

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada hasil studi kasus ini penulis menyajikan pembahasan dengan membandingkan antara teori dengan asuhan yang diterapkan pada Ny. A mulai dari kehamilan TM III sampai dengan perencanaan penggunaan kontrasepsi. Berdasarkan hasil studi kasus Ny."A" yang dilaksanakan mulai dari tanggal 23 November 2020 sampai tanggal 18 Desember 2020, yaitu dari usia kehamilan 38 minggu 6 hari sampai perencanaan penggunaan kontrasepsi, penulis melakukan pembahasan yang menghubungkan antara teori dengan kasus yang dialami oleh Ny. "A"

4.1. Asuhan kehamilan

Pada kunjungan pertama dilakukan pengkajian yang mendalam untuk mendapatkan data dan riwayat lengkap dari ibu, namun tetap dengan pendokumentasian. Pada saat kunjungan didapatkan data berupa ibu terakhir menstruasi tanggal 01-03-2020. Pada saat kunjungan pertama didapatkan hasil pemeriksaan ibu hamil meliputi identitas ibu hamil dan suami, keluhan yang dirasakan, serta melakukan pemeriksaan 14T (Hana dkk, 2010). Pada pemeriksaan fisik didapatkan data Tekanan Darah 160/90 mmHg, Tinggi badan 155 cm, Berat Badan 59 kg, LILA 25 cm, TFU Pertengahan *px dan pusat*, DJJ janin 147x/menit regular, serta pemeriksaan penunjang didapatkan hasil Hb 11 g/dl, HbsAg non reaktif, HIV non reaktif, Sifilis non reaktif, Albumin urin negatif, Reduksi urin negatif. Kemudian dilakukan pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, dan auskultasi serta pemeriksaan penunjang yaitu berupa skrining ibu hamil menggunakan KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati). Kehamilan dengan hipertensi termasuk ke dalam kehamilan resiko tinggi, berdasarkan Kartu Score Poedji Rochyati, pada kasus pada Ny "A" didapatkan hasil KSPR yaitu 6, masuk kedalam penggolongan Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) yang dapat ditolong oleh bidan atau dokter serta dapat ditolong difasilitas kesehatan seperti polindes, puskesmas atau rumah sakit. (Poedji Rochjati(2014)). Dari pemeriksaan ANC yang telah dilakukan ibu mengalami hipertensi kronis karena ibu mengalami hipertensi turunan dari sang ayah yang dialami sejak sebelum kehamilan anak ke2 ini. Dari pemeriksaan ANC tidak terdapat masalah serius dari anamnesa saat pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang yang telah ditemukan.

Menurut (Leeman et al., 2016) Hipertensi kronis pada kehamilan adalah hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) yang telah ada sebelum kehamilan. Menurut (Prawirohardjo, 2010) ibu hamil dengan hipertensi kronik ialah bila didapatkan hipertensi yang telah timbul sebelum kehamilan atau timbul hipertensi < 20 minggu umur kehamilan. Ciri-ciri

hipertensi kronik: umur ibu relatif tua diatas 35 tahun, tekanan darah sangat tinggi, dan menurut (Romauli S, 2011) pada anamnesa ibu biasanya mengeluh nyeri kepala, gangguan penglihatan dan pada pemeriksaan penunjang protein urine (-). Pada kasus ini didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kasus Ny "A" diberikan penatalaksanaan yang sesuai dengan teori mulai dari menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Menganjurkan ibu untuk banyak istirahat yang cukup. Memberi KIE pola nutrisi pada ibu. Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan. Menimbang setiap ibu periksa. Mengawaji keadaan janin dengan cara kolaborasi dengan dr SpOG untuk USG dan pemberian obat antihipertensi. Dan melakukan kunjungan 1 minggu sekali ataupun sewaktu-waktu untuk mendeteksi dini ada kelainan dalam kehamilan. Menurut (Rukiyah YA, 2010) penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada ibu hamil yang mengalami hipertensi adalah dengan menginformasikan hasil pemeriksaan. Menganjurkan ibu banyak istirahat. Menganjurkan ibu untuk diet nutrisi, memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan, mencegah penamahan berat badan yang agresif, mengawasi keadaan janin, pemakaian obat antihipertensi sesuai advis dokter, dan melakukan kunjungan untuk memantau kesehatan ibu dan janin.

Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada ibu, dapat terlaksana dengan baik. Berdasarkan dari hasil data yang ada semua masih dalam batas normal, tidak ditemukan adanya komplikasi atau masalah dalam kehamilan, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

4.2. Asuhan persalinan

Kala I pada kasus ini didasari dengan adanya keluarnya cairan ketuban mulai jam 08.30 WIB pada tanggal 03-12-2020, datang ke bidan 08.20 WIB. Pada saat pemeriksaan frekuensi mules 4 kali dalam 10 menit dan lamanya 40 detik. Pada pemeriksaan dalam ditemukan, vulva vagina: lender (+) darah (+), pembukaan 7 cm, effacement 75%, ketuban utuh, presentasi kepala, moulage tidak teraba, bagian kecil disekitar kepala (-), penurunan kepala di Hodge III-IV, DJJ:147x/mnt, TBJ: (29-11)x155= 2.790 gram. Kala I pada ibu berlangsung 30 menit, menurut Sulistyawati, (2013).

Waktu persalinan untuk hipertensi kronik

- a) Tekanan darah < 160/110 mmHg dengan atau tanpa obat anti hipertensi tidak diperbolehkan melakukan persalinan sebelum 37 minggu kehamilan.
- b) Tekanan darah < 160/110 mmHg dengan atau tanpa obat anti hipertensi setelah 37 minggu melakukan konsultasi mengenai hari persalinan.

c) dapat dilakukan setelah kortikosteroids selesai.

Menurut Sulistyawati, (2013). dimana berdasarkan Kurve Friedman perhitungan pembukaan primigravida 1 jam 1 cm, dan multigravida 2 cm per 1 jam. Merupakan waktu untuk pembukaan servik sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm, dalam kasus Ny. "A" tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ada.

Asuhan sayang ibu : pada kasus Ny. "A", penulis memberikan asuhan sayang ibu dengan tujuan untuk memberi rasa nyaman dapat mengurangi kecemasan dan juga rasa sakit yang dialami oleh ibu. Asuhan yang diberikan yaitu : memberikan dukungan terus menerus kepada ibu, menjaga kebersihan diri, mengipasi dan massase agar menambah kenyamanan ibu, mengajak suami atau ibu mendampingi untuk memijat atau mengusap keringat, mengatur posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong dan menjejarkan teknik relaksasi kepada ibu saat ada kontraksi dengan tujuan mengurangi rasa sakit akibat kontraksi dan mengupayakan aliran oksigen ke janin tidak terganggu.

Pada pukul 09.00 WIB Ny. "A" Kala II berlangsung 20 menit, his yang adekuat dan cara mengejan ibu sudah benar mempercepat proses kala II. Karena dipengaruhi oleh faktor *power*, *passage*, serta *passenger* yang baik. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

Menurut Sulistyawati (2013) *Power* yaitu berasal dari his serta tenaga mengejan ibu yang baik, karena ini merupakan persalinan ketiga. *Passage* yaitu jalan lahir yang meliputi jalan lahir lunak sudah pernah dilalui oleh janin sehingga mempercepat proses kala II, dan *passenger* yaitu janin, dari pengukuran TFU. Menurut Sulistyawati (2013) posisi saat persalinan juga sangat berperan penting karena sebagai pelaksana asuhan sayang ibu. Posisi yang dipilih ibu adalah litotomi dan posisi yang diperbolehkan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa keuntungan dari posisi ini yaitu penolong persalinan leluasa membantu proses persalinan. Jalan lahir menghadap kedepan, sehingga penolong persalinan dapat lebih mudah mengukur perkembangan pembukaan, waktu persalinan dapat diprediksi lebih akurat, sehingga tindakan episiotomi dapat dilakukan lebih leluasa. Begitu juga posisi kepala bayi yang relative lebih gampang dan lebih mudah diarahkan.

Pada kasus, Ny. "A" mengalami kontraksi yang semakin lama semakin sering kemudian pembukaan lengkap. Ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, vulva membuka dan perineum menonjol. Persiapan proses persalinan kala II ini yaitu memberitahukan cara meneran yang benar dan mengatur posisi ibu. Posisi yang dianjurkan adalah posisi setengah duduk. Yang diambil oleh Ny. "A" adalah posisi

setengah duduk dimana menurut teori posisi tersebut dapat membantu turunnya kepala.

Dalam kasus Ny. "A" pada kala III tidak ada kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan, perdarahan pada kala III sebanyak ± 500 cc dan lama kala III pada Ny. "A" 15 menit, berdasarkan teori biasanya plasenta lepas dalam 15-30 menit setelah bayi lahir (Wiknjosastro, 2002 : 185) Setelah bayi lahir, terdapat semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang dan uterus globuler, diinjeksikan oksitosin 1 ampul di paha kanan luar jam 09.10 WIB, dilakukan PTT dan dorso kranial. Pukul 09.15 WIB plasenta lahir lengkap. Dilakukan masase uterus selama 15 detik, tidak terdapat robekan jalan lahir. Proses pengeluaran plasenta berlangsung dengan baik, yaitu dengan cara Schultze yaitu pelepasan dimulai pada bagian tengah plasenta. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 15 menit.

Menurut sondakh (2013). Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda tali pusat memanjang, uterus globuler serta terdapat semburan darah. Cara pelepasan plasenta terdiri dari 2 yaitu *schultze* serta *Duncan*. Dengan dilakukannya Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yaitu injeksi oksitosin 10 IU, peregangan tali pusat terkendali serta masase fundus uteri sehingga plasenta dapat lahir dengan lengkap serta mencegah terjadinya perdarahan karena atonia uteri. Menurut Kuswanti, (2013). Sesuai dengan teori, oksitosin diberikan setelah memastikan tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam uterus karena oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Tujuan pemberian suntikan oksitosin ialah dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

Kala IV pada Ny. "A" dimulai pada pukul 09.20 WIB, dilakukan pemantauan selama 2 jam yaitu tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih serta jumlah perdarahan. Tanda-tanda vital pada ibu dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat. sesuai dengan teori dari Dewi dan Sunarsih (2012) yang mengatakan TFU normal setelah bayi baru lahir yaitu 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan ibu diajari melakukan masase sendiri untuk meminimalisir terjadinya atonia uteri, pemeriksaan kandung kemih untuk memastikan kandung kemih kosong atau penuh, penuhnya kandung kemih akan mempengaruhi kontraksi uterus. Pengecekan perdarahan sangat penting, untuk mengetahui jumlah darah yang hilang. Dikatakan perdarahan jika jumlah darah yang hilang lebih dari 500 cc (APN, 2012). Secara keseluruhan persalinan dari kala I sampai IV pada Ny. "A" berlangsung secara

fisiologis, tidak terdapat perbedaan antara teori dan lapangan yang terjadi dari kala I sampai kala IV.

4.3. Pembahasan Asuhan Post Partum

Asuhan kebidanan pada Ny "A" P2 Ab0 post partum fisiologis dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama pada 6-8 jam pertama post partum, kunjungan kedua dilakukan 6 hari post partum, kunjungan ketiga 12 hari post partum dan kunjungan keempat 19 hari post partum. Pada kunjungan awal secara keseluruhan keadaan ibu baik, TD: 150/90mmHg, nadi 88x/mnt, suhu 36.5C, pernafasan 24x/mnt, TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan yang keluar berwarna merah (lochea rubra ±150cc). Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan. Diberikan KIE mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu, mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas.

Pada kunjungan ke II (6 hari post partum) dilakukan pemeriksaan TD: 140/90 mmHg, nadi 80x/mnt, suhu 36,5C, pernafasan 20 x/mnt. Konjungtiva merah muda, sklera putih. Payudara puting susu menonjol (+/+), keluar ASI lancar (+/+). Abdomen TFU pertengahan pusat dan symphysis, kontraksi keras. Genetalia tampak keluar lochea sanguilenta merah kecoklatan, dilakukan pemeriksaan pada uterus untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal pada ibu, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit serta memberikan konseling bagaimana cara menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari di rumah, memastikan ibu cukup istirahat dan menganjurkan ibu untuk banyak minum air putih, serta tidak terek makan. Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas.

Pada kunjungan ke III (12 hari post partum) dilakukan pemeriksaan TD: 130/90mmHg, nadi 80x/mnt, suhu 36,9C, pernafasan 20x/mnt. Serta dilakukan pemeriksaan seperti yang dilakukan pada 1 minggu post partum. yaitu memastikan proses involusi berjalan dengan baik, dan memastikan kesejahteraan bayi dan ibu dan menganjurkan ibu ber-KB. TFU ibu sudah tidak teraba. Genetalia tampak keluar lochea alba warna putih. Hal ini sesuai dengan kebijakan teknis dalam asuhan masa nifas.

Pada kunjungan ke IV (19 hari post partum) dilakukan pemeriksaan TD: 130/90mmHg, nadi 86x/mnt, suhu 36,5C, pernafasan 20x/mnt. Pada kunjungan ke4 hanya dilakukan pemeriksaan fisik dan menyepakati kb yang dipilih ibu yang akan ibu gunakan setelah masa nifas.

Saat melakukan kunjungan Ny. "A" pada hari pertama yang disebut fase taking in, tidak ditemukan kesenjangan karena ibu masih sering menceritakan tentang pengalaman saat proses persalinan, pada 6 hari postpartum yang disebut fase taking hold penulis menanyakan bagaimana perasaan ibu setelah kelahiran bayinya, ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya dan ibu dalam merawat bayinya sudah melakukan sendiri, Fase letting go ini dimana ibu menerima tanggung jawab akan perannya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya serta ibu dapat menyesuaikan diri dengan bayinya. Hal tersebut sesuai dengan keadaan psikologis ibu dalam menjalani masa nifas, pada fase-fase adaptasi tahapan masa nifas yaitu fase taking in, fase taking hold dan fase letting go. (Dwi & Sunarsih, 2012). Proses menyusui mempengaruhi proses involusi, sesuai dengan teori proses laktasi dipengaruhi oleh reflek prolactin dan reflek let down. Rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofisa posterior kemudian dikeluarkan hormone oksitosin. Jika kedua reflek ini tidak bekerja dengan baik maka akan mempengaruhi proses involusi sehingga uterus akan melambat dan kemungkinan dapat terjadi perdarahan dan segera dibawa ketenaga kesehatan (Dwi & Sunarsih, 2012). Manfaat dari ASI bagi bayi untuk pembentukan antibody atau kekebalan terhadap penyakit, manfaat ASI ini juga tidak hanya untuk bayi saja namun bagi ibu, keluarga dan Negara. (Ambarwati & Wulandari, 2010).

TFU pada Ny."A" normal, TFU pertengahan pusat symphysis, kontraksi keras pada hari ke 6, melakukan mobilisasi dini dengan baik memegang peranan penting untuk percepatan involusi uteri karena gerakan yang dilakukan segera setelah melahirkan dengan rentang waktu 2-6 jam ibu sudah dapat melakukan aktifitas secara mandiri dapat memberikan manfaat yang baik bagi ibu. Karena gerakan-gerakan ini selain bermanfaat untuk sistem tubuh yang lain tetapi paling penting untuk mempercepat involusi uteri karena dengan mobilisasi dini uterus berkontraksi dengan baik dan kontraksi ini yang dapat mempercepat involusi uterus yang ditandai dengan penurunan tinggi fundus uteri. Pengeluaran lochea pada Ny. "A" termasuk normal sesuai dengan teori lochea yang keluar selama nifas pada hari pertama sampai ketiga post partum yaitu lochea rubra warnanya merah muncul pada hari 1-3. Lochea sanguinoleta berwarna merah kecoklatan berisi darah dan lendir berlangsung pada hari ke 4-7 postpartum. Pada hari ke 7-14 post partum yaitu lochea serosa, warnanya kekuningan

atau kecoklatan dan lochea alba warnanya lebih pucat, putih kekuningan bisa berlangsung selama 2-6 minggu. (Ambarwati & Wulandari, 2010).

Pada masa nifas Ny "A" masih dalam batas normal, pemeriksaan selama kunjungan dilakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas. Pada masa nifas ibu harus rutin memeriksakan tekanan darahnya, dan tetap menerapkan pola makan sehat dan bergizi seimbang, dan meminum obat antihipertensi untuk mengontrol tekanan darah. Menurut (Sibai and Chames, 2008) anjurkan ibu Istirahat dan batasi aktivitas. Dari hasil pemantauan tersebut didapatkan keadaan ibu baik, secara keseluruhan masa nifas berlangsung normal tanpa ada penyulit yang patologis. sehingga tidak ada kesenjangan dalam teori ataupun praktik.

4.4. Asuhan bayi baru lahir

Pada Bayi Ny "A" lahir spontan dengan BBI 3200 gram, PB 51cm, LILA 11cm, LK 30 cm, LD 32cm. Saat bayi baru lahir Bayi tampak sianosis, merintih, dan kurang aktifitas.

Pada Bayi Ny "A" dilakukan penatalaksanaan Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia Ringan 1. Memotong tali pusat. 2. Meringkan dan menempatkan di tempat yang kering dan hangat. 3. Memosisikan bayi dengan baik (menganjal bahu bayi dengan kain). Untuk membuka jalan nafas bayi. 4. Membersihkan jalan nafas dengan alat penghisap. 5. Membungkus bayi dengan selimut bersih dan kering. 6. Merangsang taktil bayi. Dengan lembut gosok punggung, tubuh, kaki atau tangan. 7. Meletakkan kembali bayi pada posisi yang benar, kemudian nilai bayi. Bayi bernafas baik, menangis kuat, frekuensi denyut jantung meningkat dan warna kulit kemerahan. Persiapan resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia menurut (Sudarti, 2013) adalah persiapan tenaga kesehatan. (Tando, 2013) Persiapan keluarga Persiapan tempat. Persiapan alat. Penatalaksanaan Asfiksia menurut (Sudarti 2013) lakukan penilaian awal dengan menjawab sebelum bayi lahir 1) apakah kehamilan cukup bulan? 2) apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?, segera bayi lahir sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian 1) Apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap? 2) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?. Jika bayi tidak cukup bulan dan atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau lemas potong tali pusat . lalu 1. Jaga bayi tetap hangat 2. Atur posisi bayi 3. Isap lendir 4. Keringkan dan rangsang taktil 5. Reposisi, kemudian nilai napas. Pada kasus ini dilakukan penatalaksanaan Bayi Baru Lahir dengan Asfiksia sesuai dengan teori jadi diperoleh tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

1. Pada kunjungan ke I (1 jam) keadaan umum bayi baik, merintih, refleks hisap jari baik, tali pusat masih basah belum BAK dan BAB
2. Pada kunjungan ke II (6 jam) bayi Ny.“A” sudah menangis kuat, gerak aktif, sudah BAK BAB dan menyusui dengan kuat.
3. Pada kunjungan ke III (6 hari) bayi Ny.“A” bayinya tidak sakit, tali pusat sudah kering tetapi belum lepas.
4. Pada kunjungan ke IV (12 hari) bayi Ny “A” tali pusat sudah lepas dan bayi rewel ketika BAB BAK
5. Pada kunjungan ke V (19 hari) bayi Ny “A” sudah tidak ada keluhan

Pada saat kunjungan pertama pada bayi ny “A” melakukan perawatan talipusat dengan mengeringkan talipusat dan membungkus dengan kassa steril. Memberikan injeksi HB 0, Vit K, memberikan salep mata.

Pada saat kunjungan kedua pada bayi Ny.”A” memberikan KIE pada ibu terkait tentang ASI Eksklusif, pencegahan terjadinya hipotermi, tanda bahaya pada bayi serta perawatan pada BBL diantaranya yaitu dengan menganjurkan pada ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari serta tetap melakukan perawatan tali pusat pada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi tali pusat sangat penting untuk diberikan pada ibu.

Pada saat dilakukan kunjungan ketiga pada Bayi Ny.“A” memberikan KIE pada ibu terkait tentang ASI Eksklusif, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan bayinya dengan sering mengganti popok bayi, memberitahu ibu mengenai imunisasi bayi yang harus diikuti pada saat bayi berusia 1 bulan.

Pada kunjungan keempat atau kunjungan terakhir pada bayi Ny.”A” dilakukan pemeriksaan pada umumnya tetapi tidak terdapat masalah dan tidak ada keluhan.

Dalam hal ini penulis melakukan kunjungan BBL sesuai sebanyak 4 kali dan hasilnya normal tanpa ada komplikasi. Selama melakukan asuhan penulis melakukannya sesuai dengan tujuan asuhan BBL. Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang dilakukan dilahan

4.5. Keluarga Berencana

Pada kasus Ny “A” ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang untuk menjarangkan kehamilannya. Dan Ny “A” memutuskan untuk ingin menggunakan KB IUD karena jika menggunakan Kontrasepsi Mantab ibu takut dengan tindakan bedah yang di lakukan.

Menurut (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2011) Perempuan berusia lebih dari 35 tahun memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif karena kelompok ini akan mengalami peningkatan morbiditas dan mortalitas jika mereka

hamil. Metode yang dapat digunakan adalah pil kombinasi/ suntikan kombinasi namun sebaiknya tidak digunakan oleh perempuan yang perokok, kontrasepsi progestin dapat digunakan meskipun pada wanita yang perokok, AKDr dapat digunakan pada perempuan yang tidak terpapar pada Infeksi Saluran Reproduksi dan IMS, Kondom, Kontrasepsi Mantab sangat tepat untuk pasangan yang benar-benar tidak ingin tambahan anak lagi. Menurut Winarsih (2017), kontasepsi yang cocok untuk ibu dengan penyakit hipertensi yaitu kontasepsi non hormonal seperti kondom, IUD, kontrasepsi mantab.

Hasil yang didapatkan dari asuhan kebidanan pada Ny."A" yaitu tidak ada kesenjangan antara asuhan yang dilahan sesuai dengan apa yang ada di teori. Dan petugas (bidan) sudah melakukan tindakan sesuai dengan prosedur.

