2019 Program Studi DIII Kebidanan Tarutung, dengan target pencapaian adalah untuk memberikan asuhan kebidanan komprehensif sebagai salah satu syarat kelulusan Program Studi Diploma III Kebidanan.
2. Bahwa asuhan kebidanan komprehensif yang dimaksud adalah pemberian asuhan kebidanan pada ibu dimulai dari masa kehamilan trimester III, masa persalinan, masa nifas, bayi baru lahir hingga pelayanan KB, dengan bimbingan dari CI dan dosen Pembimbing.
3. Bersama ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu Ka. Puskesmas untuk memberikan izin pada :

Nama : Dewi Murni Siagian
NPM : 16.1517
Tingkat : III
Semester : VI (enam)

4. Pelaksanaan kegiatan ini bersamaan dengan pelaksanaan praktek PKK III yang telah kami sampaikan sebelumnya.
5. Demikian surat ini disampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

An. Ka. Prodi D III Kebidanan Tarutung
Poltekkes Kemenkes Medan
Koord. Bidang Akademik

Ganda Agustina Simbolon, SST., M.Keb
NIP. 19810808 200312 2 006





PEMERINTAH KABUPATEN TAPANULI UTARA
KABUPATEN TAPANULI UTARA
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS SITADATADA
KECAMATAN SIPOHOLON



Jl. Puskesmas No. 11-Perumnas Pagar Beringin-Desa Pagarbatu

: 800 / 046.2/13.1.1 /III/ 2019

: Penting

: -

: Permohonan Izin Subjek Asuhan Dalam Penulisan
LTA Pada Mahasiswa Tingkat III Kebidanan
Tarutung T.A 2018/2019

Sitadatada, 15 Maret 2019

Kepada yth.:

Ka. Prodi D III Kebidanan

Tarutung Poltekkes Kemenkes

Medan

Di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor: DM.10.01/00/01.01/27.I/III/2019 tanggal 14 Maret 2019, perihal tersebut diatas, maka dengan ini kami memberikan izin kepada mahasiswa:

Nama : Dewi Murni Siagian

NIM : 16.1517

Jenis Kelamin : Perempuan

Tingkat /Semester : III/VI

Untuk melakukan pencarian subjek asuhan dalam penulisan LTA bersamaan dengan pelaksanaan praktek PKK III dengan mengikuti peraturan dan ketentuan yang berlaku di Puskesmas Sitadatada

Demikian surat ini kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

KA. UPT PUSKESMAS SITADATADA
KECAMATAN SIPOHOLON


HENNY M. A. HUTASOIT, SKM, M.KES
NIP. 19750116 200604 2 002



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN 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



SURAT PERSETUJUAN PEMBERIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
(INFORMED CONSENT)

PMB/POSKESDES/PUSKESMAS/RS : Puskesmas
ALAMAT : Jln. Gereja
TELP/NO.HP :
NOMOR REGISTER :

PERSETUJUAN PEMBERIAN ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN, PERTOLONGAN
PERSALINAN, ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN LAYANAN
KB

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

NAMA IBU : Tina Manalu
UMUR : 32 thn
AGAMA : Kristen Protestan
PEKERJAAN : Petani
ALAMAT : Hutanjaya, kec. Sipoholon
TELP/HP : 0852 6095 5370

Menyatakan bersedia menjadi subjek dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Tingkat III
Semester VI Prodi D-III Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan :

Nama Mahasiswa : Dewi Murni Saguar
NPM : 161617

Setelah mendapat penjelasan tentang pemberian asuhan kebidanan komprehensif yang diberikan mulai asuhan kebidanan kehamilan trimester III berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium sederhana (cek Hb, protein urine, urin reduksi), pertolongan persalinan dengan 60 langkah APN, asuhan kebidanan pada ibu nifas (pemeriksaan fisik), asuhan kebidanan pada bayi baru lahir (pemeriksaan fisik dan pemberian imunisasi) dan pemberian asuhan kebidanan keluarga berencana (konseling dan pemberian tindakan alat kontrasepsi). Pada saat pemberian asuhan kebidanan dan pemberian tindakan kebidanan, adanya pengambilan foto dan video terhadap subjek. Foto dan video yang diambil tidak untuk disebarluaskan baik di media massa, media elektronik maupun media social tetapi hanya digunakan untuk kepentingan Laporan Tugas Akhir (LTA).

Setelah mendapat penjelasan tentang seluruh pemberian asuhan kebidanan yang telah disebutkan di atas dan tentang pengambilan foto dan video, maka saya menyatakan bersedia menjadi

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

SRI
Jl. Jamin Ginting Km. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos 20136
Telepon: 061-8368633 Fax: 061-8368644
email : kepk.poltekkesmedan@gmail.com



PERSETUJUAN KEPK TENTANG
PELAKSANAAN PENELITIAN BIDANG KESEHATAN
Nomor: 01.424/KEPK/POLTEKKES KEMENKES MEDAN 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

“Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu T.M Masa Hamil Trimesterke III, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan KB Di Wilayah Kerja Puskesmas Sitada Tada Kecamatan Sipoholon Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019”

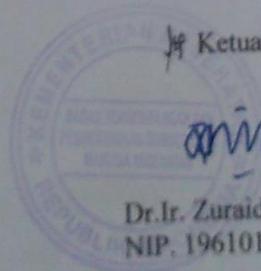
Yang menggunakan manusia dan hewan sebagai subjek penelitian dengan ketua Pelaksana/
Peneliti Utama : **Dewi Murni Siagian**
Dari Institusi : **Prodi DIII Kebidanan Tarutung Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan**

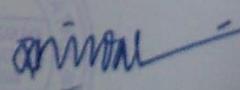
Dapat disetujui pelaksanaannya dengan syarat :
Tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian kebidanan.
Melaporkan jika ada amandemen protokol penelitian.
Melaporkan penyimpangan/ pelanggaran terhadap protokol penelitian.
Melaporkan secara periodik perkembangan penelitian dan laporan akhir.
Melaporkan kejadian yang tidak diinginkan.

Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimal selama 1 (satu) tahun.

Medan, Mei 2019
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Medan

Ketua,




Dr. Ir. Zuraidah Nasution, M.Kes
NIP. 196101101989102001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN 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



KARTU BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Dewi Murni Siagian

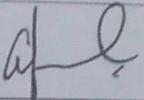
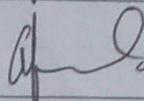
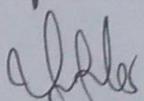
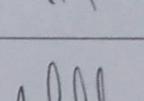
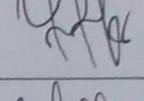
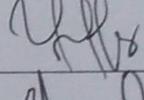
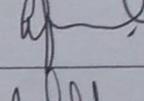
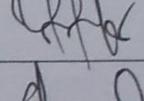
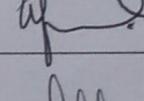
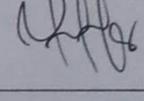
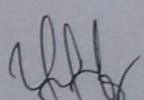
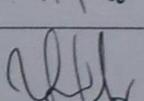
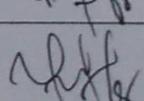
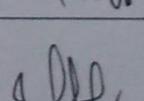
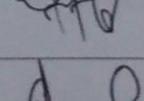
NIM : 16.1517

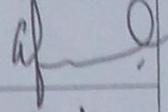
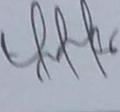
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu T.M dari hamil
 Sampai dengan masa nifas di Puskesmas Sitadada,
 Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019

Pembimbing I : Ganda Agustina Simbolon, SST, M.Keb

Pembimbing II : Urhuhe Dena Siburian, SKM, M.Kes

NO	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Nama Dosen	Paraf
1	11 Januari 2019	Bimbingan proposal LTA BAB I	Urhuhe D Siburian, SKM, M. Kes	
2	17 Januari 2019	Bimbingan proposal LTA penulisan sampul dan kata pengantar	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
3	26 Februari 2019	Bimbingan LTA penulisan BAB I	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
4	01 Maret 2019	Penulian LTA BAB I	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
5	04 Maret 2019	Bimbingan kontrak pasien	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
6	04 Maret 2019	Bimbingan mengenai asuhan yang akan diberikan dan dilakukan pada subjek asuhan	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
7	08 Maret 2019	Bimbingan penulisan BAB III (asuhan kehamilan)	Ganda Agustina, SST, M.Keb	

8	12 Maret 2019	Bimbingan asuhan BAB III	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
9	20 Maret 2019	Bimbingan perbaikan BAB III	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
10	21 Maret 2019	Bimbingan LTA dalam penulisan BAB II dan BAB III	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
11	26 Maret 2019	Bimbingan LTA dalam penyelesaian BAB I, BAB II, dan BAB III	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
12	28 Maret 2019	Bimbingan LTA penulisan BAB III	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
13	29 Maret 2019	Bimbingan perbaikan ujian proposal BAB II dan BAB III	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
14	26 April 2019	Bimbingan LTA (perbaikan ujian proposal pada BAB III	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
15	23 Mei 2019	Bimbingan LTA BAB IV dan BAB V	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
16	08 Juli 2019	Bimbingan LTA ukuran kertas pada BAB IV, dan BAB V	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
17	12 Juli 2019	Bimbingan perbaikan BAB I, II dan III dan penulisan yang benar	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
18	17 Juli 2019	Bimbingan penulisan daftar pustaka yang benar	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
19	22 Juli 2019	Bimbingan LTA penulisan kata pengantar	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
20	24 Juli 2019	Bimbingan LTA penulisan daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
21	22 Juli 2019	Bimbingan perbaikan BAB III, IV, dan V	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
22	24 Juli 2019	Bimbingan LTA BAB IV	Ganda Agustina, SST, M.Keb	

23	26 Juli 2019	Bimbingan BAB IV dan BAB V serta penulisan daftar pustaka	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
24	31 Juli 201	Bimbingan LTA penulisan paragraf serta ACC LTA	Ganda Agustina, SST, M.Keb	
25	02 Agustus 2019	Bimbingan Penulisan pada sampul halaman depan dan halaman belakang	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	
26	06 Agustus 2019	Bimbingan penulisan lembar persetujuan dan lembar pengesahan serta ACC LTA	Urhuhe D Siburian, SKM, M.Kes	