

LAPORAN KASUS
STASE ASUHAN KEBIDANAN
CONTINUITY OF CARE (COC)



Oleh :

PERTIWI JAYA SIREGAR
NIM : 20100032

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
PROGRAM PROFESI FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA
PADANGSIDIMPUAN
2021

LAPORAN KASUS
STASE ASUHAN KEBIDANAN
CONTINUITY OF CARE (COC)

Oleh :

PERTIWI JAYA SIREGAR
NIM : 20100032

Sebagai Salah Satu Syarat

Untuk Memperoleh Gelar Bd

*Pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan*

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
PROGRAM PROFESI FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA
PADANGSIDIMPUAN
2021

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Laporan : Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas Dan Menyusui Pada Ny. Y Di Puskesmas Gunung Tua
Nama Mahasiswa : Pertiwi Jaya Siregar
NIM : 20100032
Program Studi : Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

Laporan Kasus ini telah diuji dan dipertahankan di hadapan Dosen Pembimbing dan Dosen Penguji pada Ujian Akhir (COC) pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan dan dinyatakan lulus pada tanggal 06 September 2021.

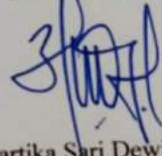
Menyetujui,

Dosen Penguji



Yulinda Aswan, SST, M.Keb
NIDN. 0125079003

Dosen Pembimbing



Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb
NIDN. 0110048901

Dekan



Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703

Ketua Program Studi



Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb
NIDN. 0110048901

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri

Nama : Pertiwi Jaya Siregar
Tempat/Tanggal Lahir : Sosopan/14 Desember 1981
Alamat : Perumahan Torido Indah Lk. VI Pasar Gunung Tua
Kecamatan Padang Bolak
Kabupaten Padang Lawas Utara
No. Telp/HP : 081265646406
Email : pertiwijaya14@gmail.com

Riwayat Pendidikan

Tahun 1988-1994 : SDN 142436 Padangsidimpuan
Tahun 1995-1997 : MTsN Padangsidimpuan
Tahun 1998-2000 : SPK Dep Kes RI Padangsidimpuan
Tahun 2010-2012 : D3 Kebidanan pada AKBID Paluta Husada Gunung Tua
Tahun 2018-2020 : S1 Kebidanan pada Universitas Afa Royhan Di
Padangsidimpuan
Tahun 2020-2021 : Pendidikan Profesi Bidan pada Universitas Afa Royhan Di
Padangsidimpuan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat ALLAH SWT, yang telah melimpahkan hidayah-Nya hingga penulis dapat menyusun Laporan Kasus Stase Profesi Bidan dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas Dan Menyusui (COC) Di Puskesmas Gunung Tua”.

Laporan Kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan praktik Stase Profesi yang menjadi salah satu syarat tuntas pelaksanaan Stase Profesi Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care (COC)* di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan Tahun 2021.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dr. Anto, SKM, M.Kes, M.M, selaku Rektor Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
3. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb selaku Ketua Program Studi Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
4. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb selaku Koordinator Stase Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care (COC)* pada Program Studi Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
5. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb selaku Pembimbing Stase Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care (COC)* yang telah meluangkan waktu saya membimbing dalam menyelesaikan laporan kasus ini.

6. dr. Herlina Sonera Batubara, selaku Kepala Puskesmas Gunung Tua yang telah bersedia menerima untuk praktek Di Puskesmas Gunung Tua.
7. Seluruh Dosen dan Tenaga Kependidikan pada Program Studi Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
8. Kedua Orangtua saya yang selalu mendo'akan dan memberikan dukungan kepada saya untuk dapat menyelesaikan studi pada Program Studi Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
9. Suami saya Tongku Ramadan Harahap, ST, MM dan anak saya Mhd. Zhafif Ananda Putra Harahap yang selalu ada dalam perjalanan saya menempuh pendidikan Program Studi Profesi Bidan Program Profesi ini sehingga sampai di tahap ini.

Kritik dan saran yang bersifat membangun penulis harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Semoga laporan ini dapat bermanfaat. Aamiin Yaa Robbal 'Aalamiin.

Padangsidempuan, September 2021

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB 1 : PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	3
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat Penulisan	4
1.3.1 Bagi Mahasiswi.....	4
1.3.2 Bagi Klien	4
BAB 2 : TINJAUAN TEORI	5
2.1 Kehamilan	5
2.1.1 Defenisi Kehamilan	5
2.1.2 Tanda Gejala Kehamilan.....	5
2.1.3 Perubahan Anatomis Dan Fisiologis.....	7
2.1.4 Perubahan Psikologis	12
2.1.5 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil.....	14
2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan	16
2.1.7 ANC	18
2.1.8 Tujuan ANC.....	19
2.1.9 Asuhan Standar Pelayanan ANC	19
2.2 Persalinan	23
2.2.1 Defenisi Persalinan	23
2.2.2 Patofisiologi Persalinan.....	24
2.2.3 Tanda-tanda Persalinan	25
2.2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.....	25
2.2.5 Tahapan Persalinan	28
2.2.6 Partograf.....	51
2.3 Bayi Baru Lahir	56
2.3.1 Pengertian Bayi Baru Lahir.....	56
2.3.2 Perubahan Fisiologi.....	58
2.3.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir	59

2.4 Nifas	63
2.4.1 Beberapa Pengertian Masa Nifas	63
2.4.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	63
2.4.3 Periode Masa Nifas	64
2.4.4 Adaptasi Fisiologi Masa Nifas.....	64
2.4.5 Adaptasi Psikologis Masa Nifas	71
2.4.6 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas Di Rumah.....	73
2.4.7 Program Tindak Lanjut Asuhan Masa Nifas.....	76
2.4.8 Deteksi Dini Komplikasi Pada Masa Nifas.....	78
2.5 Manajemen Asuhan Kebidanan.....	80
2.5.1 Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan	80
2.5.2 Langkah-langkah Asuhan Kebidanan Varney	80
2.5.2 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP).....	82
BAB 3 : TINJAUAN KASUS.....	84
3.1 Askeb Kehamilan	84
3.2 Askeb Persalinan	93
3.3 Askeb Bayi Baru Lahir	108
3.4 Askeb Nifas.....	115
BAB 4 : PEMBAHASAN	122
BAB 5 : PENUTUP.....	133
5.1 Kesimpulan	133
5.2 Saran	133
DAFTAR PUSTAKA	134

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ibu merupakan sosok perempuan yang paling berjasa didalam kehidupan keluarganya. Ibu sangat berperan penting dalam mengatur semua yang terkait dalam urusan rumah tangga, pendidikan dan kesehatan suami maupun anak-anaknya. Dengan demikian, perhatian terhadap keselamatan ibu saat melahirkan perlu ditingkatkan sehingga bayi yang dilahirkan harus sehat dan tumbuh kembang dengan baik (Kemenkes, 2017).

Kehamilan sebenarnya merupakan proses yang fisiologis, tetapi kehamilan perlu dipantau secara berkala (asuhan antenatal). Pada pemeriksaan kehamilan, selain dipantau keadaan ibu dan janin juga dapat direncanakan persalinan, meningkatkan kesejahteraan keluarga, meningkatkan produktivitas kerja, serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat sehingga angka kematian dapat dihindari (Depkes RI, 2010). World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, dengan penyebab kematian hipertensi (22,1%), perdarahan (27,1%) dan lain-lain (30,2%), sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup dengan penyebab kematian tetanus (1,5%), kelainankongenital (4,9%), meningitis (5,1%), tidak diketahui (5,5%), pneumonia (13,2%), diare (17,2%), dan masalah neonatal (36%) (SDKI, 2017).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin

(Nurul Jannah, 2017). Persalinan normal juga dapat dikatakan sebagai suatu fenomena alam yang mengarah pada penciptaan kehidupan baru, hal tersebut merupakan momen paling menyentuh dan spesial dalam kehidupan seorang wanita dan merupakan pengalaman unik yang bisa mereka dapatkan dan pada persalinan normal ini seorang ibu dilatih untuk menghilangkan rasa takut dan kegelisahannya dalam menghadapi persalinannya (Eun-Young Choi, dkk, 2015).

Penyebab kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Sedangkan kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS dan penyakit kardiovaskular. (Prawirohardjo, 2014) Sedangkan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu karena masih banyaknya kasus 3 Terlambat dan 4 Terlalu, yang terkait dengan faktor akses, sosial budaya, pendidikan, dan ekonomi. Kasus 3 Terlambat meliputi : Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan, Terlambat dirujuk, Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Masih cukup banyak ibu hamil dengan faktor risiko 4 Terlalu, yaitu Terlalu tua hamil (hamil di atas usia 35 tahun) sebanyak 27%, Terlalu muda untuk hamil (hamil di bawah usia 20 tahun) sebanyak 26%, Terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) sebanyak 11,8%, Terlalu dekat (jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun) (Depkes, 2012).

Dalam rangka upaya percepatan penurunan AKI maka pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian neonatal melalui peningkatan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas (PONED) dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Profil

Kesehatan Indonesia, 2016). Pemerintah juga mengeluarkan beberapa program untuk mengurangi AKI dan AKB di Indonesia diantaranya penerapan pendekatan *safe methode* pada tahun 1990, program Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang mulai di ujicobakan sejak tahun 1994, gerakan sayang ibu pada tahun 1996, *Making pragnancy safer* pada tahun 2000, bantuan operasional kesehatan (BOK) pada tahun 2010, *jampersal* yang di mulai pada tahun 2011, dan juga program *expanding mathernal and neonatal safer* pada tahun 2012 (Kemenkes RI, 2013).

Seorang bidan harus mampu mengimplementasikan langkah-langkah yang mendukung terwujudnya asuhan yang berkualitas dengan memperhatikan 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yaitu 1) membuat keputusan klinik, 2) asuhan sayang ibu dan sayang bayi, 3) mencegah infeksi, 4) pencatatan dan laporan (rekam medis), 5) melakukan rujukan, serta meningkatkan keterampilan dalam pertolongan pertama kegawatdaruratan obstetrik neonatologi (PPGDON), (APN, 2014).

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan kebidanan *Continuity Of Care (COC)* pada Ny. Y G2P1A0 di Puskesmas Gunung Tua.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. Y G2P1A0 di Puskesmas Gunung Tua.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. Y G2P1A0 di Puskesmas Gunung Tua.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada bayi Ny. Y G2P1A0 di Puskesmas Gunung Tua.
- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny. Y G2P1A0 di Puskesmas Gunung Tua.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi mahasiswi

Diharapkan dapat menambah wawasan tentang asuhan kebidanan *Continuity Of Care (COC)*.

1.3.2 Bagi klien

Dapat memberikan pengetahuan kepada pasien tentang pentingnya pemeriksaan pada saat hamil, bersalin dan nifas oleh tenaga kesehatan terutama bidan untuk mendeteksi dini risiko kelainan pada kehamilan, persalinan dan nifas.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Defenisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses dimana sperma menembus ovum sehingga terjadinya konsepsi dan fertilisasi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan), dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2014). Masa kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2015). Pregnancy atau kehamilan adalah proses sembilan bulan atau lebih di mana seorang perempuan membawa embrio dan janin yang sedang berkembang di dalam rahimnya (WHO, 2015).

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda Tidak Hamil

- 1) Amenore (tidak dapat haid).
- 2) Mual dan muntah.
- 3) Mengidam.
- 4) Pingsan.
- 5) Tidak ada selera makan.
- 6) Payudara membesar, tegang.
- 7) Sering kencing.
- 8) Konstipasi.

b. Tanda Kemungkinan Hamil

1) Tanda Hegar

Pada saat melakukan pemeriksaan dalam yaitu meletakkan 2 jari pada fornix posterior dan tangan lain didinding simpisis pubis, maka korpus uteri seakan-akan terpisah dengan serviks, pada kehamilan 6-8 minggu tanda hegar ini sudah dapat diketahui.

2) Tanda piskacek

Suatu pembesaran uterus yang tidak rata hingga menonjol jelas akibat implantasi di endometrium.

3) Tanda Braxton hicks

Tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit (Kusmiyati dkk, 2013).

4) Tanda Goodelds

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras seperti meraba ujung hidung, sedang pada usia kehamilan 6-8 minggu serviks lunak seperti meraba bibir/bagian bawah daun telinga.

5) Tanda Ballotement

Pada minggu ke 16-20 teraba ballotement, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion cukup banyak.sebagai diagnosa banding adalah asites yang disertai dengan kista ovarium dan mioma uteri (Kusmiyati dkk, 2013).

6) Tanda Chadwik

Dinding vagina mengalami kongesti, warna kebiru-biruan disebut Tanda Chadwick (Kusmiyati dkk, 2013).

7) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai untuk menentukan adanya HCG pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pagi hari (Prawirohardjo, 2014).

c. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti kehamilan, yaitu adanya gerakan janin yang dirasakan oleh pemeriksa, terdapat denyut jantung janin (DJJ), janin terlihat pada saat pemeriksaan ultrasonografi (USG).

2.1.3 Perubahan Anatomi dan Fisiologis

Kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan baik anatomis maupun fisiologis pada ibu. Berikut ini akan dibahas mengenai perubahan-perubahan tersebut :

a. Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami perubahan akibat peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan disebut Tanda Chadwicks (Kusmiyati dkk, 2013).

b. Serviks Uteri

Pada kehamilan, serviks uteri mengalami perubahan karena hormon estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka kontensitas menjadi lunak yang disebut tanda Goodell (Kusmiyati dkk, 2013).

c. Ovarium

Pada kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur kehamilan 16 minggu (Manuaba, 2015).

d. Sistem Endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin yang penting terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin dan pemulihan pascapartum atau nifas (Kusmiyati dkk, 2013).

e. Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami hipertropi dan hiperplasia, sehingga beratnya 1000 gram, dengan panjang ± 20 cm dan tebal dinding $\pm 2,5$ cm saat akhir kehamilan (Kusmiyati dkk, 2013).

Berikut adalah tinggi fundus uteri berdasarkan per tiga jari :

- 12 minggu : 3 jari diatas simfisis
- 16 minggu : pertengahan simfisis dan pusat
- 20 minggu : 2 jari dibawah pusat
- 24 minggu : setinggi pusat
- 28 minggu : 3 jari diatas pusat
- 32 minggu : pertengahan pusat dan px
- 36 minggu : 3 jari dibawah px
- 40 minggu : pertengahan pusat dan px

f. Payudara/Mammae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomotropin, estrogen dan progesterone, akan tetapi belum mengeluarkan ASI dan baru mempersiapkan payudara untuk pengeluaran ASI (Kusmiyati dkk, 2013).

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI (Manuaba, 2015) yaitu:

1) Estrogen, berfungsi :

- a) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara.
- b) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.
- c) Tekanan serta saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

2) Progesteron, berfungsi :

- a) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi
- b) Meningkatkan jumlah sel asinus.

3) Somatomammotropin, berfungsi :

- a) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein.
- b) Laktalbumin, dan laktoglobulin.

c) Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara.

d) Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan.

g. Traktus Uranius / Perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada ibu hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering buang air kecil. Desakan tersebut dapat menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh (Manuaba, 2015).

h. Tratus Digestivus / Pencernaan

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (hipersaliva), lambung terasa panas, mual/muntah.

i. Sistem Kekebalan

Sistem pertahanan tubuh ibu selama kehamilan akan tetap utuh, kadar Immunoglobulin dalam kehamilan tidak berubah (Kusmiyati dkk, 2013).

j. Sirkulasi Darah/Cardiovaskuler

Dipengaruhi adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae, dan alat lainnya yang berfungsi berlebihan dan kehamilan.

Peredaran darah ibu dipengaruhi oleh :

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

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah yaitu :

a) Volume Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (Hemodilusi) dengan

puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu. Volume darah meningkat 25-30 % sedangkan sel darah bertambah 20 %.

b) Sel Darah

Sel darah merah bertambah untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertumbuhan tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi disertai anemia fisiologis. Sel darah putih meningkat sebesar 10.000/ml. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal.

c) Integumen / Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, chloasma gravidarum. Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan hilang.

d) Metabolisme

- (1) Metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula.
- (2) Keseimbangan asam basa turun dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter, disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- (3) Kebutuhan protein meningkat untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- (4) Kebutuhan kalori di dapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Berdasarkan angka kecukupan gizi yang dianjurkan oleh Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi 1983, tambahan kalori untuk wanita hamil \pm 285 kalori. Untuk meyakinkan agar penggunaan kalori selama kehamilan berlangsung adekuat, masukan energi harus diatas 36 kalori/kg/hari. Kecukupan yang dianjurkan, sebanyak 40

kalori/kg/hari dalam distribusi yang seimbang, yaitu protein $\pm 15\%$, lemak $\pm 30\%$, dan karbohidrat $\pm 55\%$.

- (5) Kebutuhan zat mineral diantaranya kalsium 1,5 gr setiap hari, 30-40 gr untuk pertumbuhan tulang dan janin, fosfor 8 gram dalam sehari, Zat besi 800 mg atau 30-50 mg sehari dan ibu hamil memerlukan cairan cukup banyak. (6) Berat badan ibu bertambah. Kenaikan berat badan antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau sekitar $\frac{1}{2}$ Kg per minggu (Manuaba, 2010).

e) Sistem Pernapasan

Pada usia kehamilan 32 minggu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang semakin membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim kebutuhan O₂ yang meningkat. Ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25 % dari biasanya.

f) Sering Buang Air Kecil

Karena tekanan uterus pada kandung kemih. Nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan terjadinya dengan pengeluaran air. Air dan sodium tertahan didalam tungkai bawah selama siang hari karena stasis vena pada malam hari terdapat aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni. Biasa terjadi pada Trimester I dan II.

g) Gatal-Gatal

Kemungkinan karena hipersensitifitas terhadap antigen plasenta (bisa juga terjadi pada semua Trimester).

h) Hidung Tersumbat

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron, pembesaran kapiler, serta karena peningkatan sirkulasi volume darah.

i) Kemerahan pada Telapak Tangan

Ada kecenderungan keluarga atau keturunan, kadar estrogen yang meningkat dan peningkatan aliran darah ke kulit (muncul pada dua trimester pertama hilang dalam 1 minggu setelah melahirkan).

j) Keringat Bertambah

Karena aktifitas kelenjar apocrine meningkat kemungkinan akibat perubahan hormonal, kegiatan kelenjar eccrine meningkat oleh karena aktifitas kelenjar tiroid yang meningkat, peningkatan berat badan dan aktifitas metabolik, telapak tangan berkeringat karena aktifitas adrenocorticol, aktifitas kelenjar sebaceous (secara perlahan meningkat terus selama kehamilan).

k) Palpitasi Jantung

Pembesaran dalam ukuran jantung, peningkatan kardiak output, gangguan pada sistem saraf simpati.

l) Sakit Kepala

Karena kontraksi otot ketegangan spasme otot, kelelahan, pengaruh hormon, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, kongesti hidung, dinamika cairan saraf yang berubah, alkalosis ringan pada pernafasan, sakit kepala terjadi pada tiap trimester.

2.1.4 Perubahan Psikologi (Kusmiyati, 2013)

a. Perubahan Psikologis pada Trimester Pertama

- 1) Segera setelah konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat sehingga menyebabkan timbulnya rasa mual dan muntah, pada pagi hari lelah, lemah, dan membesarnya payudara, pada saat ini ibu baru merasakan dirinya tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya, kadang seorang ibu merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan oleh karena itu sering kali pada kehamilannya ibu berharap tidak hamil.

- 2) Kekhawatiran orang tua terhadap kesehatan anaknya.
- 3) Mencari tanda-tanda yang lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil.
- 4) Bertambahnya berat badan selama trimester I.
- 5) Hubungan seks biasanya mengalami penurunan libido selama trimester I, yang dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan dan kekhawatiran (normal).
- 6) Reaksi pria (suami) timbul kebanggaan atas kemampuannya mempunyai keturunan.

b. Perubahan Psikologis pada Trimester Kedua

- 1) Ibu merasa sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi.
- 2) Perut belum terlalu besar sehingga belum merasakan kehamilan itu adalah beban.
- 3) Dapat menerima kehamilannya.
- 4) Dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif.
- 5) Dapat merasakan gerakan bayi (janin).
- 6) Meningkatkan libido.

c. Perubahan Psikologis pada Trimester Ketiga

- 1) Disebut periode penantian dan waspada. Ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- 2) Perut mulai membesar.
- 3) Ibu bersikap melindungi bayi, menghindari dari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya.
- 4) Rasa tidak nyaman.
- 5) Merasa dirinya aneh dan jelek.
- 6) Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya.
- 7) Sekresi air ludah yang berlebihan.

2.1.5 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a. Oksigen

Meningkatnya jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan, CO₂ menurun dan O₂ yang meningkat akan bermanfaat bagi janin (Kusmiyati dkk, 2013).

b. Nutrisi

Pada trimester I (0-12 minggu) umumnya nafsu makan ibu akan berkurang, sering timbul rasa mual dan muntah. Pada trimester II nafsu makan sudah kembali pulih. Pada trimester III nafsu makan sangat baik tetapi jangan kelebihan kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran, buah-buahan, kurangi makan yang mengandung manis (seperti gula) dan terlalu asin karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan.

c. Personal Hygiene

Bagian tubuh yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah genital, karena saat hamil biasanya terjadi pengeluaran sekret vagina yang berlebih. Selain mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali (Kusmiyati dkk, 2013).

d. Pakaian

Pakaian ibu hamil harus longgar, mudah menyerap keringat, tidak memakai hak tinggi, dan pakaian selalu kering. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran (Kusmiyati dkk, 2013).

e. Eliminasi

Keluhan yang dialami adalah konstipasi. Tindakan pencegahan ini adalah harus mengkonsumsi makanan yang tinggi serat dan banyak minum air putih. Walaupun ibu hamil sering mengatakan keluhan sering buang air kecil, tindakan untuk mengurangi asupan cairan tidak dianjurkan karena akan mengakibatkan dehidrasi (Kusmiyati dkk, 2013).

f. Seksualitas

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila :

- 1) Terdapat perdarahan pervaginam.
- 2) Terdapat riwayat abortus berulang.
- 3) Abortus/partus prematurus imminens.
- 4) Ketuban pecah.
- 5) Serviks telah membuka.

g. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan, seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Maka dari itu ibu hamil harus memperhatikan sikap tubuh seperti : duduk, berdiri, berjalan, tidur, bangun dari berbaring, membungkuk dan mengangkat.

h. Senam Hamil

Manfaat untuk melakukan senam hamil dapat membantu proses persalinan, antara lain melatih pernafasan, relaksasi, menguatkan otot panggul dan perut, serta melatih cara meneran yang benar. Dapat dilakukan pada usia kehamilan setelah 22 minggu dan sedikitnya seminggu sekali (Kusmiyati dkk, 2013).

i. Istirahat

Ibu hamil dianjurkan pada saat tidur khususnya pada waktu hamil itu harus posisi berbaring miring karena untuk meningkatkan oksigenasi fetoplasental. Tidur malam hari selama kurang dari 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Kusmiyati dkk, 2013).

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan pervaginam

Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan sedikit (spotting) disekitar waktu pertama haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (tanda Hartman) dan itu normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari servik yang rapuh (erosi). Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda infeksi yang tidak membahayakan nyawa ibu hamil dan janinnya. Perdarahan masa kehamilan yang patologis dibagi menjadi dua, yaitu :

1) Perdarahan pada awal masa kehamilan

Perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan akan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda :

- a) Keluar darah merah.
- b) Perdarahan yang banyak.
- c) Perdarahan dengan nyeri.

Perdarahan semacam ini perlu dicurigai terjadinya abortus, kehamilan ektopik atau kehamilan mola.

2) Perdarahan pada masa kehamilan lanjut

Perdarahan yang terjadi pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan dikatakan tidak normal jika terdapat tanda-tanda :

- a) Keluar darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan.
- b) Perdarahan kadang-kadang banyak atau tidak terus menerus.
- c) Perdarahan disertai rasa nyeri.

Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya pembekuan darah (Kusmiyati dkk, 2013)

b. Mual muntah berlebihan

Mual (nausea) dan muntah (vomiting) dapat terjadi pada 50% kasus ibu hamil. Mual bisa terjadi pada pagi hari, gejala ini bisa terjadi pada usia kehamilan 6-12 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur 20 minggu, dengan keluhan muntah yang kadang begitu hebat dimana segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan kembali sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi dan terdapat aseton dalam urin bahkan seperti gejala apendisitis, pielitis dan sebagainya (Prawirohardjo, 2014).

c. Sakit kepala hebat

d. Pengelihatan atau pandangan kabur

Pengelihatan ibu dapat berubah selama masa kehamilan. Perubahan pengelihatan yang ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya tiba-tiba pandangan kabur atau berbayang, melihat bintikbintik (spot), serta mata berkunang-kunang. Perubahan pengelihatan ini bisa disertai dengan sakit kepala yang hebat. Jika hal ini terjadi, kemungkinan suatu tanda preeclampsia (Kusmiyati dkk, 2013).

e. Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak pada kaki yang biasanya dapat hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak biasanya menjadi masalah serius jika ditandai dengan :

- 1) Muncul pada muka dan tangan.
- 2) Bengkak tidak hilang setelah beristirahat.
- 3) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur dan lain-lain. Jika hal ini terjadi merupakan pertanda adanya anemia, gagal jantung atau preeclampsia.

f. Nyeri perut hebat

Nyeri abdomen yang menunjukkan suatu masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah nyeri perut hebat, menetap, dan tidak hilang setelah istirahat. Jika hal ini terjadi, bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain.

g. Janin kurang bergerak seperti biasa

Gerak janin mulai dirasakan ibu pada bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu hamil dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Ketika janin tidur gerakannya akan melemah. Normalnya, janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (Kusmiyati dkk, 2013).

h. Keluar air ketuban sebelum waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Prawirohardjo, 2014).

i. Demam tinggi

Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih 38°C dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

2.1.7 ANC

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014). Asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Saifudin, 2014).

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi

persalinan, Kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2015).

Menurut teori (Wiknjosastro, 2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

- a. Satu kali pada triwulan pertama (antara 0 – 12 minggu).
- b. Satu kali pada triwulan kedua (antara 12 – 28 minggu).
- c. Dua kali pada triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu).

2.1.8 Tujuan ANC

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifudin, 2015).

2.1.9 Asuhan Standar Pelayanan ANC

Standar pelayanan ANC meliputi standar 14 T sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan yang komprehensif dengan harapan antenatal dengan standar 14 t sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu, kebijakan program pelayanan anc minimal 5T, meningkat menjadi 7T dan sekarang 12T sedangkan untuk di daerah gondok dan endemic malaria menjadi 14T (Damai Yanti, 2017) :

a. Ukur tinggi badan dan berat badan

Untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu selama hamil. Semakin besar kehamilan janin yang dikandung ibu seharusnya juga semakin tumbuh dan berkembang secara normal tanpa hambatan dengan demikian berat badan ibu akan bertambah dari sebelumnya (Prawirohardjo, 2014).

Peningkatan Berat badan ibu hamil tiap trimester :

- 1) Trimester I : kenaikan berat badan 0,7- 1,4 kg.
- 2) Trimester II : kenaikan berat badan antara 0,3-0,4 kg/hari
- 3) Trimester ke III : kenaikan berat badan tidak boleh lebih dari 0,5 kg/minggu.

Kenaikan rata-rata berat badan normal ibu hamil yaitu 6,5-16 kg (Prawirohardjo, 2014).

4) Tentukan Status Gizi

Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil mutlak diperlukan untuk menentukan tumbuh kembang anak sejak masa dalam kandungan. Berbagai perubahan fisiologi, anatomi maupun metabolisme terjadi selama masa kehamilan yang disebabkan perubahan hormonal. Salah satu perubahannya adalah perubahan pada plasenta yang berfungsi menyuplai zat gizi kepada janin.

Status gizi ditentukan oleh 2 faktor yaitu:

(a) Dengan Indeks Masa Tubuh (IMT)

$$IMT = \text{Berat Badan (kg)} / \text{Tinggi Badan (m)}^2$$

(b) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal untuk ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika Kategori IMT Rekomendasi (kg) Rendah (Underweight) < 19,8 12,5 – 18 Normal (Normoweight) 19,8 – 26 11,5 – 16 Tinggi (Overweight) 26-29 7 – 11,5 Obesitas > 29 \geq 7 Gemeli 16 – 20,5 ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Kusmiyati dkk, 2013).

b. Ukur tekanan darah

Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (antara 110/70 mmHg sampai 130/90 mmHg) apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan tekanan darah (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini (Prawirohardjo, 2014).

c. Ukur tinggi fundus uteri

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT. Dengan mengukur tinggi fundus uteri dapat diketahui berapa usia kehamilan ibu, taksiran berat janin, serta taksiran hari persalinan. Menurut Spiegelberg : dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis.

d. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) lengkap

Pada ibu hamil diberikan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) sebanyak 2 kali. Imunisasi TT I diberikan waktu ANC I dan TT II diberikan 4 minggu setelah pemberian TT I. Imunisasi ini dianjurkan pada setiap ibu hamil, karena diharapkan dapat menurunkan AKB akibat Tetanus Neonatorum. Berikut jadwal pemberian imunisasi TT :

TT 1 Pada kunjungan antenatal pertama

TT 2 4 Minggu setelah TT 1 3 Tahun 80 %

TT 3 6 bulan setelah TT 2 5 Tahun 95 %

TT 4 1 Tahun setelah TT 3 10 Tahun 95 %

TT 5 1 Tahun setelah TT 4 25Tahun/seumur hidup 99 %

e. Pemberian tablet zat gizi min 90 tablet selama kehamilan

Kekurangan kadar Fe dalam tubuh akan menyebabkan kekurangan Hb dalam darah yang diperlukan untuk membawa oksigen pada janin dari sel ibu hamil. Saat trimester pertama kehamilan suplemen zat besi tidak perlu diberikan untuk menghindari

resiko mual dan muntah yang bertambah berat. Kebutuhan Fe yang paling besar pada trimester akhir saat janin menyimpan Fe sebagai cadangan dalam tubuhnya yang akan digunakan pada enam bulan pertama. Hal tersebut terjadi karena ASI tidak begitu kaya akan Fe. Tiap tablet Fe mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat 500 mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Saifuddin, 2015)

f. Test terhadap penyakit menular seksual (VDRL)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

g. Temu wicara atau konseling

Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

h. Tes Hb

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28 untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atau tidak, ibu dikatakan mengalami anemia jika kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr% pada trimester II .berikut merupakan kategori anemia dalam kehamilan yaitu :

- 1) Hb 11 gr% : Tidak anemia
- 2) Hb 9 – 10 gr% : Anemia ringan
- 3) Hb 7 – 8 gr% : Anemia sedang
- 4) Hb < 7 gr% : Anemia berat

i. Tes pemeriksaan urin protein

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklampsi.

j. Tes reduksi urin

Tes dilakukan pada usia kehamilan 25-28 minggu. Tujuan utama tes ini untuk mengetahui apakah wanita hamil tersebut menderita diabetes gestasional, yakni kondisi naiknya kadar glukosa darah.

k. Perawatan payudara

l. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)

m. Terapi yodium kapsul (khusus wilayah endemik gondok)

n. Terapi anti malaria (khusus wilayah endemik malaria)

Diberikan kepada bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif. Apabila suatu daerah tidak bisa melaksanakan 14T sesuai kebijakan dapat dilakukan standar minimal pelayanan ANC yaitu 7T (Prawiroharjo, 2014). Pelayanan asuhan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak diberikan oleh dukun bayi (Prawiroharjo, 2014).

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

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 dan janin (Dwi, dkk, 2012).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan (37-42 minggu), atau hampir cukup bulan di susul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu atau persalinan adalah proses pengeluaran produk konsepsi yang variabel melalui jalan lahir biasa (Dewi Setiawati, 2013).

Dari kesimpulan di atas dapat di kemukakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, di susul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Bentuk persalinan berdasarkan tehnik :

1. Persalinan spontan, yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
2. Persalinan buatan, yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan section sesaria.
3. Persalinan anjuran, yaitu persalinan tidak dimulai dengan sendirinya tetapi berlangsung setelah memecahkan ketuban, pemberian pitocin prostaglandin (Ai yeyeh, dkk, 2014).

2.2.2 Patofisiologi Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “minggunya” atau “harinya” yang di sebut dengan Kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Lightening

Pada minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah memasuki pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi braxton hicks, ketegangan otot, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin kepala kearah bawah.

2. Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering yang disebut his palsu, sifat his palsu yaitu rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan serviks, durasinya pendek, tidak bertambah jika beraktivitas (Ai Nursiah, dkk, 2014).

2.2.3 Tanda-tanda Persalinan

1. Timbulnya his persalinan

His pembukaan dengan sifat-sifatnya yaitu nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks (Dewi Setiawati, 2013).

2. Bloody show (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan darah sedikit (Ai Nursiah, dkk, 2014). Dengan pendataran dan pembukaan lendir dari canalis servikalis keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus (Dewi Setiawati, 2013).

3. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini (Dewi Setiawati, 2013).

2.2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (power, passage, psikologis), faktor janin, plasenta dan air ketuban (passenger), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari factor-faktor tersebut.

a. Power (Tenaga/Kekuatan)

1. His (Kontraksi Uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus

dominial, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah saraf intrinsic.

2. Tenaga mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebaaian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer. Keinginan mengedan ini di sebabkan karena, kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir (Ai Nursiah, dkk, 2014).

b. Passage (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal (Widia, 2015).

c. Passenger (Janin, Plasenta, dan Air Ketuban)

1) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin (Ai Nursiah, dkk, 2014).

2) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia di anggab sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Widia, 2015).

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptur atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Widia, 2015).

d. Factor Psikis (Psikologi)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

- 1) Psikologis meliputi : Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
- 2) Sikap negative terhadap persalinan di pengaruhi oleh : Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran (Widia, 2015).

e. Pysician (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin (Widia, 2015). Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan meberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin utuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga (Ai Nursiah, dkk 2014).

2.2.5 Tahapan Persalinan

2.2.5.1 Kala I (Pembukaan)

a. Pengertian Kala I

Persalinan Kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka (Ai Nursiah, dkk 2014).

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :
 - (1) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (3) Periode deselerai : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap (Nurul, 2017).

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (primipara) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara) (Ai Nursiah, dkk 2014).

b. Perubahan Fisiologi Kala I

Selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap 10 cm terjadi beberapa perubahan yang fisiologis. Perubahan fisiologis Kala I meliputi :

a) Perubahan pada serviks

(1) Pendataran pada serviks/effacement

Pendataran pada serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran panjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

(2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran Ostium Uteri Eksternum (OUE) karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi.

b) Perubahan sistem kardiovaskuler

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi. Posisi tidur terlentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasanya mengalami hipotensi dan janin mengalami asfiksia.

(2) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode segera sebelum persalinan.

c) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan, kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh.

d) Perubahan sistem respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, keawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar.

e) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesterone yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

f) Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen Atas Rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar.

g) Perubahan hematologist

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Jumlah sel darah putih meningkat secara progres selama Kala I persalinan sebesar 5000 s/d 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap.

h) Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, dikarenakan oleh kardiak out-put yang meningkat serta disebabkan oleh glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang yang mengurangi aliran urine selama kehamilan.

i) Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang, menyebabkan pencernaan hampir berhenti disela persalinan dan menyebabkan konstipasi. Makanan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Rasa mual muntah bukanlah hal yang jarang, hal ini menunjukkan berakhirnya Kala I persalinan.

j) Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tingkat tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5 – 10 C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan yang wajar namun jika keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu mengindikasikan dehidrasi.

k) Perubahan pada vagina dasar panggul

Pada Kala I ketuban ikut meregang, bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa akan bisa dilalui bayi, setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak, bagian depan yang maju tersebut kedasar panggul di regang menjadi saluran dengan dinding yang tipis, waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan dari luar peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis, sedangkan anus semakin terbuka, regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul. Tetapi saat jaringan tersebut robek, akan menimbulkan perdarahan yang banyak (Ai Nursiah, dkk 2014).

c. Perubahan Psikologis Kala I

Perubahan psikologi pada ibu bersalin selama Kala I antara lain sebagai berikut :

- a) Memerlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik atau negatif.
- b) Mengajukan banyak pertanyaan atau sangat waspada terhadap sekelilingnya.

- c) Memperlihatkan tingkah laku saat membutuhkan.
- d) Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan.
- e) Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi perawatan.
- f) Tampak “lepas kontrol” dalam persalinan (saat nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu).
- g) Respon “melawan atau menghindari”, yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan dan bentuk stress lainnya (Widia, 2015).

d. Masalah Dan Penyulit Pada Kala I

Indikasi – indikasi untuk melakukan tindakan dan/atau rujukan segera selama Kala I persalinan:

- a. Perdarahan pervaginam selain dari lender bercampur darah (“show”).
- b. Ketuban pecah bercampur dengan sedikit mekonium disertai tanda-tanda gawat janin.
- c. Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang 37 minggu).
- d. Tanda-tanda atau gejala-gejala infeksi : temperature tinggi $>38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban yang berbau.
- e. Tekanan darah $>160/100$ dan/ atau terdapat protein urin.
- f. DJJ <100 atau >180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit.
- g. Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
- h. Presentasi ganda/majemuk (adanya bagian janin, seperti lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala).
- i. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
- j. Tanda dan gejala syok : Nadi cepat, lemah (lebih dari 110 x/menit), tekanan darahnya rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg), pucat, berkeringat atau kulit lembab, dingin, napas cepat (lebih dari 30 x/menit), cemas, bingung atau tidak sadar, dan produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml/jam).

- k. Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang dimana pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam , dan kontraksi teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit).
- l. Tanda dan gejala belum inpartu yaitu, kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik, tidak ada perubahan serviks dalam waktu satu sampai dua jam.
- m. Tanda dan gejala partus lama yaitu, pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang 1 cm per jam, dan kurang dari dua kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing berlangsung kurang 40 detik (Ibnu Pranoto, dkk 2014).

2.2.5.2 Kala II (Kala Pengeluaran)

a. Pengertian Kala II

Kala II persalinan disebut juga Kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek yang dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi (Widia, 2015).

b. Tanda Dan Gejala Kala II

Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda Kala II adalah :

- a) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir portio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga portio membuka secara perlahan.
- b) His yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- c) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang.

- d) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah.
- e) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka.
- f) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk ke Pintu Bawah Panggul (PBP) dan di tambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastis.
- g) Bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Widia, 2015).

c. Mekanisme Persalinan Normal

Pada akhir Kala 1, segmen uterus, serviks, dasar panggul, dan pintu keluar vulva membentuk satu jalan lahir yang continue. Gaya yang diperlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot abdomen sekunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi :

- a) Turunnya kepala

Turunnya kepala di bagian dalam :

- 1) Masuknya kepala dalam Pintu Atas Panggul (PAP)/Engagement

Masuknya kepala kedalam PAP pada primigravida terjadi di bulan akhir kehamilan sedangkan pada multigravida biasanya terjadi pada awal persalinan. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan flexi yang ringan. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran synclitismus, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir/tepat diantara simpisis dan promotorium sehingga, dari parietal

depan dan belakang sama tingginya. Kepala yang masuk dengan keadaan asynclitismus yaitu arah kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis/agak kebelakang mendekati promotorium. Asynclitismus posterior bila sutura sagitalis mendekati simpisis dari parietal biasa lebih rendah dari parietal depan, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan PAP. Asynclitismus anterior yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga parietal depan lebih rendah dari parietal belakang, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan PAP.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kerongga panggul dan biasanya baru mulai pada Kala II. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam, dan extensi. Penyebab majunya kepala yaitu meningkatnya cairan intra uterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengedan, melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim.

3) Flexi

Dengan majunya kepala, biasanya flexi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya flexi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir : diameter sub occipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan sub occipito frontalis (11 cm). Penyebab flexi yaitu dikarenakan anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, cerviks, dinding panggul atau dasar panggul, akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris dengan sumbu mendekati sub occiput, tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala anak akan menurun menurut hukum Koppel.

4) Putaran paksi dalam

Yang dimaksud putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan kebawah symfisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar kedepan kebawah symfisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai didasar panggul. Penyebab putaran paksi dalam yaitu dikarenakan, pada letak fleksi bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitilis, m. levator ani kiri dan kanandan ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala terjadi dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultannya ialah kekuatan kearah depan atas. Setelah subociput tertahan pada pinggir bawah symfisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan subociput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Subociput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochilion.

6) Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran retribusi (putaran balasan). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

7) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochilion dan kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Ai Nurasih, dkk 2014).

d. Langkah-langkah Pertolongan Persalinan

a. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

1) Mendengar dan melihat tanda gejala Kala II

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (dorongan).
- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina (teknus).
- c) Perineum tampak menonjol (perjol).
- d) Vulva dan singter ani membuka (vulka).

b. Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL.
- 3) Pakai celemek palastik.
- 4) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan tissue/handuk.
- 5) Pakai sarung tangan DDT pada tangan yang digunakan untuk PD.

- 6) Masukkan oksitosin kedalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit).
- c. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, mengusapnya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
 - 8) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi).
 - 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - 10) Periksa DJJ setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
- d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran
- 11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
 - 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan aktif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya, kecuali posisi terlentang dalam waktu yang lama; Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
 - d) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

e) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai; Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).

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

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

16) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala Bayi

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

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

21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahirnya Bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.

Lahirnya Badan dan Tungkai

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

g. Penanganan Bayi Baru Lahir

25) Lakukan penilaian selintas

- a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- b) Apakah bayi bergerak aktif ?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau menggap-mengap lakukan langkah resusitasi (lanjut kelangkah resusitasi pada asfiksia BBL).

26) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks caseosa. Ganti handuk yang basah dengan handuk kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

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

28) Beritahu ibu bahwa ia akan di suntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

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

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

31) Pematangan dan pengikatan tali pusat.

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

- 32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- 33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

h. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

- 34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simpisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri).
- a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.
- b) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

- 37) Lakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial).
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
- (1) Beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

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

38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di undus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

i. Menilai perdarahan.

40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik dan tempat khusus.

41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

j. Melakukan prosedur pasca persalinan.

42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

43) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit dada ibu paling sedikit 1 jam.

44) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan dan pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic profilaksis dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri antero lateral.

45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan antero lateral.

k. Evaluasi

- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam.
- 47) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimulasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,50 C).

l. Kebersihan dan Keamanan

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

m. Dokumentasi

- 58) Lengkapi partograf (halaman delapan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan Kala IV (Widia, 2015).

e. Komplikasi dan Penyulit Persalinan Kala II

a. Distosia Bahu

Distosia bahu (bahu macet) yaitu kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak dapat masuk melalui pintu bawah panggul, bahu menjadi tidak dapat digerakkan. Bahu posterior juga dapat macet di atas promotorium sacral, walau pun jarang terjadi. Distosia bahu umumnya terjadi pada bayi yang makrosomia, yakni suatu keadaan yang di tandai oleh ukuran badan bayi yang relative lebih besar dari ukuran kepala dan bukan semata-mata berat bayi yang >4000 gram.

Penanganan distosia bahu, yaitu dengan melakukan Manuver McRobert (posisi lutut-dada) dengan cara ambil posisi jongkok lebar atau posisi litotomi berlebihan dengan paha menyentuh dada dan ibu dalam posisi setengah duduk. Posisi ini memungkinkan Outlet panggul bertambah lebar. Fleksi yang berlebihan dari kaki akan meluruskan sacrum relative terhadap lumbar tulang punggung. Fleksi yang berlebihan dari panggul dan dengkul akan meluruskan dan memungkinkan sudut panggul untuk menampung diameter yang lebih besar dari bahu (Lailiyana, dkk, 2012).

2.2.5.3 Kala III (Kala Uri)

a. Pengertian Kala III

Kala III dimulai sejak bayi bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus Kala III disebut juga Kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Ina Kuswanti, dkk 2014).

b. Tanda – Tanda Lepasnya Plasenta

1. Perubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

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

plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segi tiga, atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

2. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld).

3. Semburan darah yang mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacenta pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas (Ai Nursiah, dkk 2014).

c. Metode Pelepasan Plasenta

1. Metode Scultze

Metode yang lebih umum terjadi adalah plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kanton amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

2. Metode Matthews Duncan

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, sehingga sebagian plasenta tidak berada dalam kantong. Walaupun demikian sebagian selaput ketuban berpotensi tertinggal dengan metode ini karena selaput ketuban tidak terkelupas semua selengkap metode Schultze. Metode ini berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lam dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya sedikit serat oblik dibagian bawah segmen (Nurul Jannah, 2017).

d. Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina (Ina Kuswanti, dkk 2014).

Dari tempat ini plasenta di dorong keluar oleh tenaga mengejan, 20% secara spontan dan selebihnya memerlukan pertolongan.

Plasenta dikeluarkan dengan melakukan tindakan manual apabila perdarahan lebih dari 400 sampai 500 cc, terjadi restensio plasenta, bersamaan dengan tindakan yang di sertai narkosa, dari anamnese terdapat perdarahan hibitualis.

Lahirnya plasenta lebih baik dengan bantuan penolong dengan sedikit tekanan pada fundus uteri setelah plasenta lepas. Tetapi pengeluaran plasenta jangan dipaksakan sebelum terjadi pelepasan karena di khawatirkan menyebabkan inversio uteri. Traksi pada tali pusat tidak boleh digunakan untuk menarik plasenta keluar dari uterus. Pada saat korpus di tekan, tali pusat tetap di regangkan. Maneuver ini diulangi sampai plasenta mencapai introitus, setelah introitus penekanan dilepaskan. Tindakan hati-hati diperlukan untuk mencegah membran tidak terputus dan tertinggal jika membrane robek pegang robekan tersebut dengan klem dan tarik perlahan. Periksa plasenta secara hati-hati untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal (Ai Nursiah, 2014).

e. Pemeriksaan Plasenta

Pemeriksaan plasenta meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Selaput ketuban utuh atau tidak.
2. Plasenta (ukuran plasenta) yang terdiri atas : Bagian maternal, jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon, bagian fetal, utuh atau tidak.
3. Tali pusat, meliputi : Jumlah arteri dan vena, adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia, dan insersi tali pusat apakah sentral, marginal, panjang tali pusat (Nurul Jannah, 2017).

f. Deteksi dan Komplikasi Kala III

1. Perdarahan Kala III

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan atau hilangnya darah 500 cc atau lebih yang terjadi setelah anak lahir. Perdarahan dapat terjadi sebelum, selama, atau sesudah lahirnya plasenta. Perdarahan menurut waktunya dibagi atas :

- a) perdarahan post partum primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
- b) Perdarahan postpartum skunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi antara 24 jam dan 6 minggu setelah anak lahir (Widia, 2015).
- c) Penyebab perdarahan Kala III yaitu :

1) Atonia Uteri

Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Pada kondisi tertentu, otot rahim tersebut tidak mampu berkontraksi atau Kalaupun ada, kontraksi tersebut kurang kuat. Akibatnya perdarahan yang terjadi dari tempat implantasi plasenta tidak akan berhenti sehingga kondisi tersebut sangat membahayakan ibu.

Penyebab Atonia Uteri :

Penyebab atonia uteri belum diketahui secara pasti, akan tetapi terdapat beberapa faktor predisposisi atonia uteri yaitu terjadinya distensi rahim yang berlebihan, pemanjangan masa persalinan atau partus lama, grandemultipara (paritas 5 atau lebih), kehamilan dengan mioma uteri dan Factor predisposisi lain adalah persalinan buatan (section caesarea, forsep, dan ekstraksi vakum), persalinan lewat waktu dan korioamnionitis.

Tanda dan Gejala

Mengenal tanda dan gejala sangat penting dalam penentuan diagnosis dan penatalaksanaannya. Tanda dan gejala tersebut meliputi perdarahan pervaginam, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik dan syok.

2) Laserasi Jalan Lahir atau Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Akan tetapi, hal tersebut dapat di hindari atau dikurangi dengan cara mencegah kepala janin melewati dasar panggul dengan cepat.

3) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan plasenta yang tertahan atau belum lahir hingga melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta biasanya terlepas dari tempat implantasinya pada keadaan normal 15 menit setelah bayi lahir. Penyebab dari Retensio Plasenta yaitu :

a) Plasenta belum terlepas dari dinding rahim karena tubuh terlalu melekat lebih dalam. Berdasarkan tingkat perlekatannya, kondisi plasenta menjadi :

- (1) Plasenta adhesif, yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- (2) Plasenta akreta, imlantasi jorjot korion memasuki sebagian miometrium.
- (3) Plasenta inkreta, implantasi menembus hingga miometrium.
- (4) Plasenta parkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.

b) Plasenta telah lepas, tetapi belum keluar karena :

- (1) Atonia uteri, yang dapat menyebabkan perdarahan.
- (2) Terdapat lingkaran kontraksi pada bagian rahim akibat kesalahan penanganan Kala III sehingga menghalangi plasenta untuk keluar (plasenta inkarserata).

4) Kelainan Pembekuan Darah

Perdarahan yang telah di jelaskan sebelumnya umumnya terjadi akibat pembekuan darah intravascular merata dan kelainan bawaan pada mekanisme pembekuan darah. Penyakit kelainan pembekuan darah seperti amfibrinogenemia atau hipofibrinogenemia sangat membahayakan jiwa ibu, bila tidak cepat di tanggulangi (Nurul Jannah, 2017).

2.2.5.4 Kala IV (Kala Pemantauan)

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan (Dwi Asri, dkk 2012).

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan.

Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil (masase) fundus uteri, dan bila perlu dilakukan kompresi bimanual (Widia, 2014).

a. Pemantauan Kala IV

1. Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, periksa darah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terluka dan terbuka. Sedangkan vulva bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet (Ai Nursiah, dkk 2014).

2. Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia. Oleh karena itu pemantauan selama dua jam pertama persalinan postpartum sangat penting (Ai Nursiah, dkk 2014).

Pemantauan dan evaluasi lanjut dapat berupa :

a. Tanda Vital

Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda vital meliputi usaha untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, tidak terjadi perdarahan vagina atau alat genitalia lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah lahir lengkap, kandung kemih kosong, luka pada perineum terawat baik dan tidak terjadi hematoma. Selain itu ibu dan bayi berada dalam keadaan baik.

Tanda syok pada ibu harus diperhatikan seperti nadi cepat dan lemah (110 kali/menit), tekanan darah rendah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat,

dingin kulit lembab, napas cepat, kesadaran menurun, dan protein urin sangat sedikit. Perhatikan pula tanda dehidrasi, gejala infeksi, gejala preeklamsi hingga eklamsi dan pemantauan suhu tubuh untuk mencurigai terjadinya infeksi.

b. Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang baik pada uterus adalah bahwa uterus terasa keras dan tidak lembek dan tinggi fundus uteri berada 1-2 jari dibawah pusat setelah melahirkan. Pemeriksaan kontraksi dilakukan 15 menit pada satu jam pertama pascapartum, dan 30 menit satu jam kedua pasca post partum.

c. Lokhea

Selama beberapa hari persalinan, lokea tampak merah karena ditemukan eritrosit atau disebut juga lokea rubra. Setelah 3 sampai 4 hari, lokea menjadi pucat atau lokea serosa, dan hari ke 10, lokea tampak putih atau putih kekuning-kuningan atau lokea alba. Lokea yang berbau busuk menjadi indikasi dugaan endometrosis.

d. Kandung Kemih

Kandung kemih harus terus dipertahankan dalam keadaan kosong, kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi. Pemantauan kontraksi selama satu jam pertama dilakukan empat kali dalam 15 menit dan pada jam kedua, dua kali dalam 30 detik.

e. Perineum

Setelah persalinan, keadaan perineum harus juga menjadi perhatian. Apabila terjadi luka jahit, perlu diperhatikan tanda-tanda infeksi, menjaga kebersihan area luka jahitan. Kebersihan luka yang tidak terjaga dapat memicu infeksi (Nurul Janna, 2017).

b. Tanda Bahaya Kala IV

Selama Kala IV, bidan harus memberitahu ibu dan keluarga tentang tanda bahaya yaitu demam, perdarahan aktif, pembekuan darah banyak, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, kesulitan dalam menyusui, nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa (Widia, 2015).

2.2.6 Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesis, dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan, dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinik selama Kala I persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah mengamati dan mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam dan menentukan normal atau tidaknya persalinan serta mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi mengenai kemungkinan persalinan lama. Partograf dapat di gunakan untuk semua ibu selama fase aktif Kala I persalinan ; selama persalinan dan kelahiran di semua tempat seperti rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit dll.

2.2.6 Bagian Partograf

Partograf berisi ruang untuk mencatat hasil pemeriksaan yang dilakukan selama Kala I persalinan yang mencakup kemajuan persalinan, keadaan janin, dan keadaan ibu.

1) Kemajuan Persalinan

Kemajuan persalinan yang di catat dalam partograf meliputi pembukaan serviks, penurunan kepala janin, dan kontraksi uterus.

2) Pencatatan Selama Fase Laten Dan Fase Aktif Persalinan

Fase laten ditandai dengan pembukaan serviks 1-3 cm. Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat terpisah dari partograf, yaitu pada catatan atau Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan dan semua asuhan serta intervensi harus dicatat. Waktu penilaian, kondisi ibu, dan kondisi janin pada fase laten meliputi : Denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus, nadi setiap 1 jam, pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah, dan suhu setiap 2 sampai 4 jam dan apabila di temui tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan.

3) Pencatatan Dan Temuan Pada Partograf Selama Fase Aktif

Dilengkapi pada bagian awal (atas) partograf, saat memulai asuhan persalinan.

a) Kesehatan dan Kenyamanan Janin

Menilai dan mencatat setiap 30 menit (lebih sering, jika ada tanda gawat janin).

Setiap kotak pada bagian tersebut menunjukkan waktu 30 menit, kisaran normal DJJ terpanjan pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Akan tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160.

b) Warna dan Adanya Ketuban

Warna ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan dalam, selain warna air ketuban, jika pecah. Catat temuan dalam kontak yang sesuai di bawah lajur DJJ dan gunakan lambang berikut.

U = ketuban utuh (belum pecah)

J = ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M = ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D = ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K = ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering)

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Apabila terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda gawat janin (DJJ <100 atau >180 kali per menit) selama proses persalinan.

c) Molase (Penyusupan Kepala Janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (Cephalopelvic disproportion) CPD. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin dan catat temuan dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambang berikut ini :

- 0 = Tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
- 1 = Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- 2 = Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, namun masih dapat dipisahkan.
- 3 = Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan.

d) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 pada tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. SKala angka 15 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

e) Pembukaan Serviks

Penilaian dan pencatatan pembukaan serviks dilakukan setiap 4 jam (lebih sering, jika terdapat tanda penyulit). Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan laju besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

f) Penurunan Bagian Terbawah Atau Presentasi Janin

Setiap melakukan pemeriksaan dalam (4 jam atau lebih), jika terdapat tanda penyulit, catat dan nilai penurunan bagian terbawah atau presentasi janin. Kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin pada persalinan normal. Akan tetapi, penurunan bagian terbawah janin terkadang baru terjadi setelah pembukaan serviks 7 cm. Penurunan kepala bayi harus selalu diperiksa dengan memeriksa perut ibu sesaat sebelum pemeriksaan dalam dengan ukuran perlimaan diatas Pintu Atas Panggul (PAP). Beri tanda "o" pada garis waktu yang sesuai dengan garis tidak terputus 0-5 yang tertera di sisi yang samadengan pembukaan serviks. Hubungkan tanda "o" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

g) Garis Waspada dan Garis Bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dengan pembukaan lengkap yang diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Apabila pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, penyulit yang ada harus dipertimbangkan (misalnya fase aktif memanjang, macet dll).

h) Jam dan Waktu

Waktu dimulai fase aktif persalinan, Bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan kepala janin) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menanyakan waktu satu jam sejak dimulai fase aktif persalinan. Waktu actual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada, lalu catatkan waktu actual pemeriksaan tersebut di kotak yang sesuai.

i) Kontraksi Uterus

Terdapat lima lajur dengan tulisan “ kontraksi setiap 10 menit “ di sebelah luar kolom paling kiri dibawah lajur waktu partograf. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Tiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lama satuan detik >40 detik.

j) Obat dan Cairan yang Diberikan

(1) Oksitosin

Apabila tetesan (drips) oksitosin telah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan intra vena dan satuan tetesan per menit.

(2) Obat lain dan cairan intra vena

Catat semua pemberian obat tambahan dan atau cairan intravena dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

4) Kesehatan dan Kenyamanan Ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan ibu meliputi hal-hal sebagai berikut.

a) Nadi, tekanan darah, dan temperature tubuh. Catat dan nilai nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai terdapat penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom pada waktu yang sesuai. Nilai tekanan darah ibu dan catatat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai terdapat penyulit). Beri tanda panah dalam kolom waktu yang sesuai pada partograf. Nilai dan catat juga temperature tubuh ibu setiap 2 jam dan catat temperature tubuh dalam kotak yang selesai.

b) Volume urine, protein dan aseton. Ukuran catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam. Apabila memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton atau protein dalam urine.

5) Asuhan, Pengamatan Dan Keputusan Klinik Lainnya.

Catatan semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Asuhan pengamatan, dan/ atau keputusan klinik mencakup jumlah cairan oral yang diberikan, seperti keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur, konsultasi dengan penolong pesalinan lainnya (dokter obgin, bidan, dokter umum), persiapan sebelum melakukan rujukan dan upaya rujukan.

6) Pencataan Pada Lembar Belakang Partograf

a) Data Dasar

Data dasar terdiri atas tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan alasan merujuk, tempat rujukan, dan pendamping saat merujuk.

(1) Kala I

Data Kala I terdiri atas pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah yang dihadapi, penatalaksanaan dan hasil penatalaksanaan tersebut.

(2) Kala II

Data Kala II terdiri atas episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan, dan hasilnya. Jawaban di beri tanda “√” pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

(3) Kala III

Data Kala III terdiri atas lama Kala III, pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, masase uterus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya.

(4) Kala IV

Data Kala IV terdiri dari tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Pemantauan Kala IV sangat penting untuk menilai resiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pemantauan Kala IV dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya.

(5) Bayi Baru Lahir

Data bayi baru lahir tersiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian Air Susu Ibu (ASI), masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih, dan hasilnya (Nurul, 2017).

2.3 Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL utuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat (Tando, Naomy Marie, 2016). Menurut Sarwono (2014) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Sondakh,2017). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut :

- a. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia : pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki-laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- k. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks Moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- m. Refleks grasped atau menggenggam sudah baik.
- n. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Tando, 2016).

2.3.2 Perubahan Fisiologi (Sondakh, 2017)

A. Perubahan pada sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.

B. Perubahan sistem Kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan ductus arteriosus tertutup.

C. Perubahan termoregulasi dan metabolik

Sesaat sesudah lahir, bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25 °C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (cold injury).

D. Perubahan Sistem Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

E. Perubahan Gastrointestinal

Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100 ml.

F. Perubahan Ginjal

Sebagian besar bayi berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

G. Perubahan Hati

Selama periode neontaus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

H. Perubahan Imun

Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

2.3.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

2.3.3.1 Pengertian Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran nafas, mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan IMD, memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi immunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (Syaputra Lyndon, 2014).

2.3.3.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
2. Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.

3. Meringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem, Hindari meringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.
4. Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima.

Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- a. Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuscular).
- b. Melakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- c. Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).
- d. Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- e. Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- f. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.

5. Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
6. Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.
7. Memberikan suntikan Vitamin K1. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vitamin K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.
8. Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.
9. Memberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuscular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari.
10. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran. Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki). Diantaranya :
 - a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma.
 - b. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, dan tanda-tanda infeksi.

- c. Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalatoskisis dan reflex isap.
- d. Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun telinga dan bentuk telinga.
- e. Leher: perumahan terhadap serumen atau simetris.
- f. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan dan ada tidaknya retraksi.
- g. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor).
- h. Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.
- i. Alat kelamin: untuk laki-laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labia mayora menutupi labio minora.
- j. Anus: tidak terdapat atresia ani.
- k. Ekstremitas: tidak terdapat polidaktili dan syndaktili (Sondakh,2017).

2.3.3.3 Pelayanan Kesehatan Neonatus.

Pelayanan kesehatan neonates menurut kemenkes RI, (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir yaitu :

1. Kunjungan neonates ke-1 (KN I) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.
2. Kunjungan neonates ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
3. Kunjungan neonates ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

2.4 Nifas

2.4.1 Beberapa Pengertian Masa Nifas Menurut Para Ahli

- a. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2014).
- b. Masa nifas disebut juga masa post partum atau puerperium adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sunarsih, 2013).
- c. Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi (Dewi Maritalia, 2012).

2.4.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas haruslah diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis bagi ibu maupun bagi bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu diakibatkan oleh perdarahan yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. selama bidan memberikan asuhan sebaiknya bidan mengetahui apa tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas.

Adapun tujuan dari pemberian asuhan masa nifas antara lain:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa nifas ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologis maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus memberikan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.

- c. Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisis data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang dapat terjadi pada ibu dan bayi.
- d. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya. Yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk kelangkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilakukan.

2.4.3 Periode Masa Nifas

- a. Puerperium dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.

- b. Puerperium intermedial

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

- c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Reni Heryani, 2012).

2.4.4 Adaptasi Fisiologi Pada Masa Nifas

a. Perubahan uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebi 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi (Saleha, 2014) :

- Bayi lahir : setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat, berat 1.000 gr.
- 1 minggu : pertengahan pusat dan simfisis, 750 gr.
- 2 minggu : tidak teraba/diatas simfisis, berat 500 gr.
- 6 minggu : normal, berat 50 gr.
- 8 minggu : normal tapi sebelum hamil, berat 30 gr.

Namun pada keadaan yang abnormal tinggi fundus mengalami perlambatan akibat adanya luka insisi pada posisi Sectio Caesarea (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat.

Beberapa faktor yang mempengaruhi proses involusi uteri diantaranya:

1. Gizi

Faktor gizi dapat memperlambat penurunan TFU karena pada ibu nifas Post Sectio caesarea (SC) tidak boleh langsung makan dan harus diet makanan terlebih dahulu. Jadi bila gizi ibu Post Partum kurang, maka proses pertumbuhan serta pemeliharaan jaringan terutama untuk mengganti sel-sel yang rusak akibat persalinan mengalami gangguan sehingga pengembalian alat-alat kandungan atau involusio uteri menjadi lebih lambat dan rentan terkena infeksi. Gizi yang adekuat akan mempercepat pemulihan kesehatan ibu pasca persalinan dan pengembalian kekuatan otot-ototnya menjadi lebih cepat serta akan mengakibatkan kualitas maupun kuantitas Air Susu Ibu atau ASI. Disamping itu juga ibu pasca persalinan akan lebih mampu menghadapi serangan-serangan kuman sehingga tidak terjadi infeksi dalam nifas (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012).

2. Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah aktifitas segera yang dilakukan setelah beberapa jam dengan beranjak dari tempat tidur pada ibu dengan pasca persalinan. Mobilisasi dini (early mobilization) bermanfaat untuk :

- Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium.
- Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- Mempercepat involusi alat kandungan.
- Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisi metabolisme.
- Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai (Elisabeth Siwi Walyani, dkk. 2015).

3. Usia

Usia reproduksi yang optimal bagi seorang wanita adalah umur antara 20-35 tahun, dibawah dan diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Usia mudah dibawah 20 tahun karena perkembangan organ-organ reproduksi yang belum optimal dimana sistim dalam tubuh terutama organ reproduksi masih dalam proses pematangan (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012). Pada usia yang lebih tu diatas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologi maupun reproduksi secara umum, penurunan daya ingat membuat informasi yang disampaikan oleh bidan tidak terserap dengan baik sehinggamemungkin kan terjadi komplikasi yang tidak di inginkan pada pasca persalinan.

4. Pekerjaan

Pekerjaan juga mempengaruhi proses penurunan Tinggi Fundus Uteri dikarenakan pekerjaan akan mempengaruhi tingkat pendapatan sehingga akan mempengaruhi kebutuhan kesehariannya (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012).

5. Pendidikan

Tinggi rendahnya pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dan cara memahami yang di jelaskan oleh bidan.

b. Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas (Saleha, 2013). Berikut ini adalah beberapa jenis Lochea yang terdapat pada wanita pada masa nifas, yaitu :

1. Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lochea yang akan keluar selama tiga hari post partum.
2. Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
3. Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lochea rubra. Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan. Lochea alba mengandung cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.
4. Lochea alba adalah lochea yang terakhir yang dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua (Saleha, 2014).

c. Serviks

Segera setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong berwarna merah kehitaman, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Dewi Martalia, 2012).

d. Bekas implantasi plasenta

Proses involusi tempat melekatnya plasenta mempunyai kepentingan klinis yang besar, karena bila proses ini terganggu dapat terjadi perdarahan nifas (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012).

e. Rasa sakit (after pains)

Mules-mules sesudah partus akibat kontraksi uterus kadang-kadang akan sangat mengganggu selama 2-3 hari Post partum. Perasaan mules ini lebih terasa bila wanita tersebut sedang menyusui. Perasaan sakit itupun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah didalam kavum uteri (Fitriana dan Lilis Dwi, 2012).

f. Laktasi

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak adalagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi ketika bayi mengisap puting refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk mengekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let dow (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2013).

g. Perubahan sistem pencernaan

Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada proses persalinan (Dewi Maritalia, 2012).

h. Perubahan sistem urinaria

Pada awal post partum kandung kemih mengalami oedema, kongesti dan hipotonik, hal ini disebabkan karena adanya overdistensi pada saat Kala II persalinan dan pengeluaran urin yang tertahan selama proses persalinan.

i. Sistem endokrin

Selama kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut, diantaranya :

1. Oksitosin. Oksitosin disekresi dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut dapat membantu uterus kembali ke bentuk semula.
2. Prolaktin. Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperang dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.
3. Estrogen dan Progesteron. Selama hamil volume darah meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina (Saleha, 2013).

j. Perubahan tanda-tanda Vital

Tanda-tanda Vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu, dan tekanan darah.

1. Suhu badan. Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{Celcius}$ dari keadaan normal ($36^{\circ}\text{--}37,5^{\circ}\text{Celcius}$), namun tidak lebih dari 38°Celcius . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan.
2. Nadi. Denyut Nadi normal berkisar antara 60–80 kali per menit pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Namun pada masa nifas denyut nadi akan kembali normal.
3. Tekanan darah. Tekanan darah normal untuk systole berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Namun setelah persalinan, tekanan darah dapat sedikit rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan.
4. Pernafasan. Frekuensi pernafasan normal berkisar antara 18-24 kali per menit. Setelah persalinan frekuensi pernafasan akan kembali normal. Keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi.

k. Perubahan sistem kardiovaskuler

Kardiak output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai Kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 postpartum.

l. Perubahan sistem hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah (Reni Heryani, 2012).

m. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak

jarang uterus jatuh kebelakang dan dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat setelah putusya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan lendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Wulandari, dkk, 2011).

2.4.5 Proses Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Perubahan psikologi sebenarnya sudah terjadi pada saat kehamilan. Menjelang persalinan, perasaan senang dan cemas bercampur menjadi satu. Perasaan senang timbul karena akan berubah peran menjadi seorang ibu dan segera bertemu dengan bayi yang telah lama dinanti-nantikan. Timbulnya perasaan cemas karena khawatir terhadap calon bayi yang akan dilahirkannya, apakah bayi akan dilahirkan dengan sempurna atau tidak. Hal ini dipengaruhi oleh polah asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan, lingkungan, adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan serta pengalaman yang didapat (Dewi Maritalia, 2012).

a. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas

Pada primipara, menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress apabila tidak ditangani dengan segera. Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa Nifas antara lain adalah sebagai berikut :

1. Fase Taking in

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologi berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan

sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2. Fase Taking Hold

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya dan ibu sensitif dan lebih mudah tersinggung. Sebagai bidan disini harus memberikan asuhan penuh terhadap kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan bekas luka sesar, mobilisasi, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya.

b. Postpartum blues atau baby blues

Ada Kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan Baby blues, yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil, sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan (Reni Heryani, 2012).

Hal yang dapat dilakukan seorang bidan, yaitu:

1. Menciptakan ikatan antara bayi dan ibu sedini mungkin.
2. Memberikan penjelasan yang diberikan pada ibu, suami dan keluarga bahwa hal ini merupakan suatu hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu setelah melahirkan.
3. Simpati, memberikan bantuan dalam merawat bayidan dorongan pada ibu agar tumbuh rasa percaya diri.
4. Memberikan bantuan dalam merawat bayi.

5. Menganjurkan agar beristirahat yang cukup dan makan makanan yang bergizi (Reni Heryani, 2012).

c. Kemurungan masa nifas

Kemurungan Masa Nifas disebabkan perubahan dalam tubuh selama kehamilan, persalinan dan nifas. Kemurungan dalam masa nifas merupakan hal yang umum, perasaan-perasaan demikian akan hilang dalam dua minggu setelah melahirkan. Tanda dan gejala kemurungan masa nifas antarlain: emosional, cemas, hilang semangat, mudahn marah, sedih tanpa sebab, sering menangis.

Penatalaksanaan : bicarakan apa yang dialami ibu, temani ibu, berikan kesempatan ibu untuk bertanya, berikan dorongan ibu untuk merawat bayinya, biarkan ibu bersama dengan bayinya, gunakan obat bila perlu (Reni Heryani, 2012).

2.4.6 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat reproduksi khususnya pasca operasi belum bisa berangsur pulih di bandingkan dengan ibu nifas yang melahirkan normal. Untuk membantu proses penyembuhan maka di perlukan beberapa kebutuhan dasar ibu pada masa nifas, yaitu diantaranya :

a. Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada Masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat sekitar 25%, karenaberguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan bias (Walyani, dkk., 2015).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

1. Mengkonsumsi tambahann 500 kalori tiap hari.
2. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral.
3. Minum sedkitnya 3 liter air setiap hari.

4. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
5. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melai ASI (Saleha, 2013).

b. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air outih, sari buah, susu dan sup (Reni Heryani, 2012).

Kegunaan cairan bagi tubuh menyangkut beberapa fungsi berikut:

1. Fungsi sistem perkemihan.
2. Keseimbangan dan keselarasan berbagai proses did lam tubuh.
3. Sistem urinarius (Walyani, dkk, 2015:108-110).

c. Mobilisasi dini (early mobilization)

Mobilisasi dini (early mobilization) bermanfaat untuk melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, ibu merasa lebih sehat dan kuat , mempercepat involusi alat kandungan, fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik, meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisi metabolisme, memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu serta mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai (Elisabeth Siwi Walyani, dkk. 2015).

d. Kebutuhan eliminasi

1. Buang Air Kecil (BAK)

Pada persalihan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apapun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan (Elisabeth Siwi Walyani, dkk. 2015). Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum.

Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, Kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi (Saleha, 2013).

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu post partum :

- a. Berkurangnya tekanan intra abdominal
- b. Otot-otot perut masih lemah
- c. Edema dan uretra
- d. Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha, 2014).

2. Buang Air Besar (Defekasi)

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2014).

e. Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:

1. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
2. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada keputusan pasangan yang bersangkutan (Saleha, 2014).

f. Kebutuhan perawatan payudara

Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Berikut ini cara perawatan payudara yang perlu diperhatikan, diantaranya:

1. Sokong payudara kiri dengan tangan kiri (kanan dengan tangan kanan) dua atau tiga jari dari tangan yang berlawanan membuat gerakan memutar sambil menekan, dari pangkal payudara dan berakhir dengan gerakan spiral pada daerah puting susu, setiap payudara minimal 2 kali gerakan.
2. Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara. Urutlah dari tengah sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan kedua payudara perlahan-lahan sambil membuat sentakan kecil. Lakukan gerakan ini \pm 30 kali.
3. Sokong payudara dengan satu tangan, sedang tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi ke arah puting susu. Lakukan gerakan ini \pm 30 kali setiap payudara.
4. Pengompresan. Kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama 2 menit, kemudian ganti dengan kompres dingin selama 1 menit. Kompres berganti-ganti selama 3 kali berturut-turut akhiri dengan kompres hangat.

2.4.7 Program Tindak Lanjut Asuhan Masa Nifas Di Rumah

a. Jadwal Kunjungan Rumah

Program dan kebijakan teknis yang lebih baru mengenai jadwal Kunjungan Masa Nifas di Rumah Paling sedikit dilakukan empat kali, yaitu diantaranya:

- Kunjungan ke 1 6-8 jam setelah persalinan.

Mencegah terjadinya perdarahan 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. Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

- Kunjungan ke 2 enam hari setelah persalinan.

Memastikan involusio uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

- Kunjungan ke 3 dua minggu setelah persalinan : sama seperti yang diatas (enam hari setelah persalinan).

b. Keuntungan dan keterbatasan

Kunjungan rumah post partum memiliki keuntungan yang sangat jelas karena membuat bidan dapat melihat dan berinteraksi dengan anggota keluarga didalam lingkungan yang alami dan aman. Bidan mampu mengkaji kecukupan sumber yang ada dirumah dan dilingkungan sekitar.

Selain keuntungan, kunjungan rumah Post Partum juga memiliki keterbatasan yang masih sering dijumpai, yaitu sebagai berikut:

1. Besarnya biaya untuk mengunjungi pasien yang jaraknya jauh.
2. Terbatasnya pelayanan bidan dalam memberi pelayanan kebidanan.
3. Kekhawatiran tentang keamanan untuk mendatangi pasien didaerah tertentu (Saleha, 2014).

2.4.8 Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas dan Penanganannya

2.4.8.1 Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus kedalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas (Dewi Maritalia, 2012). Ibu yang mengalami infeksi nifas biasanya ditandai dengan demam (peningkatan suhu tubuh diatas 38°C) yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Pada umumnya Mikroorganisme penyebab infeksi nifas yaitu bakteri aerob dan anaerob, diantaranya :

- a) Streptococcus haemolyticus aerobicus.
- b) Staphylococcus aureus.
- c) Escherichia coli.
- d) Clostridium welchi (Saleha, 2013).

Patofisiologi terjadinya infeksi masa nifas sama dengan patofisiologi infeksi yang terjadi pada sistem tubuh yang lain. Masuknya mikroorganisme kedalam organ reproduksi dapat menyebabkan (infeksi lokal) atau bahkan menyebar ke organ lain (infeksi sistemik). Infeksi sistemik lebih berbahaya daripada infeksi lokal, bahkan dapat menyebabkan kematian bila terjadi sepsis (Dewi Maritalia, 2012).

Macam-macam infeksi nifas :

1. Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.

2. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritonium (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonium terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe.

3. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis adalah penjalan infeksi melalui fena. Hal ini terjadi pada maa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mokroorganisme pathogen (Dewi Maritalia, 2012).

Gambaran klinis

- a. Infeksi lokal seperti: pembengkakan luka episiotmi, terjadi penanahan, perubahan warna lokal, pengeluaran lochia bercampur nanah, mobilisasi terbatas karena rasa nyeri, temperatur badan dapan meningkat.
- b. Infeksi general seperti: tampak sakit dan lemah, temperatur meningkat diatas 39°C, tekanan darah dapat menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapan meningkat dan napas terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurun dan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lochia berbau, bernanah serta kotor (Ai yeyeh Rukiyah, 2011).

2.4.8.2 Keadaan abnormal pada rahim

1. Sub involusi

Pada beberapa keadaan proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya. Sehingga proses pengecilan rahim terhambat. Keadaan demikian disebut sub involusi uteri.

2. Perdarahan masa nifas

Penyebab perdarahan masa nifas adalah sebagai berikut :

- a) Sisa plasenta dan polip plasenta.
- b) Endometritis Puerperalis.
- c) Sebab-sebab fungsional.
- d) Perdarahan luka (Saleha, 2013).

3. Perdarahan oleh sebab-sebab fungsional

Hal yang termasuk perdarahan oleh sebab-sebab fungsional antara lain :

- a) Perdarahan karena hiperplasia glandularis yang dapat terjadi yang berhubungan dengan siklus anovulatorius dalam nifas.
- b) Perubahan dinding pembuluh darah. Pada golongan ini tidak ditemukan plasenta, endometritis, ataupun luka (Saleha, 2014).

1.5 Manajemen Asuhan Kebidanan

1.5.1 Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien.

1.5.2 Langkah- Langkah Asuhan Kebidanan Menurut Varney:

1) Pengumpulan data dasar secara lengkap

Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan secara lengkap dan akurat dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien secara keseluruhan. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

- a) Data subjektif / anamnesa.
- b) Data objektif.
- c) Pemeriksaan penunjang laboratorium.

2) Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien, berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau masalah yang spesifik. Interpretasi data terdiri dari diagnosa kebidanan, diagnosa masalah dan diagnosa kebutuhan.

a) Diagnosa kebidanan

Merupakan diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Dasar diagnosa tersebut

adalah data subjektif berupa pernyataan pasien tentang rasa nyeri pada saat menstruasi, akibat rasa nyeri pada aktifitas, waktu rasa nyeri terjadi. Hasil data objektif meliputi pemeriksaan umum, fisik, dan ginekologi serta hasil pemeriksaan penunjang. Diagnosa kebidanan ditulis dengan lengkap berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan data penunjang.

b) Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis. Masalah dapat muncul tapi dapat pula tidak. Hal ini muncul berdasarkan sudut pandang klien dengan keadaan yang dialami apakah menimbulkan masalah terhadap klien atau tidak. Masalah pada kasus ini yaitu dismenorea primer dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah dan kram pada perut sebelum menstruasi dan selama menstruasi.

c) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis data. Kebutuhan yang muncul setelah dilakukan pengkajian. Ditemukan hal-hal yang membutuhkan asuhan, dalam hal ini klien tidak menyadari. Kebutuhan klien pada dismenorea primer yaitu informasi mengenai dismenorea primer, nutrisi, dan motivasi dari keluarga.

3) Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Diagnosa potensial ditegakkan berdasarkan diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi. Bidan dituntut untuk tidak hanya merumuskan masalah tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis.

4) Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera

Menentukan kebutuhan klien terhadap tindakan yang segera dilakukan oleh bidan atau untuk konsultasi, kolaborasi serta melakukan rujukan terhadap penyimpangan abnormal. Antisipasi pertama yang dilakukan pada dismenorea primer yaitu dengan memperbaiki nutrisi dan pola hidup sehat.

5) Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Merupakan pengembangan rencana asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana harus mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek kesehatan dan disetujui oleh kedua belah pihak (bidan dan klien).

6) Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Langkah ini merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan secara efisien dan aman. Langkah ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya. Selama melakukan tindakan intervensi, bidan menganalisa dan memonitor keadaan kesehatan pasiennya.

7) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengkaji keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai mengapa proses penatalaksanaan efektif / tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

1.5.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

1) Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah pertama.

2) Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah kedua.

3) Analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

- a) Diagnosis atau masalah.
- b) Antisipasi diagnosis / masalah potensial.
- c) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi / kolaborasi dan / atau rujukan sebagai langkah II, III, dan IV.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dari rujukan.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 ASKEB KEHAMILAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL (Ny. Y G2P1A0 UMUR 31 TAHUN
HAMIL 32 MINGGU) DI PUSKESMAS GUNUNG TUA

Tanggal Pengkajian : 15 Juni 2021
Jam : 10.30 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas Gunung Tua
Nama Mahasiswa : Pertiwi Jaya Siregar
NIM : 20100032

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS

Nama	: Yusri R Siregar	Nama Suami	: Rahman Hrp
Umur	: 31 Tahun	Umur	: 33 Tahun
Suku/Kebangsaan	: Batak/Indonesia	Suku/Kebangsaan	: Batak/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D III	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Karyawan	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Gunung Tua	Alamat	: Gunung Tua

B. ANAMNESIS (DATA SUBJEKTIF)

Pada tanggal 15-06-2021, Pukul : 10.30 WIB

1. Alasan kunjungan ini : pasien ingin memeriksakan kehamilannya
2. Keluhan-keluhan : tidak ada
3. Riwayat menstruasi :
 - Haid pertama : umur 14 thn
 - Siklus : 28-30 hari

- Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut
- Disminorhoe : tidak ada
- Teratur/tidak : teratur
- Lamanya : 5-7 hari
- Sifat darah : encer

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

No	Tgl Lahir / Umur	Usia Kehami- lan	Jenis Persali- nan	Tempat Persali- nan	Komplikasi		Penolo- ng	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		BB Lahir	PB	Kead- aan	Lac- tasi	Kelai- nan
1	3 Tahun 5 Bln	38 mgg	Normal	Klinik	-	-	Bidan	3100 gram	50 cm	baik	ada	Tidak ada
2	Hamil ini	32 mgg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

5. Riwayat Kehamilan Ini

- Hari Pertama Haid Terakhir : 13-10-2020
- Taksiran Persalinan : 20-07-2021
- Keluhan-keluhan pada : Trimester I : mual
Trimester II : tidak ada
Trimester III : pusing/sakit kepala
- Pergerakan anak pertama sekali : pada umur kehamilan 16 mgg
- Pergerakan anak 24 jam : <10 kali
- Keluhan-keluhan yang dirasakan (bila ada)
 - Rasa lelah : ada
 - Mual dan muntah yang lama : usia kehamilan 6-10 mgg
 - Nyeri perut : tidak ada
 - Panas menggigil : tidak ada
 - Sakit kepala berat/terus menerus : tidak ada
 - Penglihatan kabur : tidak ada
 - Rasa nyeri/panas waktu BAK : tidak ada

Riwayat penyakit keluarga :

- Jantung : tidak ada
- Hypertensi : tidak ada
- DM : tidak ada
- Gemelli : tidak ada
- Lain-lain : tidak ada

7. Riwayat sosial :

- Status perkawinan : diinginkan/direstui
- Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan :
 - (√) direncanakan (-) tidak direncanakan
 - (√) diterima (-) tidak diterima
- Dukungan suami/keluarga terhadap kehamilan :
 - (√) ada dukungan (-) tidak ada dukungan
- Pengambilan keputusan dalam keluarga :
 - (√) suami (√) ibu hamil (-) mertua/orangtua
- Pola makan :
 - Makanan sehari-hari, frekuensi : 3 kali sehari, banyaknya ½-1 piring
 - Jenis makanan yang dimakan : nasi, lauk (ikan, ayam), sayur
 - Perubahan makan yang dialami (ngidam, nafsu makan, dll) :
- Minum : 10-12 gelas/hari (2-3 liter/hari)
- Kebiasaan merokok : (-) ya (√) tidak
- Minuman keras : (-) ya (√) tidak
- Mengonsumsi obat terlarang : (-) ya (√) tidak
- Kegiatan sehari-hari (beban kerja) : 3-4 jam/hari
- Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan membantu persalinan : di Puskesmas dibantu oleh Bidan

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIVE)

1. Status emosional : stabil
2. Pemeriksaan fisik : BB : 55 kg TB : 158 cm LILA : 25 cm
BB sebelum hamil : 45 kg
3. Tanda-tanda vital : TD : 110/70 mmHg Nadi : 74x/menit
RR : 20x/menit Temp : 36,5°C
4. Kepala : Kulit kepala : (√) bersih (-) tidak bersih
Distribusi rambut : (√) rata (-) tidak merata
5. Wajah : Oedema : (-) ada (√) tidak ada
Cloasma gravidarum : (√) ada (-) tidak ada
Pucat : (-) ya (√) tidak
6. Mata : Conjunctiva : tidak pucat/tidak anemis
Sklera mata : tidak ikterik/tidak kuning
Oedema palpebra : (-) ya (√) tidak
7. Hidung : Polip : (-) ada (√) tidak ada
Pengeluaran : (-) ada (√) tidak ada
8. Mulut : Lidah : (√) bersih (-) tidak bersih
Stomatitis : (-) ada (√) tidak ada
Gigi/karang gigi : (√) ada (-) tidak ada
Berlobang : (√) ya (-) tidak berlobang
Epulis pada gigi : (-) ada (√) tidak ada
Tonsil : (-) meradang (√) tidak meradang
Pharynx : (-) meradang (√) tidak meradang
9. Telinga : Serumen : (-) ada (√) tidak ada
Pengeluaran : (-) ada (√) tidak ada
10. Leher : Luka bekas operasi : (-) ada (√) tidak ada
Kelenjar thyroid : (-) membesar (√) tidak membesar

- Pembuluh limfe : (-) membesar (√) tidak membesar
11. Dada : Mammae simetris : (√) ya (-) tidak
- Areola mamamae : kecoklatan
- Puting susu : menonjol
- Benjolan : (-) ada (√) tidak ada
- Pengeluaran dari puting susu : (-) ada (√) tidak ada
12. Aksilla : Pembesaran kelenjar getah bening : (-) ada (√) tidak ada
13. Abdomen : Pembesaran : (√) simetris (-) tidak simetris
- (-) memanjang melebar

Pemeriksaan khusus kebidanan :

- Leopold I : tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dan px berarti usia kehamilan sekitar 32 minggu
- Leopold II : teraba bagian keras memapan dan memanjang disebelah kanan perut ibu berarti PUKA
- Leopold III : bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras dan melenting berarti kepala janin
- Leopold IV : kedua tangan masih menyatu atau konvergen berarti janin belum masuk ke pintu atas panggul
- TBJ : $(30-13) \times 155 = 2635$ gram
- Kontraksi : (-) ada (√) tidak ada
- Tinggi fundus uteri : pertengahan pusat dan px
- Bagian janin yang terdapat di fundus uteri : lembek, bokong
- Bagian tegang/memapan : (-) kiri (√) kanan
- Bagian kecil : (√) kiri (-) kanan
- Presentasi : kepala
- Penurunan bagian terbawah : (√) konvergen (-) divergen
- Auskultasi : DJJ : (√) ada (-) tidak ada Frekuensi : 136x/’

Pemeriksaan Panggul Luar

Distantia spinarum : 24 cm

Distantia kristarum : 28 cm

Conjuga eksterna : 18 cm

Lingkar panggul luar : 90 cm

14. Genitalia : Vulva : pengeluaran : (-) ada (√) tidak ada
Varices : (-) ada (√) tidak ada
Kemerahan/lesi : (-) ada (√) tidak ada
Perineum (bekas luka/parut) : (-) ada (√) tidak ada
Lain-lain : tidak ada

15. Pinggang (periksa ketuk) : Costo-Vertebra-Angel-Tendeemes = CVAT

Nyeri : (-) ada (√) tidak ada

16. Ekstremitas :

Oedema pada tangan/jari : tidak ada

Oedema ekstremitas bawah : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks patella : ada

D. UJI DIAGNOSTIK

Pemeriksaan laboratorium

Hb : 10,8 mg/dl

HIV : Non Reaktif

Sifilis : Negatif

Protein urine : Negatif

HbSAg : Negatif

II. INTERPRETASI DATA

Ny. Y G2P1A0 usia kehamilan 32 minggu, keadaan janin baik, intra uterin, janin tunggal, PUKA, presentasi kepala, konvergen (janin belum masuk PAP).

III. DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial.

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukannya tindakan segera.

V. PERENCANAAN

1. Berikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Berikan konseling kepada ibu tentang pentingnya menjaga pola makan dan asupan nutrisi yang baik bagi ibu.
3. Jelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan.
4. Anjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene.
5. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
6. Berikan ibu tablet Fe.
7. Jadwalkan kunjungan ulang.

VI. PELAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu usia kehamilan ibu sekitar 32 minggu, keadaan janin baik.
2. Memberikan konseling kepada ibu tentang pentingnya menjaga pola makan dan asupan nutrisi yang baik bagi ibu contoh seperti makan-makanan yang bergizi seimbang seperti : nasi, sayur-sayuran hijau, buah-buahan, susu dan lain-lain.
3. Memberikan penjelasan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan pada TM 3 yaitu, sakit kepala yang hebat, pandangan kabur, bengkak pada muka dan tangan, nyeri perut yang hebat, janin kurang bergerak dari biasa, keluarnya darah dari jalan lahir, dan keluarnya air-air dari jalan lahir. Apabila terdapat tanda-tanda tersebut ibu harus segera datang ke pelayanan kesehatan terdekat.

4. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene yaitu dengan menjaga vagina tetap kering dengan mengganti celana dalam setiap basah atau sehabis BAK.
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup malam minimal 8-9 jam, siang minimal 1-2 jam per hari.
6. Memberikan ibu tablet Fe dengan dosis 1x 1 tablet perhari diminum malam sebelum tidur.
7. Menjadwalkan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 15-07-2021, atau jika ada keluhan boleh datang kapan saja.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Ibu sudah mengerti tentang pentingnya menjaga pola makan dan asupan nutrisi yang baik dan ibu bersedia menjalankannya.
3. Ibu sudah mengerti tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan dan apabila terdapat tanda-tanda tersebut ibu bersedia segera datang ke pelayanan kesehatan terdekat.
4. Ibu sudah mengerti tentang personal hygiene dan bersedia melaksanakannya yaitu dengan menjaga vagina tetap kering dengan mengganti celana dalam setiap basah atau sehabis BAK.
5. Ibu bersedia untuk istirahat yang cukup yaitu malam minimal 8-9 jam, siang minimal 1-2 jam per hari.
6. Ibu sudah mengerti tentang cara minum tablet Fe dan bersedia meminum obatnya.
7. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang pada tanggal 15-07-2021.

3.2 ASKEB PERSALINAN

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN NORMAL PADA Ny. Y DI PUSKESMAS GUNUNG TUA

Tanggal Pengkajian : 19 Juli 2021
Jam : 09.30 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas Gunung Tua
Nama Mahasiswa : Pertiwi Jaya Siregar
NIM : 20100032

I. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS

Nama	: Yusri R Srg	Nama Suami	: Rahman Hrp
Umur	: 31 Tahun	Umur	: 33 Tahun
Suku Bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/Kebangsan	: Batak/Indonesi
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D III	Pendidikan	: S 1
Pekerjaan	: Karyawan	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Gunung Tua	Alamat	: Gunung Tua

B. ANAMNESA

Pada tanggal 19-07-2021, Pukul : 09.30 WIB, Oleh Bidan Pertiwi Jaya Siregar

1. Alasan masuk kamar bersalin : ingin bersalin
2. Tanda-tanda bersalin :
 - ❖ Kontraksi ada sejak tanggal 19 Juli 2021 pukul 01.00 WIB
 - ❖ Frekuensi 3x setiap 10 menit, lamanya 30 detik
 - ❖ Lokasi ketidaknyamanan : sekitar perut menjalar ke pinggang
 - ❖ Pengeluaran pervaginam : lendir bercampur darah

3. Riwayat kehamilan sekarang :

- ❖ HPHT : 13-10-2020 HPL : 20-07-2021
- ❖ Lamanya 6-7 hari
- ❖ Siklus 28 hari
- ❖ ANC : ibu memeriksakan kehamilannya teratur 1x/bulan di puskesmas
- ❖ Penyulit pada kehamilan ini tidak ada

4. Riwayat imunisasi : imunisasi TT 3 kali yaitu 2 kali pada kehamilan pertama dan 1 kali pada kehamilan ini

5. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir > 20 kali

6. Kesiapan menghadapi persalinan : ibu siap dan semangat menghadapi persalinannya yang kedua ini

7. Pendamping persalinan yang diinginkan ibu : suami

8. Riwayat kehamilan dan persalinan dan nifas yang lalu

No	Tgl Lahir / Umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Penolong	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		BB Lahir	PB	Kedaaan	Lac tasi	Kelai nan
1	3 Tahun 5 Bln	38 mgg	Normal	Klinik	-	-	Bidan	3200 gram	51 cm	baik	ada	Tidak ada
2	Hamil ini	38 mgg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

9. Makan dan minum terakhir pukul : 07.00 WIB, jenis makanan dan minuman : nasi, lauk, sayur dan air putih

10. BAK terakhir pukul 07.30 dan BAB terakhir pukul 05.30 WIB

11. Tidur : siang 1 jam , malam 7-8 jam

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Penampilan fisik : baik
Keadaan emosional : stabil
2. Tanda-tanda vital
TD : 120/80 mmHg
RR : 20 x/i

Pols : 78 x/i

Suhu : 36,5 °C

3. Tinggi Badan : 158 cm
4. Berat Badan : 58 kg
5. Muka : tidak ada oedema, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik
6. Mulut dan gigi : ada karies, tidak ada stomatitis, tonsil dan pharing tidak meradang
7. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening
8. Dada : simetris, paru-paru tidak ada waizzing
Payudara simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, pengeluaran kolostrum belum ada dan tidak ada rasa nyeri
9. Abdomen : simetris, tidak ada pembesaran, tidak ada benjolan, tidak ada luka bekas operasi, ada striae albican dan linea nigra, tidak ada pembesaran liver, kandung kemih kosong

Pemeriksaan kebidanan (Kala I)

Tanggal 19-07-2021 Pukul 10.30 WIB

Palpasi uterus

Tinggi fundus uteri : 3 jari dibawah px

Kontraksi : 3x setiap 10 menit selama 30 detik

Letak : memanjang

Presentasi : kepala

Posisi : PUKA

Penurunan : 1/5

Pergerakan : > 20 kali

Auskultasi : DJJ ada terdengar, Frekuensi 140 x/I teratur

Punctum maximum : Kwadran bawah kanan perut ibu

10. Anogenital (inspeksi)

Tidak ada luka parut pada perineum, tidak ada fistula pada vulva vagina, warna merah kecoklatan, tidak ada luka, pengeluaran pervaginam lendir bercampur darah, tidak ada pembengkakan pada kelenjar bartholini, haemorhoid tidak ada.

Pemeriksaan dalam :

Pembukaan serviks : 8 cm

Portio : teraba

Posisi portio : ante flexi

Konsistensi : lembek dan tipis

Penurunan bagian terendah : Hodge III UUK kiri depan

Spina ischiadica : tumpul

Promontorium : tidak teraba

Linea inominata : > 90 %

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. Y inpartu G2 P1 A0 Kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik

1. Inpartu G2 P1 A0 Kala I fase aktif

Data subjektif :

- Ibu mengatakan adanya pengeluaran darah dari vagina yaitu darah bercampur lendir
- Ibu mengatakan ada rasa sakit pada perut menjalar ke pinggang
- Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan tidak pernah keguguran

Data objektif :

- HPHT 13-10-2020 TTP : 20-07-2021
- Periksa dalam : pembukaan 8 cm, kontraksi uterus 3 x dalam 10 menit selama 40 detik, penurunan kepala 1/5 (hodge III)
- Tonus otot longgar, ada striae albican

2. Keadaan ibu dan janin baik

Data subjektif :

- Ibu mengatakan semangat menghadapi persalinannya tp merasa cemas juga karena rasa sakit semakin kuat dan sering

Data objektif :

- Vital Sign :

TD : 100/70 mmHg

RR : 20 x/i

Pols : 78 x/i

Suhu : 36,5 °C

DJJ : 140 x/i

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukannya tindakan segera

V. PERENCANAAN

1. Berikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Observasi tanda-tanda vital, dan VT setiap 2-4 jam (kecuali nadi tiap 30 menit)
3. Observasi DJJ setiap 30 menit
4. Observasi His setiap 30 menit
5. Ajarkan ibu teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi
6. Anjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene dan kosongkan kandung kemihnya
7. Berikan intake minuman dan makanan pada ibu
8. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL
9. Dokumentasikan hasil pemantauan Kala I dalam partograf
10. Observasi tanda dan gejala Kala II

VI. PELAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan ibu dan janinnya baik.
2. Mengobservasi tanda-tanda vital, dan VT setiap 2-4 jam (kecuali nadi tiap 30 menit) untuk memantau keadaan ibu dan kemajuan persalinan, serta mempermudah dalam melakukan tindakan.
3. Mengobservasi DJJ setiap 30 menit sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.
4. Mengobservasi His setiap 30 menit untuk memantau turunnya kepala dan dilatasi serviks.
5. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan pengaturan nafas yaitu pada saat kontraksi ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.
6. Menganjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene dan mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan agar tidak menghalangi penurunan kepala bayi serta memberikan perasaan nyaman pada ibu.
7. Memberikan intake minuman dan makanan pada ibu agar ibu memiliki tenaga pada saat meneran.
8. Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL agar penolong lebih mudah dalam mengambil dan menggunakan alat saat melakukan tindakan yang diperlukan untuk menolong persalinan.
9. Mendokumentasikan hasil pemantauan Kala I dalam partograf memudahkan pengambilan keputusan klinik.
10. Mengobservasi tanda dan gejala Kala II untuk mengetahui kapan ibu memasuki tahap Kala II persalinan.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
2. Tanda-tanda vital sudah diobservasi dan dalam batas normal.
3. DJJ sudah diobservasi setiap 30 menit, terdengar kuat, jelas dan teratur.
4. His sudah diobservasi setiap 30 menit.
5. Ibu sudah mengerti teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi dan sudah mampu melakukannya.
6. Ibu untuk melakukan vulva hygiene dan mengosongkan kandung kemihnya.
7. Ibu sudah makan satu potong roti dan minum teh manis.
8. Bidan sudah mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL.
9. Hasil pemantauan Kala I dalam partograf sudah didokumentasikan.
10. Tanda dan gejala Kala II sudah diobservasi.

KALA II

I. PENGKAJIAN

Tanggal 19-07-2021 Pukul 12.30 WIB

Data subjektif :

- ibu mengatakan rasa ingin BAB dan ingin mengejan, rasa mules dan sakit bertambah sering dan lama menjalar dari pinggang ke perut bagian bawah.

Data objektif :

- TD 120/80 mmHg, HR 80x/' RR 20x/' Temp 36,8°C His teratur 4x/10' lamanya >40", DJJ 148x/', pengeluaran lendir darah dari vagina semakin banyak, ada dorongan meneran, anus mengembang perineum menonjol, vulva membuka.

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. Y inpartu Kala II.

Data subjektif :

- Ibu mengatakan merasa cemas karena rasa sakit dan mules yang semakin hebat.
- Ibu mengatakan ingin BAB.

Data objektif :

- Pembukaan serviks 10 cm (lengkap), terlihat kepala janin maju mundur di introitus vagina, his 4 x dalam 10 menit selama 40 detik, DJJ 148 x/i, terlihat adanya dorongan meneran yang kuat, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka.

Masalah : ibu merasa kesakitan dan cemas.

Kebutuhan :

- Pemberian dukungan emosional.
- Pemenuhan cairan dan dan nutrisi.
- Pengeluaran hasil konsepsi.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial.

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukannya tindakan segera.

V. PERENCANAAN

Tanggal 19-07-2021 Pukul 12.30 WIB

1. Berikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Berikan dukungan emosional kepada ibu.
3. Penuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.
4. Jaga kebersihan perineum ibu.
5. Jaga privasi ibu.
6. Berikan pertolongan asuhan persalinan normal.
7. Dokumentasikan hasil pemantauan Kala II dalam partograf.
8. Observasi tanda dan gejala Kala III.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal 19-07-2021 Pukul 12.45 WIB

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin akan segera dilahirkan.
2. Menganjurkan suami untuk mendampingi istri selama proses persalinan.
3. Memberikan minum kepada ibu untuk menghindari dehidrasi.
4. Menjaga kebersihan perineum agar terhindar dari infeksi jika ada lendir dan darah, cairan ketuban, BAK/BAB segera dibersihkan.
5. Menjaga privasi ibu dengan memasang screm/pembatas.
6. Memberikan pertolongan asuhan persalinan normal.
 - a. Memastikan kelengkapan alat dan obat-obatan, menggelar handuk diatas perut ibu dan menyiapkan oksitosin 10 IU.
 - b. Memakai APD.
 - c. Mencuci tangan.
 - d. Memakai Handscoon.
 - e. Mengisap oksitosin 10 IU.
 - f. Melakukan vulva hygiene.
 - g. Melakukan pemeriksaan dalam dimana pembukaan sudah lengkap, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan kepala di Hodge III, tidak ada molase dan tidak ada bagian kecil yang menumbung.
 - h. Melakukan amniotomi, air ketuban jernih, tidak ada mekonium/darah.
 - i. Mendekontaminasi sarung tangan dengan larutan klorin 0,5%.
 - j. Memeriksa DJJ.
 - k. Mengatur posisi ibu nyaman mungkin.
 - l. Mengajarkan ibu cara meneran yang efektif.
 - m. Mengganti handuk.
 - n. Memimpin persalinan.

- o. Setelah kepala terlihat 5-6 cm di vulva memakai handscoon, memasang duk steril dibawah bokong ibu, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu kemudian mencuci tangan dan memakai handscoon.
 - p. Melindungi perineum ibu dengan satu tangan dan tiga jari tangan kiri berada di occiput untuk melindungi kepala bayi agar tidak terjadi depleksi secara tiba-tiba, maka lahirlah secara berturut-turut UUK dan UUB/dahi, mata, hidung, dagu dan lahirlah keseluruhan kepala bayi.
 - q. Mengambil kasa lalu membersihkan jalan nafas bayi dimulai dari mata, hidung, mulut kemudian mengecek apakah ada lilitan tali pusat atau tidak.
 - r. Menunggu bayi melakukan putar paksi luar kemudian kedua tangan berada di biparetal untuk melahirkan bahu depan, mengarahkan kepala kebawah untuk melahirkan bahu belakang, mengarahkan kepala keatas sampai 1/3 bagian, menyelipkan satu tangan ke punggung bayi, menyanggah dan menyusuri maka lahirlah bayi secara keseluruhan.
 - s. Setelah bayi lahir diletakkan diatas perut ibu sambil nilai sesaat, lalu mengeringkan dan mengganti handuk kemudian menutup kepala bayi sampai kaki kecuali tali pusat.
 - t. Mengklem tali pusat 3 cm dari pangkal tali pusat dengan klem 1 lalu melakukan pengurutan kemudian mengklem kedua 2 cm dari klem 1, kemudian memotong tali pusat diantara klem 1 dan 2 dan menjepit tali pusat.
 - u. Melakukan IMD dan tetap menjaga kehangatan bayi.
7. Mendokumentasikan hasil Kala II dalam partograf.
8. Mengobservasi tanda dan gejala Kala III.

VII. EVALUASI

Tanggal 19-07-2021 Pukul 13.00 WIB

1. Ibu sudah mengetahui tentang kondisinya.
2. Dukungan emosional sudah dibeikan kepada ibu dan rasa cemas ibu sudah berkurang.
3. Kebutuhan nutrisi dan cairan ibu sudah dipenuhi.
4. Kebersihan perineum ibu sudah dijaga.
5. Privasi ibu sudah dijaga.
6. Asuhan persalinan normal telah diberikan, bayi lahir spontan pervaginam pukul 13.00 WIB dengan jenis kelamin perempuan, berat badan 3100 gram, panjang badan 50 cm, afdar skor 7/10, jumlah perdarahan \pm 150 cc, kontraksi uterus baik, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong dan plasenta belum lahir.
7. Hasil Kala II sudah di dokumentasikan.
8. Tanda dan gejala Kala III sudah diobservasi.

KALA III

I. PENGKAJIAN

Tanggal 19-07-2021 Pukul 13.15 WIB

Data subjektif :

- ibu mengatakan merasa lega dan senang atas kelahiran anaknya dan ibu masih merasakan mules di perutnya.

Data objektif :

- TD 120/80 mmHg, HR 80x/i, RR 20x/i, Temp 36,8°C, bayi lahir spontan pervaginam, jenis kelamin perempuan, ibu terlihat senang dan bahagia, plasenta belum lahir, kontraksi uterus baik, teraba bulat dan keras, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong, tidak ada robekan perineum dan perdarahan \pm 100 cc.

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. Y bersalin Kala III.

Data subjektif :

- ibu mengatakan merasa lega dan senang atas kelahiran anaknya dan ibu masih merasakan mules di perutnya.

Data objektif :

- TD 120/80 mmHg, HR 80x/i, RR 20x/i, Temp 36,8°C, bayi lahir spontan pervaginam, jenis kelamin perempuan, ibu terlihat senang dan bahagia, plasenta belum lahir, kontaksi uterus baik, teraba bulat dan keras, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong, tidak ada robekan perineum dan perdarahan \pm 100 cc.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial.

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukannya tindakan segera.

V. PERENCANAAN

Tanggal 19-07-2021 Pukul 13.15 WIB

1. Jelaskan tentang kondisi ibu saat ini.
2. Lakukan manajemen aktif Kala III.
3. Dokumentasikan hasil pemantauan Kala III dalam partograf.
4. Observasi tanda dan gejala Kala IV.

VI. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan tentang kondisi ibu saat ini.
2. Melakukan manajemen aktif Kala III.
 - a. Memastikan janin tunggal.
 - b. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik.
 - c. Setelah ada tanda-tanda pelepasan plasenta memindahkan klem 5-10 cm ke depan vulva kemudian melakukan peregang tali pusat terkendali.

- d. Memindahkan klem 5-10 cm ke depan vulva dan melahirkan plasenta searah jarum jam dengan hati-hati, plasenta lahir pukul 13.45 kotiledon lengkap.
 - e. Mengajari ibu melakukan massage fundus uteri.
 - f. Memeriksa kedua sisi plasenta untuk memastikan kelengkapan plasenta.
 - g. Memeriksa ada tidaknya robekan jalan lahir.
 - h. Membersihkan ibu dan mengganti pakaian ibu.
3. Mendokumentasikan hasil Kala III dalam partograf.
 4. Mengobservasi tanda dan gejala Kala IV.

VII. EVALUASI

1. Ibu telah mengetahui tentang kondisinya.
2. Manajemen aktif Kala III sudah dilakukan.
3. Hasil Kala III sudah di dokumentasikan.
4. Tanda dan gejala Kala IV sudah diobservasi.

KALA IV

I. PENGKAJIAN

Tanggal 19-07-2021 Pukul 16.15 WIB

Data subjektif :

- ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran anaknya.

Data objektif :

- keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TD 110/70 mmHg, HR 78x/i, RR 20x/i, Temp 36,5°C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam \pm 100 cc, pengeluaran lochea rubra, tidak ada robekan jalan lahir.

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. Y bersalin Kala IV.

Data subjektif :

- ibu mengatakan merasa lega dan senang atas kelahiran anaknya.

Data objektif :

- Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TD 110/70 mmHg, HR 80x/i, RR 20x/i, Temp 36,5°C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam \pm 100 cc, pengeluaran lochea rubra, tidak ada robekan jalan lahir.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial.

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukannya tindakan segera.

V. PERENCANAAN

1. Jelaskan tentang kondisi ibu saat ini.
2. Lakukan konseling pada ibu.
3. Lakukan pengawasan Kala IV.
4. Dokumentasikan hasil pengawasan Kala IV dalam partograf.

VI. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan tentang kondisi ibu saat ini bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik.
2. Melakukan konseling pada ibu dan suami tentang gizi ibu nifas, personal hygiene, KB dan mobilisasi.
3. Melakukan pengawasan Kala IV setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua berupa :
 - a. Memeriksa tanda-tanda vital.
 - b. Memeriksa TFU.
 - c. Memeriksa perdarahan.
 - d. Memeriksa kandung kemih.
4. Mendokumentasikan hasil pengawasan Kala IV dalam partograf.

VII. EVALUASI

1. Ibu telah mengetahui tentang kondisinya dan bayinya.
2. Konseling sudah dilakukan.
3. Pengawasan Kala IV sudah dilakukan.
4. Hasil pengawasan Kala IV sudah di dokumentasikan.

3.3 ASKEB BAYI BARU LAHIR (BBL)

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR PADA BAYI NY. Y DI PUSKESMAS GUNUNG TUA

Tanggal Pengkajian : 19 Juli 2021
Jam : 16.00 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas Gunung Tua
Nama Mahasiswa : Pertiwi Jaya Siregar
NIM : 20100032

I. PENGKAJIAN DATA

DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama Bayi : Bayi Ny. Y

Tanggal Lahir : 19 Juli 2021

Jenis Kelamin : Perempuan

b. Identitas Penanggung Jawab/Suami

Nama Ibu : Yusri R Srg

Nama Ayah : Rahman Hrp

Umur : 31 Tahun

Umur : 33 Tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Batak/Indonesia

Suku : Batak/Indonesia

Pendidikan : D III

Pendidikan : S 1

Pekerjaan : Karyawan

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Gunung Tua

Alamat : Gunung Tua

2. Keluhan utama pada bayi : bayi lahir di Puskesmas Gunung Tua dengan pervaginam.

3. Riwayat kehamilan :

Riwayat obstetric (ibu) : G2P1A0 AH 1

Keluhan yang dialami ibu : TM I : mual

TM II : tidak ada

TM III : tidak ada

Kejadian selama hamil :

a. Riwayat penyakit/kehamilan

Perdarahan : tidak ada

Pre Eklamsi : tidak ada

Eklamsi : tidak ada

Penyakit/kelainan : tidak ada

b. Kebiasaan waktu hamil

Makanan : biasa

Obat-obat/jamu : obat dari bidan SF dan Calc

Merokok : tidak

Lain-lain : tidak ada

c. Komplikasi

Ibu : tidak ada

Bayi : tidak ada

4. Riwayat persalinan

a. Ketuban

Pecah jam : 13.00 WIB

Warna : jernih kekuningan

Jumlah : 600 ml

b. Persalinan sebelumnya

Kala	Lama	Vital Sign	Kejadian	Tindakan	Ket
I	12 jam	TD 110/70 mmHg Pols 80 x/i RR 20 x/i T 36,5°C	-	-	-
II	3 jam	TD 110/70 mmHg Pols 84 x/i RR 20 x/i T 36,5°C	-	Asuhan persalinan normal	-
III	15 menit	TD 110/70 mmHg Pols 84 x/i RR 20 x/i T 36,5°C	-	Peregangan tali pusat terkendali	-
IV	30 menit	TD 110/70 mmHg Pols 80 x/i RR 20 x/i T 36,7°C	-	Pengawasan	-
Nifas	40 hari	TD 110/70 mmHg Pols 84 x/i RR 20 x/i T 36,5°C	-	-	-

5. Riwayat persalinan sekarang

Jenis persalinan : normal pervaginam

Ditolong oleh : bidan

Jam/tanggal lahir : 13.00 WIB 19-07-2021

Jenis kelamin : perempuan

Berat badan : 3100 gram

Panjang badan : 50 cm

6. Keadaan bayi baru lahir

No	Aspek Yang Dinilai	1 Menit	5 Menit
1	Denyut Jantung	1	1
2	Usaha Nafas	2	2
3	Tonus Otot	2	2
4	Reflek	1	1
5	Warna Kulit	1	2
	Jumlah	7	8

7. Resusitasi

Penghisapan	: dilakukan
Ambubag	: tidak dilakukan
Massage Jantung	: tidak dilakukan
Rangsangan	: dilakukan
Lamanya	: ± 2 menit

DATA OBYEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : stabil
- b. Kesadaran : compos mentis
- c. Tanda-tanda vital : Pols 100 x/I, Temp 36,8 °C
- d. BB : 3100 gram

2. Pemeriksaan fisik/status present

- a. Kepala : bulat, tidak ada kaput suksedaneum
- b. Muka : tidak pucat, tidak oedema dan tidak ikterik
- c. Mata : simetris, bentuk mata normal, tidak ada kotoran mata, tidak ada strabismus, pupil mata jernih, sklera mata merah
- d. Hidung : lubang hidung ada, cuping hidung simetris, gerakan normal, sillia ada
- e. Telinga : simetris ka/ki, lekuk telinga ada, daun telinga ada
tidak ada ada cairan yang keluar , tinggi telinga bagian ujung atas sejajar dengan mata
- f. Mulut : bibir merah, gusi merah, saliva ada, tidak ada labio palatoskizies, palatum normal, refleks menghisap ada
- g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada pembesaran vena jugularis

- h. Dada : frekuensi nafas normal, suara nafas normal, tonjolan dada normal, gerakan dada simetris, denyut jantung bayi cepat, murmur tidak ada, tulang rusuk terlihat
- i. Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- j. Abdomen : simetris, bising usus ada, tali pusat tidak infeksi
- k. Genetalia : labia mayora belum menutupi labia minora
- l. Ekstremitas : pergerakan baik, jari tangan dan kaki kanan/kiri lengkap, reflex menggenggam dan reflex babinski ada
- m. Anus : menutup

3. Pemeriksaan penunjang : tidak ada

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Bayi Ny. Y lahir normal

Data subjektif :

- ibu mengatakan bayi lahir tanggal 19-07-2021 jam 13.30 WIB dengan normal, riwayat kehamilan G2P1A0, usia kehamilan aterm, bayi dalam keadaan sehat

Data objektif :

- Panjang badan 50 cm, berat badan 3100 gram, tidak ada caput succedenum, lingkar kepala 34 cm, mata simetris, sklera putih dan konjungtiva merah muda, refleks kedip positif, pernafasan cuping hidung, mulut bersih, refleks rooting (+), telinga simetris, tidak ada pengeluaran, leher tidak kaku, dada simetris, lingkar dada 32, abdomen normal, tidak ada pembesaran hepar, tali pusat dalam keadaan dibungkus dengan kain kassa steril dan tidak ada perdarahan, kulit kemerahan dan turgor baik, ekstremitas atas dan bawah normal, refleks ka/ki (+), genetalia bersih, tidak ada kelainan, anus berlubang, tidak ada kelainan.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial.

IV. ANTISIPASI TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukan antisipasi tindakan segera.

V. PERENCANAAN

1. Informasikan tentang keadaan bayi.
2. Lakukan rawat gabung ibu dan bayi.
3. Jaga suhu bayi tetap hangat.
4. Lakukan bonding attachment.
5. Anjurkan ibu memberikan ASI.
6. Berikan penkes perawatan bayi baru lahir.
7. Berikan injeksi Vit K.
8. Berikan salep mata.
9. Berikan injeksi HB 0.
10. Rencanakan bayi dimandikan 6 jam setelah bayi lahir.
11. Ajarkan ibu cara perawatan tali pusat.

VI. PELAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang keadaan bayinya.
2. Melakukan rawat gabung ibu dan bayi.
3. Menjaga suhu bayi tetap hangat dengan cara memberikan pakaian yang hangat dan bersih serta membedong bayi.
4. Melakukan bonding attachment untuk meningkatkan hubungan batin ibu dan bayi.
5. Menganjurkan ibu memberikan ASI segera mungkin agar produksi ASI cepat keluar.
6. Memberikan penkes perawatan bayi baru lahir.
7. Memberikan injeksi Vit K 1 jam setelah bayi lahir melalui intramuskuler.
8. Memberikan salep mata gentamisin kepada bayi 1jam setelah bayi lahir.
9. Memberikan injeksi HB 0 sebanyak 0,5 cc secara IM.

10. Merencanakan bayi dimandikan 6 jam setelah bayi lahir.
11. Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui tentang keadaan bayinya.
2. Rawat gabung ibu dan bayi sudah dilakukan.
3. Suhu bayi sudah dijaga agar tetap hangat.
4. Bonding attachment sudah dilakukan.
5. Ibu sudah dianjurkan agar memberikan ASI segera mungkin.
6. Ibu dan keluarga sudah mengerti tentang perawatan bayi baru lahir.
7. Injeksi Vit K sudah diberikan.
8. Salep mata gentamisin sudah diberikan.
9. Injeksi HB 0 sudah diberikan.
10. Bayi sudah direncanakan akan dimandikan.
11. Ibu sudah diajarkan cara perawatan tali pusat.

3.4 ASKEB NIFAS

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI PADA NY. Y DI PUSKESMAS GUNUNG TUA

Tanggal Pengkajian : 19-07-2021
Jam : 17.00 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas Gunung Tua
Nama Mahasiswa : Pertiwi Jaya Siregar
NIM : 20100032

I. PENGKAJIAN DATA

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Yusri R Srg
Umur : 31 Tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Batak/Indonesia
Pendidikan : D III
Pekerjaan : Karyawan
Alamat : Gunung Tua

d. Identitas Penanggung Jawab/Suami

Nama : Rahman Hrp
Umur : 33 Tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Batak/Indonesia
Pendidikan : S 1
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Gunung Tua

2. Alasan masuk : ibu post bersalin dengan pervaginam
3. Keluhan utama : tidak ada
4. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan dahulu : melahirkan anak 1 umur 27 tahun dengan pervaginam
 - b. Riwayat kesehatan sekarang : ibu post bersalin dengan pervaginam
 - c. Riwayat kesehatan keluarga : tidak ada penyakit menular dan turunan dalam keluarga
5. Riwayat perkawinan :

Nikah 1 (satu) kali, umur 26 tahun, dengan suami umur 28 tahun, lama pernikahan 5 tahun.
6. Riwayat obstetri
 - a. Riwayat Menstruasi :

Menarche	: umur 14 thn
Siklus	: 28-30 hari
Lama	: 5-7 hari
Banyaknya	: 2-3 kali ganti pembalut
Bau	: khas darah
Warna	: merah
Konsistensi	: encer
Dismenorrhoe	: tidak ada
Fluor albus	: menjelang haid
 - b. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu : G2P1A0, AH 1 org
 - c. Riwayat Persalinan Sekarang
 - 1) Tempat melahirkan : Puskesmas Gunung Tua
 - 2) Ditolong oleh : Bidan
 - 3) Jenis persalinan : normal pervaginam

4) Lama persalinan

Catatan waktu : 8 jam

Kala I : \pm 6 jam

Kala II : \pm 30 menit

Kala III : \pm 15 menit

Ketuban pecah : jam 13.00 WIB dengan spontan

5) Komplikasi/kelainan dalam persalinan : tidak ada

6) Plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap, diameter 15-20 cm, berat 450 gram, tidak ada kelainan plasenta, panjang tali pusat 41 cm, tidak ada kelainan tali pusat

7) Perineum : utuh

Robekan timngkat : -

Episiotomy : -

Anastesi : -

Jahitan dengan : -

8) Perdarahan

Kala I : \pm 60 cc

Kala II : \pm 100 cc

Kala III : \pm 150 cc

9) Tindakan lain

Infus cairan : RL

10) Bayi

Lahir : jam 13.00 WIB

BB : 2460 gram

PB : 48 cm

Nilai APGAR : 7/10, 8/10

Cacat bawaan : tidak ada

Masa gestasi : ± 38 minggu

Komplikasi : Kala I : tidak ada

Kala II : tidak ada

Air ketuban banyaknya : ± 500 ml

7. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi :

Makan 3 kali sehari dan minum 8-10 gelas sehari

Jenis makanan dan minuman : nasi, lauk, sayur dan air putih

b. Pola Eliminasi :

BAB 1 kali sehari

BAK 5-6 kali sehari semalam

c. Pola Aktivitas : bekerja di kantor swasta

d. Pola Istirahat/tidur : 7-8 jam sehari

e. Personal Hygiene : mandi 2 kali sehari

f. Pola Seksual : 1 kali seminggu

8. Psikososial Spritual

a. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilannya : ada dukungan

b. Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami dan istri

c. Ketaatan beribadah : sholat 5 kali sehari semalam

d. Lingkungan yang berpengaruh :

Tinggal : dirumah sendiri bersama suami dan anak

Hewan peliharaan : tidak ada

Cara masak daging/sayur : dicuci bersih, direbus

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : compos mentis

c. TTV : TD 120/80 mmHg, HR 80x/i, RR 20x/i, Temp 36,5 °C

d. BB sebelum 45 kg, sekarang 58 kg

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : rambut merata, kulit kepala bersih, rambut rontok sedikit

b. Muka : tidak pucat dan tidak ada oedema

c. Mata : konjungtiva tidak anemis dan sklera mata tidak ikterik

d. Hidung : simetris, bersih, tidak ada pembesaran

e. Telinga : bersih, tidak ada serumen atau penumpukan

f. Mulut : ada karies, tidak ada stomatitis

g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada pembesaran vena jugularis

h. Dada : simetris, ada pengeluaran ASI, bentuk puting susu menonjol

i. Ketiak : tidak ada massa dan tidak ada pembesaran getah bening

j. Abdomen : tidak ada bekas luka operasi

Operasi kandung kemih : tidak ada

TFU : 2 jari dibawah pusat

Konsistensi uterus : keras

Kontraksi uterus : bagus

k. Genetalia : perineum utuh, lochea berwarna merah, bau khas darah, konsistensi encer

l. Ekstremitas : Oedema tidak ada, varices tidak ada, reflek patella normal, tungkai simetris, akral tidak dingin, turgor bagus

m. Anus : tidak ada haemorhoid

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Hb : 10,8 mg/dl

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. Y post partum normal.

a. Data subjektif

- Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.
- Ibu mengatakan ASI belum keluar dan bayi sudah dilakukan IMD.

b. Data objektif

- Keadaan umum ibu baik.
- Kesadaran kompos mentis.
- TFU 2 jari bawah pusat.
- Kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar).
- Payudara sudah mengeluarkan kolostrum.
- Tampak pengeluaran lochia rubra.
- Tidak ada laserasi.

III. DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Tidak ada data yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial.

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada data yang mendukung untuk dilakukannya tindakan segera.

V. PERENCANAAN

1. Berikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan.
2. Observasi keadaan umum ibu.
3. Berikan ibu vitamin A nifas.
4. Bantu ibu agar proses involusio uteri berjalan normal.
5. Bantu ibu agar proses laktasi berjalan normal.
6. Anjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang bergizi.
7. Berikan konseling tentang personal hygiene.
8. Berikan konseling KB pada ibu.

VI. PELAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu bahwa keadaan ibu sehat.
2. Mengobservasi keadaan umum ibu baik tanda-tanda vital dalam batas normal.
3. Memberikan ibu vitamin A nifas.
4. Membantu ibu agar proses involusio uteri berjalan normal dimana kontraksi uterus teraba keras dan bundar, lochea rubra tidak berbau, TFU : 2 jari bawah pusat (turun 1 cm setiap hari).
5. Membantu ibu agar proses laktasi berjalan normal dimana ibu menyusui sesering mungkin sesuai dengan kebutuhan bayinya, saat ibu menyusui bayinya mengisap dan menelan dengan tenang, payudara ibu terasa kosong saat selesai menyusui.
6. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayur-sayuran dan mengandung protein, karbohidrat, vitamin A, C, D.
7. Memberikan konseling tentang personal hygiene.
8. Memberikan konseling KB pada ibu untuk menjarangkan kehamilan dan membantu ibu memilih dan menentukan alat kontrasespsi yang dipakai.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah diberikan informasi bahwa keadaan ibu normal.
2. Keadaan umum ibu sudah diobservasi.
3. Ibu sudah mendapatkan vitamin A nifas.
4. Ibu sudah dibantu agar proses involusio uteri berjalan normal.
5. Ibu sudah dibantu agar proses laktasi berjalan normal.
6. Ibu sudah dianjurkan mengkonsumsi makanan yang bergizi.
7. Ibu sudah diberikan konseling tentang personal hygiene.
8. Ibu sudah diberikan konseling KB.

BAB 4

PEMBAHASAN

Asuhan kebidanan *Continuity Of Care (COC)* merupakan asuhan yang diberikan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, dan ibu nifas. Asuhan ini dilakukan penulis pada Ny. Y di Puskesmas Gunung Tua.

4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan

Asuhan kebidanan kehamilan dilakukan pada tanggal 15-06-2021 dilakukan pengkajian data berupa anamnesa pada Ny.Y. Dalam melakukan pengkajian data dilakukan dengan metode wawancara (tanya jawab), pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan laboratorium.

Dari hasil pengkajian didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya, haid terakhir ibu tanggal 13-10-2020 dan ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan tidak pernah keguguran.

Data Objektif didapatkan hasil TD 110/70 mmHg, Pols 74 x/i, RR 20 x/i, Suhu 36,5°C, TB 158 cm, BB 58 kg, LILA 25 cm, Hb 10,8 mg/dl, TTP 20-07-2021. Kemudian dilakukan palpasi pada perut ibu dan didapatkan hasil tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dan px berarti usia kehamilan sekitar 32 minggu, teraba bagian keras memapan dan memanjang disebelah kanan perut ibu berarti PUKA, DJJ 136x/i, bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras dan melenting berarti kepala janin kemudian kedua tangan masih menyatu atau konvergen berarti janin belum masuk ke pintu atas panggul dan TBJ 2635 gram.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Ny. Y G2P1A0 usia kehamilan 32 minggu, keadaan janin baik, intra uterin, janin tunggal, PUKA, presentasi kepala, konvergen (janin belum masuk PAP).

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan pada ibu yaitu memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memberikan konseling kepada ibu tentang pentingnya menjaga pola makan dan asupan nutrisi yang baik bagi ibu, menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan, menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene, menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, memberikan ibu tablet Fe serta menjadwalkan kunjungan ulang ibu.

Berdasarkan (Buku KIA, 2016) teori asuhan pada kehamilan dikenal dengan Asuhan Minimal dengan langkah 10 T yaitu :

1. Pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan. Bila tinggi badan < 145 cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan normal (KIA, 2016). Tinggi badan Ny.Y yaitu 158 cm. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Timbang berat badan dalam kg tiap kali kunjungan. Kenaikan rata-rata berat badan normal ibu hamil yaitu 6,5-16 kg (Prawirohardjo, 2014) dan kenaikan berat badan Ny. Y pada usia kehamilan 32 minggu adalah 10 kg, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.
2. Ukur tekanan darah , tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (antara 110/70 mmHg sampai 140/90 mmHg) apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi dan janin apabila tidak di tangani secara dini menurut teori (Prawirohardjo, 2014), pada saat kunjungan tekanan darah Ny.Y yaitu 110/70 mmHg. Tekanan darah Ny.Y termasuk dalam batas normal, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.
3. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA). Bila $LILA \leq 23,5$ cm menunjukkan ibu hamil menderita kurang energy (KIA, 2016). Pada Ny. Y di dapatkan LILA 25 cm dan termasuk dalam batas normal, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena LILA ibu normal.
4. Ukur tinggi fundus uteri. Pada Ny.Y saat kunjungan tinggi fundus uteri adalah pertengahan pusat dan px. Menurut Kusmiyati dkk, 2013 tinggi fundus uteri pada usia

kehamilan 32 minggu adalah pertengahan pusat dan px sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

5. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ). Apabila Trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin (KIA, 2016). Pada Ny.Y DJJ dalam batas normal yaitu 140x/i, dengan bagian bawah janin kepala, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.
6. Pemberian imunisasi (Tetanus Toksoid) Pada Ny.Y telah lengkap. Pada kehamilan pertama sudah mendapatkan imunisasi TT 2 kali dan kehamilan ini sudah mendapatkan imunisasi TT 3. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan (KIA, 2016). Pada Ny.Y selalu mendapat tablet Fe tiap kali kunjungan yaitu 10 tablet. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.
8. Pemeriksaan Hb, ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar hemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr/dl (Wiknjastro, 2015). Pada Ny.Y di dapat kadar Hb bernilai 10,8 g% , konjungtiva ibu tampak sedikit pucat maka hal ini sesuai dengan teori dan tidak memiliki kesenjangan dengan teori.
9. Konseling. 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. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil (KIA, 2016). Setiap kunjungan ibu sudah diberikan konseling. Tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek
10. Tata laksana atau mendapatkan pengobatan. Ny.Y tidak mempunyai masalah dan hanya mendapatkan tablet Fe.

Hasil penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) yang menyatakan Ante Natal Care dengan 14 T dimana terdapat penambahan perawatan payudara, senam hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak yodium sehingga terdapat kesenjangan antara penulis dimana penulis hanya menerapkan 10 T.

4.2 Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan dilakukan pada tanggal 19-07-2021, dilakukan pengkajian data berupa anamnesa pada Ny.Y. Dalam melakukan pengkajian data dilakukan dengan metode wawancara (tanya jawab), pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan laboratorium.

Dari hasil pengkajian pada Kala I didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan adanya pengeluaran darah dari vagina yaitu darah bercampur lender, ibu mengatakan ada rasa sakit pada perut menjalar ke pinggang dan ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan tidak pernah keguguran.

Data Objektif didapatkan hasil TD 100/70 mmHg, Pols 78 x/i, RR 20 x/i, Suhu 36,5°C, HPHT 13-10-2020, TTP 20-07-2021. Kemudian penulis melakukan periksa dalam dan didapatkan hasil pembukaan 8 cm, kontraksi uterus 3 x dalam 10 menit selama 30 detik, penurunan kepala 1/5 (hodge III), DJJ : 140 x/i, tonus otot longgar, ada striae albican.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Ny. Y inpartu G2P1A0 Kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan pada ibu yaitu memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, mengobservasi tanda-tanda vital dan VT setiap 2-4 jam (kecuali nadi tiap 30 menit), mengobservasi DJJ setiap 30 menit, mengobservasi His setiap 30 menit, mengajarkan ibu teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, menganjurkan ibu untuk

melakukan vulva hygiene dan mengosongkan kandung kemihnya, memberikan intake minuman dan makanan pada ibu, mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL, mendokumentasikan hasil pemantauan Kala I dalam partograf serta mengobservasi tanda dan gejala Kala II.

Persalinan Kala I Ny. Y datang ke Puskesmas Gunung Tua pukul 09.30 WIB, dengan keluhan merasakan nyeri pada perut menjalar ke pinggang, mengeluarkan lender bercampur darah, ketika dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 8 cm, presentasi belakang kepala dan tidak ada bagian yang menumbung. Kontraksi ibu 3x setiap 10 menit dengan durasi 30 detik. Ini menunjukkan bahwa Ny.Y sudah dalam masa inpartu. Hal ini sesuai dengan teori Manuaba (2015) yang menyatakan tanda Kala I yaitu his menjadi lebih kuat dan cepat, kira-kira 2-3 menit sekali, karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Hasil penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) juga menyebutkan itu merupakan hal yang fisiologis dalam proses persalinan pada Kala I.

Dari hasil pengkajian pada Kala II didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan rasa ingin BAB dan ingin mengejan, rasa mules dan sakit bertambah sering dan lama menjalar dari pinggang ke perut bagian bawah.

Data Objektif didapatkan hasil TD 120/80 mmHg, HR 80x/i RR 20x/i Temp 36,8°C, His teratur 4x/10' lamanya >40", DJJ 148x/', pembukaan serviks 10 cm (lengkap), terlihat kepala janin maju mundur di introitus vagina pengeluaran lendir darah dari vagina semakin banyak, ada dorongan meneran, anus mengembang perineum menonjol, vulva membuka.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Ny. Y inpartu Kala II.

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan pada ibu yaitu memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memberikan dukungan emosional kepada ibu, memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu, menjaga kebersihan perineum ibu, menjaga privasi ibu, memberikan pertolongan asuhan persalinan normal, dokumentasikan hasil pemantauan Kala II dalam partograf serta observasi tanda dan gejala Kala III.

Persalinan Kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir, pada Ny.Y berlangsung selama 30 menit, menurut teori lama persalinan Kala II pada ibu primigravida 60 menit, dan pada multipara 30 menit (APN, 2014). Sedangkan waktu yang dibutuhkan pada Ny. Y adalah 30 menit, hal ini sesuai dengan teori sehingga tidak ada kesenjangan. Pada saat menolong persalinan sudah sesuai dengan teori yaitu pemakaian alat pelindung diri (APD), peralatan atau persiapan diri penolong seperti handscoon, celemek, kaca mata, masker, dan sepatu boot sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) yang menyatakan pada Kala II dilakukan asuhan persalinan normal seperti menyiapkan pertolongan persalinan, menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu membimbing proses meneran, meyiapkan kelahiran bayi serta asuhan bayi baru lahir.

Dari hasil pengkajian pada Kala III didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan merasa lega dan senang atas kelahiran anaknya dan ibu masih merasakan mules di perutnya.

Data Objektif didapatkan hasil TD 120/80 mmHg, HR 80x/i, RR 20x/i, Temp 36,8°C, bayi lahir spontan pervaginam, jenis kelamin perempuan, plasenta belum lahir, kontaksi uterus baik, teraba bulat dan keras, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong, terlihat tali pusat memanjang dan semburan darah dari jalan lahir.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Ny. Y bersalin Kala III.

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan pada ibu yaitu menjelaskan tentang kondisi ibu saat ini, melakukan manajemen aktif Kala III, mendokumentasikan hasil pemantauan Kala III dalam partograf serta mengobservasi tanda dan gejala Kala IV.

Persalinan Kala III pada Ny.Y yaitu menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha bagian luar setelah dipastikan tidak ada janin kedua melakukan peregangan tali pusat terkendali dan melahirkan plasenta serta melakukan massase fundus uteri. Pada Kala III Ny.Y berlangsung selama 15 menit. Hal ini sudah sesuai dengan teori dimana menurut (Sarwono, 2014) lama Kala III rata-rata 15-30 menit primipara maupun multipara, sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) yang menyatakan pada Kala III dimana terlihat tali pusat memanjang dan semburan darah dari jalan lahir.

Dari hasil pengkajian pada Kala IV didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan merasa senang atas kelahiran anaknya.

Data Objektif didapatkan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TD 120/80 mmHg, HR 80x/i RR 20x/I, Temp 36,5°C, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam \pm 100 cc, pengeluaran lochea rubra, tidak ada robekan jalan lahir.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Ny. Y bersalin Kala IV.

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan pada ibu yaitu menjelaskan tentang kondisi ibu saat ini, melakukan konseling pada ibu, melakukan pengawasan Kala IV serta mendokumentasikan hasil pengawasan Kala IV dalam partograf.

Pada Kala IV berdasarkan hasil anamnesa ibu mengatakan perutnya masih mules, hasil pemeriksaan fisik tanda-tanda vital dalam batas normal, hasil pemeriksaan kebidanan ditemukan TFU 2 jari di bawah pusat. Menurut teori (Sarwono, 2014) TFU teraba 2 jari di bawah pusat, setelah placenta lahir kontraksi uterus baik, pengeluaran darah pervaginam \pm 150 cc. Melakukan pemantauan Kala IV setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam berikutnya, hal ini sesuai dengan APN (2017) yang menyatakan bahwa selama Kala IV petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Penulis melakukan pemantauan Kala IV 3 jam setelah kala III selesai dimana ibu dipantau setelah dipindahkan ke ruangan pasca persalinan sehingga ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

Hasil penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) juga menyatakan pada Kala IV harus dilakukan observasi selama 2 jam pertama post partum yaitu observasi TTV, perdarahan, kontraksi uterus, TFU dan kandung kemih.

1.3 Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan bayi baru lahir dilakukan pada tanggal 19-07-2021, dilakukan pengkajian data berupa anamnesa pada Ny.Y dan keluarga. Dalam melakukan pengkajian data dilakukan dengan metode wawancara (tanya jawab), pemeriksaan umum, dan pemeriksaan khusus.

Dari hasil pengkajian didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan bayi lahir tanggal 19-07-2021 jam 13.30 WIB dengan normal, riwayat kehamilan G2P1A0, usia kehamilan aterm, bayi dalam keadaan sehat.

Data Objektif didapatkan hasil panjang badan 50 cm, berat badan 3100 gram, tidak ada caput succedenum, lingkaran kepala 34 cm, mata simetris, sklera putih dan konjungtiva merah muda, refleks kedip positif, pernafasan cuping hidung, mulut bersih, refleks rooting (+), telinga simetris, tidak ada pengeluaran, leher tidak kaku, dada

simetris, lingkaran dada 32, abdomen normal, tidak ada pembesaran hepar, tali pusat dalam keadaan dibungkus dengan kain kassa steril dan tidak ada perdarahan, kulit kemerahan dan turgor baik, ekstremitas atas dan bawah normal, refleks ka/ki (+), genitalia bersih, tidak ada kelainan, anus berlubang, tidak ada kelainan.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Bayi Ny. Y lahir normal.

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan yaitu menginformasikan tentang keadaan bayi, melakukan rawat gabung ibu dan bayi, menjaga suhu bayi tetap hangat, melakukan bonding attachment, menganjurkan ibu memberikan ASI, memberikan penkes perawatan bayi baru lahir, memberikan injeksi Vit K, salep mata, injeksi HB 0, merencanakan bayi dimandikan 6 jam setelah bayi lahir serta mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat.

Asuhan kebidanan bayi baru lahir bayi Ny.Y lahir cukup bulan di usia 37-38 minggu, lahir spontan pukul 13.00 WIB tidak ditemukan adanya masalah, bayi menangis spontan, kuat, tonus otot positif (+) warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan. Pada penanganan bayi baru lahir yaitu dilakukan jaga kehangatan, bersihkan jalan nafas, keringkan dan tetap jaga kehangatan, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, lakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan ibu, beri salep mata gentamisin 0,5% pada kedua mata, suntikan vitamin Neo K 1 mg 0,5 cc intramuscular di 1/3 pada bagian luar sebelah kiri anterolateral lalu imunisasi Hb0 setelah inisiasi menyusui dini (Asuhan Persalinan Normal, 2019). Semua tindakan penanganan BBL, di atas telah dilakukan sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Setelah bayi lahir dilakukan pengukuran antropometri pada bayi Ny.Y dengan hasil BB 3100 gram, PB 52 cm, LK 34 cm, LD 32 cm, LILA 10 cm. Menurut teori (Sarwono, 2014) antropometri normal pada bayi baru lahir adalah berat badan 2500-4000 gr, panjang badan 48-52 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar dada 30-

38 cm, Lila 9,5-11 cm. Dari hasil pemeriksaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Kunjungan I dilakukan tanggal 19-07-2021 pukul 17.00 WIB , pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, bayi sudah diberikan ASI, dan tidak ada tanda infeksi pada tali pusat, Apgar Score 7/10 dan 8/10. Menurut teori (Sarwono, 2014) apgar score normal pada bayi adalah 7-10, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) yang menyatakan asuhan kebidanan bayi baru lahir fisiologis.

4.4 Nifas

Asuhan kebidanan nifas dilakukan pada tanggal 19-07-2021, dilakukan pengkajian data berupa anamnesa pada Ny.Y dan keluarga. Dalam melakukan pengkajian data dilakukan dengan metode wawancara (tanya jawab), pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan laboratorium.

Dari hasil pengkajian didapatkan data Subjektif yaitu ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan ibu mengatakan ASI belum keluar dan bayi sudah dilakukan IMD.

Data Objektif didapatkan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran kompos mentis, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), payudara sudah mengeluarkan kolostrum, tampak pengeluaran lochia rubra dan tidak ada laserasi.

Dari hasil pengkajian data subjektif maupun objektif kemudian penulis mendapatkan diagnosa yaitu Ny. Y post partum normal.

Berdasarkan uraian diatas penulis memberikan asuhan yaitu berikan menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, mengobservasi keadaan umum ibu, memberikan ibu vitamin A nifas, membantu ibu agar proses involusio uteri berjalan normal, membantu ibu agar proses laktasi berjalan normal, menganjurkan ibu

mengonsumsi makanan yang bergizi, memberikan konseling tentang personal hygiene serta memberikan konseling KB pada ibu.

Asuhan kebidanan nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan I (Lyndon, 2014) 6-8 jam post partum. Pada Ny.Y TTV dalam batas normal, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus baik, kandung kemih tidak teraba, pengeluaran lochea rubra, dan telah diberikan kapsul Vitamin A pada ibu. semua hasil pemantauan tidak ada kelainan, pendarahan normal. Menurut teori (Lyndon) bahwa tinggi fundus uteri pada 6 jam post partum adalah 2 jari dibawah pusat dan terjadi pengeluaran lochea rubra selama 2 hari pasca persalinan. Tidak ada kesenjangan praktek dengan teori.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Asuhan kebidanan *Continuity Of Care (COC)* ini merupakan asuhan kebidanan yang diberikan pada seorang wanita yang dimulai dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir dan nifas. Asuhan kebidanan *Continuity Of Care (COC)* dilakukan penulis pada Ny. Y G2P1A0 di Puskesmas Gunung Tua. Pada asuhan kebidanan kehamilan penulis melakukan pemeriksaan ANC dengan 10 T sedangkan pada jurnal penelitian Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang (2020) melakukan 14 T sehingga terdapat perbedaan. Pada asuhan kebidanan persalinan penulis terlambat melakukan Kala IV yang seharusnya 15 menit setelah Kala III selesai dilakukan setelah 3 jam. Asuhan kebidanan bayi baru lahir dan nifas tidak ditemukan komplikasi atau perbedaan dengan teori. Asuhan sudah selesai dilaksanakan sesuai dengan 7 langkah varney dan SOAP.

5.1 Saran

Menganjurkan pada setiap ibu hamil agar rajin memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan terdekat dan juga bersalin di fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas lengkap sehingga apabila terjadi kelainan dapat segera ditangani.

DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba. 2015. *"Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan"*. Jakarta. EGC.
- Prawirohardjo S. 2014. *"Ilmu Kebidanan"*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Yanti, Damai. 2017. *Konsep dasar asuhan kehamilan*. Bandung : Refika Aditama.
- "PROFIL KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2017".
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/tahun-2017.pdf>. Diakses pada tanggal 16 Maret 2020.
- Wiranti, 2014. *BAB II Kehamilan Fisiologis (Asuhan Kebidanan Komprehensif)*. Purwakerto : Universitas Muhammadiyah Purwakerto
<http://repository.ump.ac.id/2089/3/Solichatun%20Nurul%20Wiranti%20BAB%20I.pdf> (Diakses pada 18 Maret 2020).
- WHO, 2015. *Angka Kematian Ibu Di Indonesia*. Di akses dari <https://www.kemkes.go.id/resources/download/infoterkini/rakerkesnas2019/SESI%20I/Kelompok%201-1-Kematian-Maternal-dan-Neonatal-diIndonesia.pdf> (Diakses pada tanggal 18 maret 2020).
- Mandang, Jenni. dkk. 2014. *"Asuhan Kebidanan Kehamilan"*. Bogor. In Media.
- APN, 2014. *Buku Acuan Persalinan Normal*. JNPK-KR: Jakarta.
- Aat Agustini & Naura Rahma *"Hubungan Kompetensi Bidan Dengan Kepatuhan Pelaksanaan Asuhan Persalinan Normal Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Lingung Kabupaten Majalengka Tahun 2012"*.
- Baety, Aprilia Nurul. *Kehamilan dan persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu, 2012.
- Asri, Dwi dan Cristine Clervo P. *Asuhan Persalinan Normal Plus Contoh Askeb dan Patologi Persalinan*, Yogyakarta : Nuha Medika, 2012.
- Depkes RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Eun-Young Choi, dkk. *"Primipara and Multipara Simulated a Normal Birth Experience for Content Analysis year 2015"*. International Journal of BioScience and Bio-Technology. Vol. 8, No.5. http://www.sersc.org/Journals/IJBSBT/vol8_no5/21.pdf (Diakses tanggal 17 juni 2017).
- Ilmiah, Widia Shofa. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta: Nuha Medika, 2015.
- Jannah, Nurul. *ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi*, Jakarta : ECG, 2017.

- Kuswanti, Ina dan Fitria Melina. *ASKEB II Persalinan*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar, 2014.
- Liliyana, dkk. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*, Jakarta : ECG, 2012.
- Maru, Abdurrahman Suleiman, dkk “*Exploring challenges in decreasing maternal mortality in Africa with respect to failure to achieve Millennium Development Goals (MDGs) year 2016* “.
- Manguji, Betty, dkk. *Asuhan Kebidanan 7 Langkah SOAP*, Jakarta : ECG : 2014.
- Mufdillah, dkk. *Konsep Kebidanan Edisi Revisi*, Yogyakarta :NuhaMedika : 2012.
- Nursiah, Ai, dkk. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*, Bandung : PT. Refika Aditama, 2014.
- Pranoto, Ibnu, dkk. *Patologi Kebidanan*, Yogyakarta :Fitramaya, 2014
- Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2014.
- Purwandari Atik, dkk. “*Studi Kasus Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny. D.N Dengan Persalinan Normal di Puskesmas Bahu Kecamatan Malalayang Kota Manado Tahun 2014*“.
- Purwoastuti, Th. Endang, dkk. *Konsep Kebidanan*, Yogyakarta : PB, 2014.
- Setiawati, Dewi. *Kehamilan dan Pemeriksaan Kehamilan*, Makassar : Alauddin University Press, 2013.
- Trisnawati, Frisca. *Asuhan Kebidanan Panduan Lengkap Menjadi Bidan Profesional*, Jakarta : PT. Prestasi Pustakaraya, 2012.
- WHO (World Health Organization) 2014. Angka kematian ibu, <http://www.who.int/healthinfo/statistics/programme/en/index.html>.
- Yeyeh, Ai, dkk. *Asuhan Kebidanan II Persalinan Edisi Revisi*, DKI Jakarta : CV. Trans Info Media, 2014.
- Yulifah, Rita, dkk. *Konsep Kebidanan Untuk Pendidikan Kebidanan*, Jakarta : Salemba Medika : 2014.
- Bapennas, 2015. *RPJMN 2015-2019 Dan Strategi Pembangunan Kesehatan Dan Gizi Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara*. Medan: Dinkes Prov. SU.
- Johariyah, 2016. *AsuhanKebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: TIM
- Kemenkes (a). 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI 2015.
- Kemenkes RI. (c). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusdiklatnakes

- Marmi, dan K. Rahardjo. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka belajar.
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. 2016. *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- Purwoastuti, Endang dan Elisabeth S. Walyani. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir*. Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando, 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Jakarta: EGC
- Benson, Ralph C dan Martin L Pernold. *Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta : EGC, 2013.
- Data SDKI 2012. *Angka Kematian Ibu Melonjak*. Nasional.sindownes.com. Diakses tanggal 3 februari 2016.
- Fauziyah, Yulia. *Obstetri Patologi*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2012.
- Fadlun dan Feryanto Achmad. *Asuhan kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika, 2013.
- Gant, Norman F dan F Gary Cunningham. *Dasar-Dasar Ginekologi & Obstetri*. Jakarta: EGC, 2011.
- Heryani, Reni. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Dan Menyusui*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media, 2012.
- Herbold, Nancie Edelstein, Sari. *Buku Saku Nutrisi*. EGC:2011
- Ibrahim Hasbih. *Analisis Pelaksanaan Standar Terhadap Penyakit Infeksi Nosokomial*. Makassar: Alauddin University Press, 2011
- Maritalia, Dewi. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Belajar, 2012.
- Nugroho, Taufan. *Buku Ajar Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2011.
- Rukiyah, Aiyeyeh dan Dkk. *Asuhan Kebidanan III (Nifas)*. Jakarta: CV.Trans Info Media, 2011.
- Saleha, Sitti. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika, 2014.
- Setiawati, Dewi. *Kehamilan dan Pemeriksaan kehamilan*. Makassar: Alauddin university Press, 2013.
- Solikhah, Umi. *Asuhan Keperawatan Gangguan Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2011.
- Purwoastuti, Endang, dkk. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2015.

- Sukarni, Icesmi. *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2014.
- Wulandari, Setyo Retno. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Jakarta : Gosyen Publishing, 2011.
- Weni Kristiyanasari. 2010. *Neonatus dan Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Department of Reproductive Health and Research World Health Organization Geneva. *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. [Internet]. 2003. [diakses tanggal 23 Oktober 2013].
- Damayanti, I. P., Maita & Triana. (2014). *Buku Ajar: Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deepublish.
- Jannah, Nurul. (2011), *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar'ruz Media.
- Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016*. Jakarta : Kemenkes RI; 2017.
- Lyndon, 2014. *Asuhan Kebidanan Fisiologis dan Patologis*. Tangerang: Bina Rupa Aksara.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nurjasmi, Dr.Emi, 2016. *Buku Acuan Midwifery Update*. Cetakan Pertama. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia : Jakarta
- Fitri Ning Tuti'ul Qoni'ah, 2020. *Jurnal Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R di PMB Yeni Dwi Rachmawati Peterongan Jombang*.

FOTO DOKUMENTASI

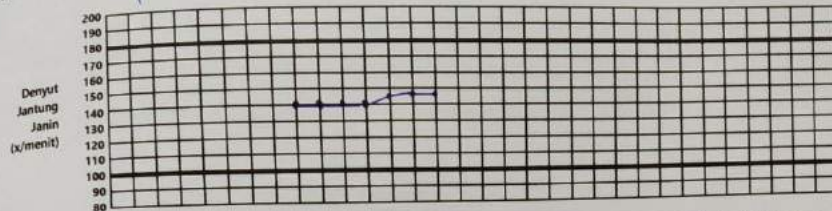




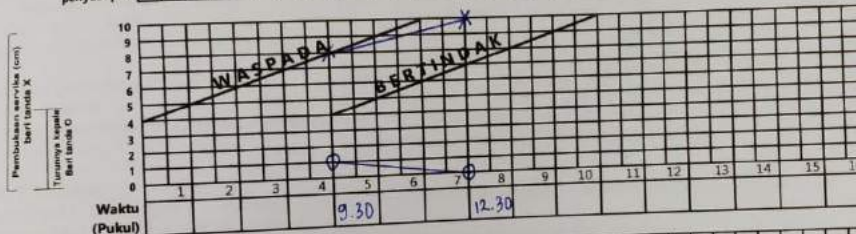


PARTOGRAF

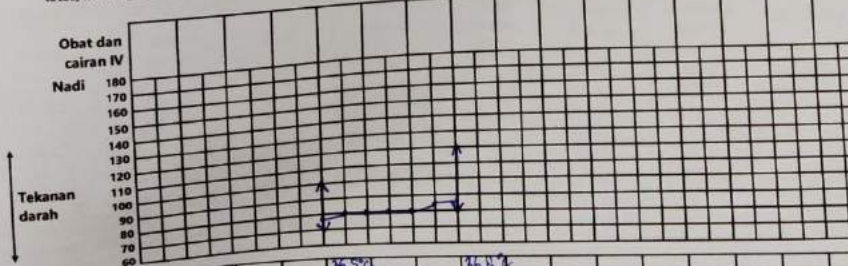
Nama Ibu/Bapak: YUSRI / RAHMAT Umur: 31 / 33 G.A. P.L. A.P. Hamil: 38 minggu
 Masuk Tanggal: 19-07-2021 Pukul: 09.30 WIB
 Alamat: Burung Tua
 sejak pukul Belum WIB Mules sejak pukul 01.00 WIB
 pecah



air ketuban penyusupan



Oksitosin U/I tetes/menit



Obat dan cairan IV
 Nadi
 Temperatur °C
 Urine (Protein, Aseton, Volume)

Makan terakhir: Pukul 07.00 Jenis: nasi, lauk sayur Porsi: 1/2 piring
 Minum terakhir: Pukul 07.00 Jenis: air putih Porsi: 2 gelas

Penolong: [Signature]

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 19-07-2021 Penolong Persalinan : BIDAN
 Tempat persalinan : [-] rumah ibu [M] Puskesmas [-] Klinik Swasta [-] Lainnya -
 Alamat tempat persalinan : Buloh Tua

KALA I

[H] Partograf melewati garis waspada
 [-] Lain-lain, Sebutkan -
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : -
 Bagaimana hasilnya? :

KALA II

Lama Kala II : 120 menit Episiotomi : [H] tidak [-] ya. Indikasi : -
 Pendamping pada saat persalinan : [M] suami [M] keluarga [H] teman [-] dukun [H] tidak ada
 Gawat Janin : [H] miringkan Ibu ke sisi kiri [H] minta Ibu menarik napas [-] episiotomi
 Distosia Bahu : [-] Manuver Mc Robert Ibu meranggang [-] Lainnya -
 Penatalaksanaan untuk masalah tersebut : -
 Bagaimana hasilnya? :

KALA III

Lama Kala III : 15 menit Jumlah Perjarahan : 100 ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [-] ya [M] tidak, alasan -
 Pemberian Oksitosin ulang (2x)? [-] ya [M] tidak, alasan -
 b. Perpegangan tali pusat terkendali? [M] ya [-] tidak, alasan -
 c. Masase fundus uteri? [M] ya [-] tidak, alasan -
 Laserasi perineum derajat Tindakan : [-] mengeluarkan secara manual [H] merujuk
 [-] tindakan lain -
 Altonia uteri : [-] Kompresi bimanual interna [H] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [H] Oksitosin drip
 Lain-lain, sebutkan : -
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut : -
 Bagaimana hasilnya? :

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : 3100 gram Panjang : 50 cm Jenis Kelamin : [M] Nilai APGAR : 7/10, 9/10
 Pemberian ASI < 1 jam [M] ya [-] tidak, alasan -
 Bayi baru lahir pucat/biru/lemas : [-] mengeringkan [H] menghangatkan [-] bebaskan jalan napas
 [-] stimulasi rangsang aktif [-] Lain-lain, sebutkan : -
 [-] Cacat bawaan, sebutkan : -
 [-] Lain-lain, sebutkan : -
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : -
 Bagaimana hasilnya? :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	16.15	110/70 mmHg	78 x/1	36.5°C	2 jari + pusat	baik	Kosong	20 cc
	16.30	110/70 mmHg	78 x/1		2 jari + pusat	baik	Kosong	20 cc
	16.45	110/70 mmHg	80 x/1		2 jari + pusat	baik	Kosong	20 cc
	17.00	110/70 mmHg	78 x/1		2 jari + pusat	baik	Kosong	10 cc
2	17.30	120/80 mmHg	80 x/1	36.5°C	2 jari + pusat	baik	Kosong	10 cc
	18.00	120/80 mmHg	80 x/1		2 jari + pusat	baik	Kosong	10 cc

Masalah Kala IV : -
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut : -
 Bagaimana hasilnya? :

KIE No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Gizi		
		• Imunisasi		

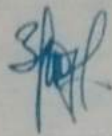

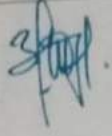
Shot on Y50 AI Quad camera

LEMBAR KONSULTASI DOSEN SUPERVISI

STASE CONTINUITY OF CARE (COC)

PRODI PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN

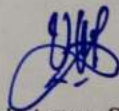
NO	HARI/ TANGGAL	NAMA DOSEN	PEMBAHASAN/HAL YANG DIKONSULTASIKAN	TTD DOSEN
1	Sabtu 14-8-2021	Sri Gardika Sari Dewi, SST, M. Keb	Tambahan jurnal di pembahasaa	
2	Jum'at 20-08-21	SRI SARIKA SARI DEWI, SST, M. Keb	Perbaikan kesimpulan	
3	Senin 30-08-21	SRI SARIKA SARI DEWI SST, M. Keb	Ace ya coc	

BERITA ACARA REVISI LAPORAN COC

Nama Mahasiswa	: Pertiwi Jaya Siregar
NIM	: 20100032
Judul	: Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir,, Nifas Dan Menyusui Pada Ny. Y Di Puskesmas Gunung Tua
Kritik dan Saran	: Hasil Perbaikan
1. Penguji a. Perbaiki Pembahasan Kala IV b. Perbaiki Partograf c. Perbaiki Daftar Pustaka	a. Pembahasan Kala IV sudah diperbaiki b. Partograf sudah diperbaiki c. Daftar Pustaka sudah diperbaiki

Menyetujui

Penguji



Yulinda Aswan, SST, M.Keb
NIDN. 0125079003

Pembimbing



Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb
NIDN. 0110048901