

LAPORAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN *CONTINUITY OF CARE* (COC)
DI BPM SAPIANUM NASUTION, SKM
TAHUN 2021



Disusun Oleh :

Neny
NIM : 20100028

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

LEMBAR PENGESAHAN

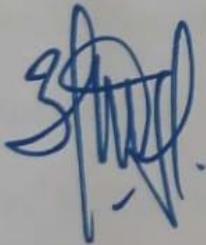
Judul Laporan : Asuhan Kebidanan hamil, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan menyusui di BPM Sopianum Nasution, SKM Kota Padangsidempuan.

Nama Mahasiswa : Neny
NIM : 20100028
Program Studi : Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

Laporan Kasus ini telah diuji dan dipertahankan di hadapan dosen pembimbing dan penguji pada Ujian Akhir (COC) Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan dan dinyatakan Lulus pada tanggal 7 September 2021.

Menyetujui,

Dosen Penguji



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

Dosen Pembimbing

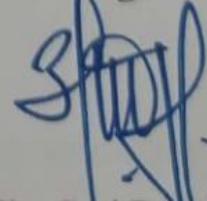


Nurelilasari Siregar, SST, M.Keb
NIDN. 0122058903



Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703

Ketua Program Studi



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan hidayah- Nya hingga penulis dapat menyusun Laporan Kasus Ujian Akhir (COC) Profesi Bidan dengan judul “Asuhan Kebidanan hamil, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan menyusui nifas di BPM Sopianum Nasution, SKM Padangsidimpuan Tanggal 2021”.

Laporan Kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan ujian akhir (COC) profesi yang menjadi salah satu syarat tuntas pelaksanaan ujian akhir (COC) di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

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

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
2. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb selaku Ketua Program Studi dan Koordinator Ujian Akhir (COC) Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
3. Nurelilasari Siregar, SST, M.Keb, selaku Pembimbing Ujian Akhir (COC) yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
4. Seluruh Dosen dan Tenaga Kependidikan pada Program Studi Kebidanan Progran Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa royhan di Kota Padangsidimpuan.

5. Kedua Orang tua dan suami saya yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan kepada saya untuk dapat menyelesaikan Studi pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi sampai pada penyelesaian Laporan ini.

Dalam Penulisan laporan kasus ini, penulis menyadari masih ada kekurangan dan penulis mendapat banyak bantuan dari berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Laporan kasus ini dibuat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah - mudahan laporan kasus ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Padangsidempuan, Agustus 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	5
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Manfaat	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kehamilan	7
2.1.1 Pengertian.....	7
2.1.2 Klasifikasi Usia Kehamilan.....	7
2.1.3 Perubahan Fisiologi dan Psikologi kehamilan Trimester III	8
2.1.4 Kebutuhan Dasar ibu Hamil Trimester III	18
2.1.5 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III.....	20
2.1.6 Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III	22
2.1.7 Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenayal	25
2.1.8 Kebijakan Kunjungan Antenatal Care	29
2.2 Persalinan.....	30
2.2.1 Konsep Dasar Persalinan.....	30
2.2.2 Sebab-sebab mulainya Persalinan.....	30
2.2.3 Fisiologi Presalinan.....	32
2.2.4 Tanda – Tanda Persalinan	36
2.2.5 Tahapan Persalinan	39
2.2.6 Faktor –Faktor yang Mempengaruhi Persalinan	50
2.3 Nifas	56
2.3.1 Pengertian Masa Nifas	56
2.3.2 Tahap Masa Nifas	56
2.3.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas	57
2.3.4 Proses Adaptasi Psikologis ibu Masa Nifas	61
2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi MasaNifas dan menyusui	65
2.3.6 Kebutuhan Dasar ibu Masa Nifas	66
2.3.7 Proses Laktasi dan Menyusui	72
2.4 Bayi Baru Lahir.....	84
2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir.....	84
2.4.2 Fisiologi Bayi Baru Lahir.....	85
2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir.....	86
2.4.4 Kebutuhan Fisik Bayi Baru Lahir.....	94
2.4.5 Kebutuhan Kesehatan Dasar Bayi Baru Lahir	97

2.4.6 Kebutuhan Psikososial	98
2.4.7 Asuhan Bayi Baru Lahir	99

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan pada ibu Hamil.....	103
3.2 Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin	113
3.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas.....	130
3.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	139

BAB 4 PEMBAHASAN

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan	148
5.2 Saran.....	154

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai Antenatal Care (ANC), Intranatal Care (INC), Postnatal Care (PNC), dan Bayi Baru Lahir (BBL) secara berkelanjutan pada pasien. Ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah pada umumnya ialah kematian maternal (*maternal mortality*). Menurut definisi World Health Organization kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Saifuddin, 2014).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Salah satu target di bawah Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) 3 adalah untuk mengurangi rasio kematian ibu bersalin global menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran, dengan tidak ada negara yang memiliki angka kematian ibu lebih dari dua kali rata-rata global. Wanita meninggal akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% dari semua kematian

ibu adalah perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2018).

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs (sekarang SDGs) tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan postpartum. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda 35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun). Dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI 2012 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2019 (Kemenkes, 2019).

Penyebab kematian ibu dibagi menjadi dua yaitu, faktor penyebab langsung dan faktor penyebab tidak langsung. Faktor penyebab langsung kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih di dominasi oleh 3 penyebab utama kematian yaitu perdarahan, HDK dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin

meningkat, lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan HDK. Sedangkan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu karena masih banyaknya kasus 3T yaitu terlambat mengambil keputusan, terlambat ke tempat rujukan serta terlambat memberi pertolongan di tempat rujukan dan 4T yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak (Kemenkes, 2014).

Penyebab AKB semakin meningkat antara lain berdasarkan data WHO 2012 yaitu bayi baru lahir prematur 29 %, sepsis dan pneumonia 25 %, dan 23 % disebabkan oleh bayi lahir dengan asfiksia dan trauma, BBLR, kelainan kongenita maupun infeksi/sepsis (Indawani Widiarti, 2013).

Menurut Profil Kesehatan 2019 yang menjadi upaya yang dilakukan dalam menurunkan AKI pada masa nifas adalah pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilakukan minimal 3 kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai 3 hari pasca persalinan, hari ke 4 sampai dengan hari ke 28, dan hari ke 29 sampai dengan hari ke 42.

Berbagai upaya dilakukan Pemerintah Indonesia dalam menurunkan AKI dan AKB yaitu adanya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) dengan meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 rumah sakit Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan 300 puskesmas/balikesmas Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Cakupan pelayanan Kunjungan Antenatal pertama (K1) di Indonesia tahun 2015 yaitu target K1 sebesar 97%, pencapaiannya 95,75% dan cakupan pelayanan Antenatal empat kali kunjungan (K4) dengan target K4 sebesar 74 %, pencapaiannya 85,35%. Cakupan pertolongan persalinan di Indonesia tahun 2015 yaitu target 90%, pencapaian 88,55% Nakes. Capaian (KN1) Indonesia pada tahun 2014 yaitu target 90% pencapaiannya 97,07% dan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN lengkap) yaitu target 88%, pencapaiannya 93,33%. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi bila belum diberikan. Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia tahun 2016 yaitu target 90%, pencapaiannya 84,41% (Kemenkes, 2016).

Untuk mendukung segala bentuk program pemerintah, penulis melakukan asuhan secara berkesinambungan (*continuity of care*) agar seorang wanita mendapatkan pelayanan yang berkelanjutan mulai dari pemantauan ibu selama proses kehamilan, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis akhirnya memilih salah satu ibu hamil trimester III yang memeriksakan kehamilannya di BPM Sopianum Nasution, SKM sebagai subyek penyusunan Laporan Akhir (COC) dengan judul Asuhan Kebidanan Pada Ny D Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Nifas Di BPM Sopianum Nasution, SKM Kota Padangsidimpuan.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan menyusui di BPM Sopianum Nasution, SKM Kota Padangsidempuan.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian data.
- b. Mampu menginterpretasi data yang sudah dikumpulkan.
- c. Mampu menilai diagnose dan masalah potensial.
- d. Mampu mengidentifikasi kebutuhan tindakan yang memerlukan tindakan segera, kolaborasi dan rujukan.
- e. Mampu merencanakan asuhan kebidanan sesuai keadaan pasien.
- f. Mampu memberikan penatalaksanaan berupa asuhan kebidanan sesuai keadaan pasien.
- g. Mampu mengevaluasi asuhan yang telah diberikan.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman, memberikan dan menyusun asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan menyusui di BPM Sopianum Nasution, SKM Padangsidempuan.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan penerapan asuhan kebidanan yang telah dipelajari di lembaga pendidikan.

1.3.3 Bagi Institusi Bidan Praktek Mandiri

Sebagai bahan dan informasi bagi bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan menyusui.

1.3.4 Bagi Penulis

Sebagai bahan masukan dan informasi dalam melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan menyusui.

1.3.5 Bagi klien

Membantu klien dalam memperoleh informasi penting tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan menyusui.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayilahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Kehamilan adalah suatu kondisi seorang wanita memiliki janin yang tengah tumbuh dalam tubuhnya. Umumnya janin tumbuh di dalam rahim. Waktu hamil pada manusia sekitar 40 minggu atau 9 bulan (Romauli, 2011).

2.1.2 Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 13 minggu-27 minggu, dan trimester ketiga 28 minggu hingga 40 minggu (Walyani, 2015). Jika ditinjau dari lamanya kehamilan kita bisa menentukan periode kehamilan dengan membaginya dalam 3 bagian yaitu :

- a) Kehamilan trimester I (antara 0-12 minggu)

Masa triwulan I disebut juga masa organogenesis dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi maka saat itulah penentuannya, jadi pada masa ini ibu sangat membutuhkan asupan nutrisi dan juga perlindungan dari trauma. Pada masa ini terus mengalami perkembangan pesat untuk

mempertahankan plasenta dan pertumbuhan janin, selain itu juga mengalami perubahan adaptasi dalam psikologisnya yaitu ibu lebih sering ingin diperhatikan, emosi ibu menjadi lebih labil akibat pengaruh adaptasi tubuh terhadap kehamilan.

b) Kehamilan trimester II (antara 13-28 minggu)

Dimasa ini organ-organ dalam janin sudah terbentuk tapi viabilitasnya masih diragukan, apabila janin lahir belum bisa bertahan hidup dengan baik. Pada masa ini ibu sudah merasa dapat beradaptasi dan nyaman dengan kehamilan.

c) Kehamilan trimester III (29-40 minggu)

Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat, masa ini disebut masa pematangan dimana tubuh telah siap untuk proses persalinan dan payudara sudah mengeluarkan kolostrum.

2.1.3 Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

a) Perubahan fisiologi

(1) Sistem Reproduksi

(a) Vulva dan Vagina

Pada usia kehamilan trimester III dinding vaginamengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinandengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendorkan jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

(b) Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kalogen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan berikutnya akan berulang (Romauli, 2011).

(c) Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan keatas, terus tumbuh sehingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kekanan, deksrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis (Romauli, 2011).

(d) Ovarium

Pada trimester III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

(2) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

(3) Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor ini akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya (Romauli, 2011).

(4) Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin sudah turun ke pintu atas panggul. Keluhan kencing sering timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romauli, 2011).

(5) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romauli, 2011).

(6) Sistem Muskuloskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (Romauli, 2011).

(7) Sistem kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12.000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit (Romauli, 2011).

Menurut Marmi (2014) perubahan sistem kardiovaskuler pada wanita hamil yaitu:

(a) Tekanan Darah (TD)

Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan disebabkan vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal. Edema pada ekstremitas bawah dan varises terjadi akibat obstruksi vena iliaka dan vena cava inferior oleh uterus. Hal ini juga menyebabkan tekanan vena meningkat.

(b) Volume dan Komposisi Darah

Volume darah meningkat sekitar 1500 ml. Peningkatan terdiri atas: 1000 ml plasma + 450 ml sel darah merah. Terjadi sekitar minggu ke-10 sampai dengan minggu ke-12. Vasodilatasi perifer mempertahankan TD tetap normal walaupun volume darah meningkat. Produksi SDM (Sel Darah Merah) meningkat (normal 4 sampai dengan 5,5 juta/mm³). Walaupun begitu, nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37%-47%) menurun secara menyolok, yang disebut dengan anemia fisiologis. Bila nilai Hb menurun sampai 10 gr/dL atau lebih, atau nilai Ht menurun sampai 35 persen atau lebih, bumil dalam keadaan anemi.

(c) Curah Jantung

Meningkat 30-50 persen pada minggu ke-32 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20 persen pada minggu ke-40. Peningkatan terutama disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup dan merupakan respons terhadap peningkatan kebutuhan O₂ jaringan.

(8) Sistem Integumen

Pada wanita hamil basal metabolik rate (BMR) meninggi. BMR meningkat hingga 15-20 persen yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari kelima atau pasca partum. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011).

(9) Sistem Metabolisme

Sistem metabolisme adalah istilah untuk menunjukkan perubahan-perubahan kimiawi yang terjadi didalam tubuh untuk pelaksanaan berbagai fungsi vitalnya. Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makan tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Pada wanita hamil basal metabolik rate (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang. Khususnya sesudah kehamilan 20 minggu keatas. Akan tetapi bila dibutuhkan dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari kelima atau keenam setelah pascapartum. Peningkatan BMR mencerminkan peningkatan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011).

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 5-20 persen dari semula terutama pada trimester ke-3. Keseimbangan asam basal mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemoludasi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi 1/2gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi: 1,5 gr setiap hari, 30-40 gr untuk pembentukan tulang janin, fosfor rata-rata 2 gr dalam sehari, zat

besi, 800 ml atau 30-50 ml/hari dan Sibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Indrayani, 2011).

(10) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal adalah 12,5 kg (Walyani,2015). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2

Perhitungan berat badan menurut Jannah, (2014) berdasarkan indeks massa tubuh :

$$IMT = BB / (TB)^2$$

Dimana : IMT = Indeks massa tubuh

BB = Berat badan (kg)

TB = Tinggi badan (m)

Tabel 2.1

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

(11) Sistem Darah dan Pembekuan Darah

(a) Sistem Darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat dan sel darah. volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan sedangkan 45 persen sisanya terdiri atas sel darah.

(b) Pembekuan Darah

Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Trombin tidak ada dalam normal yang masih dalam pembuluh darah. tetapi yang ada adalah zat pendahulunya, protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif trombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase atau trombokiplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah di tempat yang luka. Diduga terutama tromboplastin terbentuk karena terjadi kerusakan pada trombosit, yang selama ada garam kalsium dalam darah, akan mengubah protombin menjadi trombin sehingga terjadi pembekuan darah (Romauli, 2011).

(12) Sistem Persyarafan

Perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular. Gejala-gejala tersebut antara lain:

(a) Kompresi saraf panggul akibat pembesaran uterus memberikan tekanan pada pembuluh darah panggul yang dapat mengganggu sirkulasi dan saraf yang menuju ekstremitas bagian bawah sehingga menyebabkan kram tungkai.

(b) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar syaraf.

(c) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrom selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median dibawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai parestesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku.

(d) Akroestesia (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk dirasakan oleh beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen pleksus brakialis. Hal ini dapat dihilangkan dengan menyokong bahu dengan bantal pada malam hari dan menjaga postur tubuh yang baik selama siang hari.

(e) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan penglihatan, sinusitis, atau migren.

(f) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan, dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan. Ketidakstabilan vasomotor, hipotensi postural, atau hiperglikemia mungkin merupakan keadaan yang bertanggung jawab atas gejala ini.

(g) Hipokalasemia

Dapat menimbulkan masalah neuromuskular seperti kram otot atau tetani. Adanya tekanan pada syaraf menyebabkan kaki menjadi oedema. Hal ini disebabkan karena penekanan pada vena di bagian yang paling rendah dari uterus akibat sumbatan parsialvena kava oleh uterus yang hamil (Romauli, 2011).

(13) Sistem Pernapasan

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen. Pada 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil mengalami kesulitan untuk bernapas (Romauli, 2011).

b) Perubahan psikologi pada trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu/ penentian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Pada periode ini ibu tidaksabar menunggu kelahiran bayinya., menunggu tanda-tanda persalinan, perhatian ibu terfokus pada bayinya, gerakan janin, dan membesarnya uterus mengingatkannya pada bayinya. Sehingga ibu selalu waspada untuk melindungi bayinya dan bayinya, cedera, dan akanmenghindari orang/hal/ benda yang dianggap membahayakan bayinya. Persiapan aktif dilakukan untuk menyambut kelahiran bayinya, mempersiapkan baju bayi, menaata kamar bayi, membayangkan mengasuh/ merawat bayinya.menduga-duga akan jenis kelamin dan rupa bayinya.

Pada trimester ketiga juga biasanya ibu merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya dan bayinya, kelahiran pada bayinya, persalinan, nyeri persalinandan ibu tidak akan pernah tahu kapan ia akan melahirkan. Ketidaknyamanan pada trimester ini meningkat, ibu merasa dirinya aneh dan jelek,

menjadi lebih ketergantungan, malas dan mudah tersinggung serta merasa menyulitkan.

Reaksi para calon orang tua yang biasanya terjadi pada trimester III adalah:

(1) Calon Ibu

- (a) Kecemasan dan ketegangan semakin meningkat oleh karena perubahan postur tubuh atau terjadi gangguan body image.
- (b) Merasa tidak feminim menyebabkan perasaan takut perhatian suami berpaling atau tidak menyenangkan kondisinya.
- (c) 6-8 minggu menjelang persalinan perasaan takut semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya.
- (d) Adanya perasaan tidak nyaman.
- (e) Sukar tidur oleh karena kondisi fisik atau frustrasi terhadap persalinan.
- (f) Menyibukkan diri dalam persiapan menghadapi persalinan.

(2) Calon Ayah

- (a) Meningkatnya perhatian pada kehamilan istrinya
- (b) Meningkatnya tanggung jawab financial
- (c) Perasaan takut kehilangan istri dan bayinya.
- (d) Adaptasi terhadap pilihan senggama karena ingin membahagiakan istrinya (Indrayani, 2011).

2.1.4 Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Menurut Rukiah, (2016), kebutuhan fisik ibu hamil adalah sebagai berikut:

- a. Oksigen

Kebutuhan oksigen berkaitan dengan perubahan sistem pernapasan pada masa kehamilan. Kebutuhan oksigen meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi laju metabolisme, untuk menambah masa jaringan pada payudara, hasil konsepsi dan masa uterus dan lainnya. Ibu hamil bernafas lebih dalam karena peningkatan volume tidal paru dan jumlah pertukaran gas pada setiap kali bernapas.

b. Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minuman cukup cairan (seimbang).

c. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil lebih banyak berkeringat. Selama kehamilan PH vagina menjadi asam oleh karena mudah terkena infeksi. Kebersihan gigi perlu diperhatikan dengan baik, karena bila terjadi kerusakan dari gigi berlubang akan mengakibatkan komplikasi seperti nefritis. Maka dari itu wanita hamil harus memeriksakan giginya secara teratur sewaktu hamil (Rukiah, 2016).

d. Istirahat dan tidur

Ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luang untuk istirahat dan tidur. Tidur dalam posisi miring ke kiri, letakkan bantal untuk menyangga. Ibu hamil sebaiknya menggunakan waktu istirahat yang banyak untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiah, 2016).

e. Imunisasi

Pemberian imunisasi TT pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja. Imunisasi pertama diberikan usia kehamilan 16 minggu untuk kedua diberikan 4 minggu kemudian (Yeyeh, 2013).

f. Mobilisasi

Bersamaan dengan membesarnya ukuran uterus menyebabkan perubahan yang drastis pada kurva tulang belakang menjadi lordosis progresif. Mobilitas sakroiliaka, sakro koksigeal, sendi pubis bertambah besar dan menyebabkan rasa tidak nyaman dibagian bawah punggung khususnya pada akhir kehamilan mengakibatkan rasa pegal, lemah (Nurrezki, 2014).

2.1.5 Tanda bahaya kehamilan Trimester III

Menurut Pantikawati dan Saryono (2012) ada 7 tanda bahaya kehamilan diantaranya:

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran, pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Jenis perdarahan antepartum diantaranya plasenta previa dan absurpsio plasenta atau solusio plasenta (Hani, dkk, 2010).

b) Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala yang menunjukkan satu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap serta tidak hilang apabila beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala tersebut diikuti pandangan kabur atau berbayang. Sakit kepala yang demikian adalah tanda dan gejala dari preeklamsia (Hani, dkk, 2010).

c) Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh pandangan kabur, dikarenakan pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan atau minor adalah normal. Perubahan penglihatan disertai dengan sakit kepala yang hebat diduga gejala preeklampsia. Deteksi dini dari pemeriksaan data yaitu periksa tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema (Pantikawati dan Saryono, 2012).

d) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Bengkak/oedema bisa menunjukkan masalah yang serius jika muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang jika telah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia (Pantikawati dan Saryono, 2012).

e) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung (Pantikawati dan Saryono, 2012).

f) Gerakan janin tidak terasa

Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Gerakan janin akan terasa jika berbaring atau makan dan minum dengan baik (Pantikawati dan Saryono, 2012).

g) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik,

penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, absurpsi plasenta, infeksi saluran kemih, dan lain-lain (Hani, dkk, 2010).

2.1.6 Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III

a) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi (Poedji Rochjati, 2013).

Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (high risk):

- (1) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- (2) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- (3) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat.

b) Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya. Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- (1) Primipara muda berusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara skunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), pre-eklamsi-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.
- (2) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- (3) Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
- (4) Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum,

persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).

- (5) Hasil pemeriksaan fisik Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, servik inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsia-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalo-pelfik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).
- (6) Saat inpartu Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal).
- (7) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, ruptur uteri iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur

sinus marginalis, ruptur vasa previa). Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya vasa previa), air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli, dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta).

(8) Keadaan risiko tinggi postpartum (persalinan dengan retensio plasenta, atonia uteri postpartum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri)

2.1.7 Konsep Antenatal Care Standar pelayanan antenatal (10T)

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1).

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) (Kemenkes RI, 2015).

b) Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).

c) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 2.2

TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

Tinggi (cm)	Fundus Uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat- simpisis
20	Di bawah pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari diatas pusat
32	½ pusat – Proc Xiphoiudeus
36	1 jari di bawah Proc Xiphoiudeus
40	3 jari di bawah Proc Xiphoiudeus

Sumber : Nugroho, dkk,2014.

- e) Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (T5)

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2015).

- f) Pemantauan imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus tokosiod sesuai status imunisasi

Tabel 2.3

Rentang Waktu Pemberian Imunisasi dan Lama Perlindungannya

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

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

g) Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h) Periksa laboratorium (T8)

(1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.

(2) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.

(3) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

(4) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.

(5) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).

h) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

i) Temuwicara atau konseling (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015)

2.1.8 Kebijakan kunjungan antenatal care

Menurut Walyani, (2015) Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut:

a) Pemeriksaan pertama.

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid.

b) Pemeriksaan ulangan.

Adapun jadwal pemeriksaan ulang (Walyani, 2015) sebagai berikut :

(1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan

(2) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan

(3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

Frekuensi pelayanan menurut WHO dan Kemenkes (2013) ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Minimal 1 kali pada trimester pertama (0 -< 14 minggu) disebut K1
- b) Minimal 1 kali pada trimester kedua (0 -< 28 minggu)
- c) Minimal 2 kali pada trimester ketiga (0 -36 minggu) disebut K 4

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janjinya 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 dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (jannah , 2014).

Menurut Rohani (2014), persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir yang berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks oleh kekuatan his.

2.2.2 Sebab – sebab mulainya persalinan

Menurut Erawati (2011) ada lima penyebab mulainya persalinan, yaitu sebagai berikut :

a) Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot uterus. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, namun pada akhir kehamilan kadar progesteron turun menurun sehingga timbul his.

b) Teori oksitosin

Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga terjadi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai (Marmi, 2012).

c) Keregangan otot

Uterus seperti halnya kandung kemih dan lambung. Jika dindingnya teregang karena isinya bertambah timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Dengan bertambahnya usia kehamilan, semakin teregang otot –otot uterus dan semakin rentan.

d) Teori rangsangan estrogen

Estrogen menyebabkan iritabilitas miometrium, mungkin karena peningkatan konsentrasi actin-myosin dan adenosine triphosphate (ATP). Estrogen memungkinkan sintesis prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus.

e) Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan vili choralis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan kontraksi otot rahim (Asrinah,dkk, 2010).

f. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menyebabkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan (Asrinah,dkk, 2010). Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan, hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Marmi,2012).

2.2.3 Fisiologi Persalinan

1. Perubahan Fisiologi

Persalinan Kala I Perubahan fisiologis persalinan kala I menurut Jannah (2014) yaitu:

a) Uterus

Uterus terdiri atas dua komponen fungsional utama yaitu miometrium dan serviks. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks, serta pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan merupakan kontraksi otot yang menimbulkan rasa yang sangat sakit, kontraksi ini bersifat involunter yang bekerja dibawah kontrol saraf. Kontraksi berawal dari fundus, kemudian menyebar kesamping dan ke bawah. Kontraksi terbesar dan terlama adalah dibagian fundus, namun pada puncaknya kontraksi dapat mencapai seluruh bagian uterus.

b) Serviks

Kala I persalinan ditandai dengan perubahan serviks secara progresif. Kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif. Fase laten berlangsung mulai dari pembukaan serviks 0 cm sampai 3 cm. Pada fase ini, kontraksi uterus berlangsung 10-20 menit selama 15-20 detik. Fase aktif dimulai pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm. Pada fase ini, kontraksi uterus menjadi efektif. Di fase aktif kontraksi berlangsung 2-3 menit sekali selama 60 detik.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus, sistol meningkat 15 mmHg dan diastole meningkat 5-10 mmHg. Tekanan darah di antara kontraksi kembali normal seperti sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas dapat juga meningkatkan tekanan darah. d) Jantung Pada setiap kontraksi 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu, hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15%.

d) Suhu

Suhu tubuh dapat sedikit naik (0,5-10C) selama persalinan dan segera turun setelah persalinan. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan metabolisme dalam tubuh.

e) Sistem Pernafasan

Peningkatan aktivitas fisik meningkat dan pemakaian oksigen terlibat dari peningkatan frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia, dan hipokapnea (CO₂ menurun).

f) Psikologis

Seorang wanita yang sedang dalam masa persalinan mengalami perubahan-perubahan fisiologis dan psikologis yang bermacam-macam, Pada fase laten biasanya ibu merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Pada fase aktif rasa khawatir ibu semakin meningkat. Kontraksi menjadi semakin kuat dan frekuensinya semakin sering. Dalam keadaan ini ibu ingin didampingi orang lain karena takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

2. Perubahan Fisiologis kala II

Menurut Walyani, Purwoastuti, (2016) perubahan fisiologis kala II yaitu :

a) Uterus

Perbedaan keadaan Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR) tampak lebih jelas. SAR dibentuk oleh korpus uteri dimana dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya makin tipis disebabkan oleh regangan. Dengan kata lain SAR dan SBR mengadakan relaksasi dan dilatasi.

b) Serviks

Perubahan pada serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim (SBR), dan serviks.

c) Vagina dan dasar panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dindingnya tipis sampai ke vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas, anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.

3. Perubahan Fisiologis Pada Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, dan tanda gejala tali pusat (Walyani, Purwoastuti, 2016).

4. Perubahan Fisiologis Pada Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir. Hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan masase. Perlu dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada tersisa dalam uterus serta benar-bener dijamin tidak terjadi perdarahan. Pemantauan tanda vital dimulai segera setelah plasenta lahir. Kandung kemih harus kosong saat setelah plasenta keluar agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat. Hal ini berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut. Kemudian yang harus diperhatikan ialah robekan perineum. Robekan perineum dapat dihindari dan dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin.

2.2.4 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Jannah, (2014) tanda persalinan yang sudah dekat ditandai dengan adanya *lightening* atau *settling* atau *dropping* dan terjadi his palsu. Persalinan itu sendiri ditandai dengan his persalinan, yang mempunyai ciri seperti :

- 1) pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- 2) his bersifat teratur
- 3) mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
- 4) semakin beraktivitas semakin bertambah kekuatan kontraksinya. Selain his, persalinan ditandai juga dengan pengeluaran lendir karena terjadinya pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah.

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang pecah dengan sendirinya.

A. Tanda –tanda persalinan sudah dekat

1. Lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh : kontraksi braxton hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dengan kepala kearah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi (Lailiyana, dkk 2011).

2. His permulaan

Menurut Marmi (2012) makin tuanya kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian akan menimbulkan kontraksi yang lebih sering his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu yaitu : rasa nyeri ringan dibagian bawa, datangnya tidak teratur tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

B. Tanda –tanda timbulnya persalinan

1. Terjadinya his persalinan

His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah uterus

(meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal) terhadap istimus uteri (teregang dan menipis) terhadap kanalis servikalis (effacement dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri –ciri sebagai berikut, pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, terjadi perubahan pada serviks. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah (Mami, 2012).

2. Pengeluaran lendir darah (Bloody Show)

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang di maksud dengan bloody show. Bloody show paling sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Sukarni dan Margareth, 2013).

3. Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing–masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup (Erawati, 2011).

4. Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung 24 jam (Lailiyana, dkk 2011).

2.2.5 Tahapan Persalinan

A. Persalinan Kala I

1. Pengertian Kala I

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase :

1) Fase laten

a. Pembukaan serviks berlangsung lambat

b. Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm

c. Berlangsung dalam 7-8 jam

2) Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi tiga subfase,

a. Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

b. Periode dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

c. Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2. Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

(1) Pengertian partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat.

(2) Kemajuan persalinan

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) hal yang diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf adalah:

(3) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dinailaipada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (x). garis waspada adalah sebua garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

(4) Penurunan bagian terbawa janin

Metode perlimaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunnya kepalamaka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam melalui pemeriksaan luar dengan perlimaan diatas simphisis, yaitu dengan memakai 5 jari, sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Bila kepada masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat)dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada

partograf yang ditandai dengan “O”. Selanjutnya pada kepala yang sudah turun maka akan teraba sebagian kepala di atas simphisis (PAP) oleh beberapa jari 4/5, 3/5, 2/5, yang pada partograf turunnya kepala ditandai dengan “O” dan dihubungkan dengan garis lurus (Marmi, 2012).

(5) Kontraksi uterus (His)

Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa makin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah. Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap ½ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara memalpasi perut, pada partograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (duration) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak: (titik -titik) 20 menit, (garis -garis) 20 –40 detik, (kotak dihitamkan) >40 detik (Marmi, 2012).

(6) Keadaan janin

a. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai denyut jantung segera setelah his terlalu kuat berlalu selama ± 1 menit, dan ibu dalam posisi miring, yang diamati adalah frekuensi dalam satu menit dan keteraturan denyut jantung janin, pada partograf denyut jantung janin di catat dibagian atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal denyut jantung janin.

b. Warna dan selaput ketuban

Nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan –temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang –lambang berikut ini:

U: Selaput ketuban masih utuh.

J: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K: Air ketuban pecah tapi sudah kering.

c. Moulage tulang kepala janin

Moulage berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode moulage yaitu:

0: tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura dapat dengan mudah dilepas.

1: tulang –tulang kepala janin saling bersentuhan.

2: tulang –tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

3: tulang –tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

d. Keadaan ibu

Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah: DJJ setiap 30 menit, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, Nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan tiap 4 jam tandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam. Urine, aseton, protein tiap 2 –4 jam (catat setiap kali berkemih).

3. Asuhan sayang ibu kala I

Menurut Marmi (2012) asuhan yang dapat diberikan kepada ibu selama kala I yaitu :

- (a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
- (b) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
- (c) Berilah informasi mengenai peroses kemajuan persalinan.
- (d) Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- (e) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.
- (f) Lakukan perubahan posisi.
- (g) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.
- (h) Sarankan ibu untuk berjalan.
- (i) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya.
- (j) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
- (k) Ajarkan kepada ibu tehnik bernafas.
- (l) Menjaga hak perivasi ibu dalam persalinan.
- (m) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.
- (n) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.

(o) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.

(p) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin

B. Persalinan Kala II

1. Pengertian Kala II

Kala II atau disebut juga kala —pengusiran, dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala II ditandai dengan :

- a. His terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali
- b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencejan
- c. Tekanan pada rektum dan anus terbuka, serta vulva membuka dan perineum meregang.

2. Asuhan Sayang ibu Kala II

Menurut Marmi (2012) asuhan sayang ibu adalah asuhan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam kala II yaitu :

- a. Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Biasa dilakukan oleh suami, orang tua atau kerabat yang disukai ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan lancar.

b. Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain bantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan ransangan taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang.

c. KIE proses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga agar ibu tidak cemas menghadapi persalinan, dan memberikankesempatan ibu untuk bertanya hal yang belum jelas sehingga kita dapat memberikan informasi apa yang dialami oleh ibu dan janinnya dalam hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

d. Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan dengan rasa nyaman.

Membantu ibu memilih posisi:

1. Posisi jongkok atau berdiri

Menurut Marmi (2012) Posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran.

2. Setengah duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan di berbagai Rumah Sakit di segenap penjuru tanah air, pada posisi ini pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk 2011).

3. Posisi berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir (Marmi, 2012).

4. Posisi duduk

Posisi ini membantu penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum (Marmi, 2012).

5. Posisi merangkak

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi merangkak yaitumengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan, membantu bayi melakukan rotasi, dan peregangan perineum lebih sedikit.

e. Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran jika ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan untuk istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan atau dan menghindari terjadinya resiko afiksia (Marmi, 2012).

f. Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

C. Persalinan Kala III

1. Pengertian Kala III

Kala III atau kala pelepasan uri adalah periode yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala III pada primigravida dan multigravida hampir sama berlangsung ± 10 menit.

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri (Hidayat dan Sujiyatini, 2010)

2. Menurut Lailiyana, dkk (2011).

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 –10 menit, dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda –tanda dibawa ini , uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke bawa segmen bawah rahim dan tali pusat bertambah panjang.

3. Manajemen kala III

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) manajemen kala III yaitu :

- a. Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- b. Memberi oksitosin.
- c. LakukanPTT.
- d. Masase fundus.

D. Persalinan Kala IV

1. Pengertian Kala IV

Kala IV (kala pengawasan) adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Dalam batas normal, rata –rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100 –300 cc. Jika persalinan lebih dari 500 cc, ini sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Erawati, 2011).

Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi :

- a. Evaluasi uterus
- b. Pemeriksaan dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum
- c. Pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput dan tali pusat
- d. Penjahitan kembali episiotomi dan laserasi (jika ada)
- e. Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda vital, kontraksi uterus, lokea, perdarahan, kandung kemih.

2. Tujuan asuhan persalinan

Menurut Erawati (2011) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- a) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- b) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi –komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan dektesi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c) Melakukan rujukan pada kasus –kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- d) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- e) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.

- f) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.g)
- g) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.h)Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

2.2.6 Faktor –faktor yang mempengaruhi persalinan

A. Power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

B. His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot –otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal –hal yang harus diperhatikan dari his:

1. Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
2. Intensitas his kekuatannya diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan –jalan sewaktu persalinan masih dini.
3. Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.

4. Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
5. Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
6. Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo.
7. Pembagian his dan sifat –sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut:

a. His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.

b. His pembukaan

His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.

c. His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

d. His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

e. His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

C. Passage (Jalan Lahir)

1. Pengertian passage

Menurut Lailiyana (2011) Passage atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang –tulang panggul dan sendi –sendinya) dan bagian lunak (otot –otot atau jaringan, dan ligament) tulang –tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (Ossa coxae), 1 tulang kelangkang (ossa sacrum), dan 1 tulang tungging (ossa coccygis).

Ukuran –ukuran panggul :

a. Pintu Atas Panggul (PAP)

Batas –batas pintu atas panggul (PAP) adalah promontorium, sayap sacrum, linea innominata, ramsu superior osis pubis, dan tepi atas simfisis. Ukuran –ukuran PAP yaitu :

1. Ukuran muka belakang/diameter antero posterior/konjugata vera (CV) adalah dari promontorium ke pinggir atas simfisis > 11 cm. Cara mengukur CV = $CD - 1\frac{1}{2} \cdot CD$ (konjugata Diagonalis) adalah jarak antara promontorium ke tepi atas simfisis.
2. Ukuran melintang adalah ukuran terbesar antara linea iniminata diambil tegak lurus pada konjugata vera (12,5 –13,5).
3. Ukuran serong dari artikulasio sakroiliaka ke tuberkulum pubikum dari belahan panggul yang bertentangan.

b. Bidang luas panggul

Menurut Lailiyana (2011) bidang luas panggul adalah bidang dengan ukuran – ukuran yang terbesar terbentang antara pertengahanasetabulumdan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm.

c. Bidang sempit panggul

Menurut Lailiyana (2011) bidang sempit panggul adalah bidang dengan ukuran –ukuran yang terkecil. Terdapat setinggi tepi bawahsimfisis, kedua spina iskiadika dan memotong sacrum 1 –2 cm di atas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm, dan diameter segitalis posterior (dari sacrumke pertengahan antara spina ischiadica) 5 cm.

d. Pintu bawah panggul

Pintu Bawah Panggul (PBP) terdiri dari 2 segitiga dengan dasaryang sama, yitu garis yang menghubungkan kedua tuberiskiadiakumkiri dan kanan. Puncak segitiga belakang adalah ujung os sacrum sedangkan segitiga depan adalah arkus pubis.

Menurut Lailiyana (2011) ukuran –ukuran PBP :

1. Ukuran muka belakang. Dari pinggir bawa simfisis ke ujung sacrum (11,5 cm).
2. Ukuran melintang antara tuberiskiadiakum kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).
3. Diameter sagitalis posterior, dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

e. Bidang hodge

Menurut Marmi (2012) bidang hodge antara lain sebagai berikut :

Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphisis dan promontorium.

Hodge II : sejajar dengan hodgeI setinggi pinggir bawah symphisis.

Hodge III : sejajar hodge I dan II setinggi spina ischiadikakanan dan kiri.

Hodge IV : sejajar hodge I, II, III setinggi os coccygis.

D. Passenger(janin)

Hal yang menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah

1. Presentasi janin

Bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti (Dewi asri dan Christin, 2010):

a. Presentasi kepala (vertex, muka, dahi).

b. Presentasi bokong : bokong murni, bokong kai, letak lutut atau letak kaki.

c. Presentasi bahu

2. Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kedua arah dada dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Peyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi, 2012).

4. Letak janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur

dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau sungsang (Marmi, 2012).

5. Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasi dari plasenta. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini sering disebut plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasinya sering disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012).

E. Psikis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat mereka merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya. Membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi proses kecemasan pasien (Marmi, 2012)

F. Posisi

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubahnya memberi sedikit rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak juga menguntungkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama

persalinan seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Peningkatan curah jantung memperbaiki aliran darah ke unit utero plasenta dan ginjal ibu. Pelepasan oksitosin menambah intensitas kontraksi uterus. Apabila ibu mengedan dalam posisi jongkok atau setengah duduk, otot-otot abdomen bekerja lebih sinkron (saling menguatkan dengan otot uterus) (Marmi, 2012).

2.3 Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Menurut Pusdiknakes, 2003 dalam Yanti dan Sundawati, 2011).

Menurut Prawirohardjo, (2016) masa nifas dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Dahlan dan Mansyur, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat dijelaskan bahwa amasa nifas adalah masa dimana kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu.

2.3.2 Tahap Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

- (a) Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Ambarwati, 2010).

(b) Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selam kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan ala-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu (Ambarwati,2010).

(c) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Sundawati dan Yanti, 2011). Remote puerpartum merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Ambarwati, 2010)

2.3.3 Perubahan fisiologis Masa Nifas

(a) Perubahan sistem reproduksi

1. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Yanti dan Sundawati, 2011)

2. Iskemi amiometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

3. Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.

4. Autolysis

Merupakan proses penghancuran dirisendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

5. Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta sertamengurangi perdarahan (Yanti dan Sundawati, 2011). Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil.

Tabel 1. Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gram)	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000	12,5 cm

7 hari (mngg 1)	Pertengahan pusat simpisis	500	7,5 cm
14 hari (mngg 2)	Tidak teraba	360	5 cm
6 mngg	Normal	60	2,5 cm

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

6. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuang lochia (Yanti dan Sundawati, 2011).

7. Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan difragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali sepei sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendor yang mengakibatkanletak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendor (Yanti dan Sundawati, 2011).

8. Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dan Sundawati, 2011).

9. Lochia

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organism berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap wanita. Lochia dapat dibagi menjadi lochia rubra, sanguilenta, serosa dan alba.

Table 2. Perbedaan Masing-masing Lochea

Lochia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa

			mekonium dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	≥ 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

10. Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendor. Rugaetimbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan secara spontan ataupun mengalami episiotomi dengan indikasi tertentu. Meski demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu (Yanti dan Sundawati, 2011).

2.3.4 Proses Adaptasi Psikologis ibu Masa Nifas

(a) Adapasi Psikologi Ibu Nifas

Pada periode ini kecemasan wanita dapat bertambah, pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu

memerlukan adaptasi, tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam adaptasi masa nifas adalah sebagai berikut (Yanti dan Sundawati, 2011)

Fungsi menjadi orangtua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

1. Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik. Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: Kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi.

2. Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif dan lebih cepat tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain : mengajarkan

cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan dan lain-lain.

3. Fase letting go

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan peratan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi keutuhan bayi dan dirinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut : Fisik, istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih, Psikologi. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan : Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian, psikososial.

(b) Post partum blues

Keadaan ini adalah keadaan dimana ibu merasa sedih dengan bayinya. Penyebabnya antara lain : perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya.

Gejala *baby blues* antara lain : Menangis, perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir dengan bayinya, penurunan libido, kurang percaya diri. Hal-hal yang disarankan pada ibu sebagai berikut : Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin beristirahat, beritahu suami tentang apa yang dirasakan ibu, buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi, meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri.

Adapun gejala dari depresi post partum antara lain: Sering menangis, sulit tidur, nafsu makan hilang, gelisah, perasaan tidak berdaya atau hilang control, cemas atau kurang perhatian pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran menakutkan mengenai bayi, kurang perhatian terhadap penampilan dirinya sendiri, perasaan bersalah dan putus harapan (hopeless), penurunan atau peningkatan berat badan, gejala fisik, seperti sulit nafas atau perasaan berdebar-debar. Jika ibu mengalami gejala-gejala di atas segeralah memberitahukan suami, bidan atau dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan atau konsultasi dengan psikiater. Perawatan dirumah sakit akan diperlukan apabila ibu mengalami depresi berkepanjangan.

Beberapa intervensi yang dapat membantu ibu terhindar dari depresi post partum adalah : Pelajari diri sendiri, tidur dan makan yang cukup, olahraga, hindari perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan, beritahu perasaan anda, dukungan keluarga dan orang lain, persiapan diri yang baik, lakukan pekerjaan rumah tangga , dukungan emosional, dukungan kelompok depresi post partum, bersikap tulus ikhlas dalam menerima peran barunya.

(c) Postpartum psikologis

Postpartum psikosa adalah depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Meskipun psikosis pada masa nifas merupakan sindrom pasca partum yang sangat jarang terjadi, hal itu dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode pascapartum. Gejala postpartum psikosa meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional ketakutan dan kebingungn karena ibu kehilangan kontak realitas secara cepat. Saran kepada

penderita yaitu : beristirahat cukup, mengkonsumsi makanan dengan gizi yang seimbang, bergabung dengan orang –orang yang baru, berbagi cerita dengan orang yang terdekat, bersikap fleksibel (Maritalia, 2014)

(d) Kesedihan dan duka cita

Berduka yang paling besar adalah disebabkan kematian karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidann harus memahani psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca beduka dengan cara yang sehat (Yanti dan Sundawati, 2011).

2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Masa Nifas dan Menyusui

(a) Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuandari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2012).

(b) Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrapan juga bisa memicu baby blue (Sulistyawati, 2012).

(c) Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang

dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatana keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2012).

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang memepengaruhi status kesehatn tersebut maka diharapkan masyarakat tidak dilakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas. Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Sulistyawati, 2012).

2.3.6 Kebutuhan Dasar ibu Masa Nifas

(a) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta unntuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

1. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan

kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

2. Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D di dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu.

3. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

4. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4-1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

5. Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

6. Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 41/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.

7. Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin.

8. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

9. Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain : Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg; Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui di daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

10. Zinc (seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.

11. DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi, asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan.

(b) Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

Keuntungan ambulasi dini adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) : Ibu merasa lebih sehat dan kuat, fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik, memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu, mencegah trombotik pada pembuluh tungkai, sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis).

(c) Eliminasi

1. Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan seetiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Yanti dan Sundawati, 2011)

2. Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rektal atau lakukan klisma bilamana perlu (Yanti dan Sundawati, 2011)

(d) Kebersihan diri atau perineum

Kebutuhan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Yanti dan Sundawati, 2011)

(e) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain : Anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara

perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan : Jumlah ASI berkurang , memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011)

(f) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain : Gangguan atau ketidak nyamanan fisik; Kelelahan, ketidak seimbangan berlebihan hormone, kecemasan berlebihan (Yanti dan Sundawati, 2011).

Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri.

(g) Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain : Tingkat keberuntungan tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi post partum (Yanti dan Sundawati, 2011).

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut : Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dan Sundawati, 2011).

Manfaat senam nifas antara lain : Membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan. Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau antara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah : Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga, minum banyak air putih, dapat dilakukan di tempat tidur, dapat diiringi music, perhatikan keadaan ibu (Yanti dan Sundawati, 2011).

2.3.7 Proses Laktasi dan Menyusui

(a) Anatomi dan fisiologi payudara

1. Anatomi

Payudara (mamae, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dan Sundawati, 2011).

Menurut Mansyur dan Dahlan, 2014 ada 3 bagian utama payudara yaitu:

a. Korpus (badan)

Yaitu bagian yang membesar, di dalam korpus mammae terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara.

b. Areola

Yaitu bagian yang kehitaman ditengah Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan. Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari montgomery yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalangan payudara selama menyusui. Di bawah ini kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ dari payudara.

c. Papilla atau puting

Yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara. Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut.

2. Fisiologi payudara

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormon (Mansyur dan Dahlan, 2014).

a. Pengaruh hormonal

Mulai dari bulan ke tiga kehamilan, tubuh wanita memproduksi hormone yang menstimulasi munculnya ASI dalam sistem payudara, Saat bayi mengisap, sejumlah sel syaraf di payudara ibu mengirimkan pesan ke hipotalamus, Ketika menerima pesan itu, hipotalamus melepas “rem” penahan prolaktin untuk mulai menghasilkan ASI, prolaktin.

Progesterone : mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaat setelah melahirkan. Hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran. menstimulasi sistem saluran ASI untuk membesar.

Estrogen : Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah atau beberapa bulan selama tetap menyusui.

Prolaktin : berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan

Oksitosin : mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu let-down.

b. Refleks prolaktin

Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah

melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak ada nada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi (Mansyur dan Dahlan, 2014).

c. Refleks letdown

Oksitosin yang samapai pada alveoli masuk ke system duktulus yang untuk selanjut mengalir melalui duktus laktefirus masuk ke mulut bayi. Factor-faktor yang meningkatkan refleks let down adalah : melihat bayi; mendengar suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat refleks let down adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis dan mensensphalo. Hipotalamus ini akan menekan pengeluaran factor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memacu sekresi prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu pada ibu yang menyusuiakan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi.

(b) Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) :

1. Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.
2. Membantu Ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri. Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan

- (a) Memberi bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.
- (b) Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
- (c) Membantu ibu pada waktu pertama kali member ASI
- (d) Menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
- (e) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
- (f) Menghindari pemberian susu botol.

(c) Manfaat pemberian ASI

Adapun beberapa manfaat pemberian ASI adalah (Dahlan dan Mansyur, 2014):

1. Bagi bayi

- (a) Nutrient (zat gizi) yang sesuai untuk bayi.
- (b) Mengandung zat protektif.
- (c) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan.
- (d) Menyebabkan pertumbuhan yang baik.
- (e) Mengurangi kejadian karies dentis.
- (f) Mengurangi kejadian malokulasi.

2. Bagi ibu

- (a) Aspek kesehatan ibu Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

(b) Aspek KB menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormone yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormon ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

(c) Aspek psikologis Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

(d) Tanda bayi cukup ASI

Menurut Yanti dan Sundawati, 2011 bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :

1. Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
2. Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
3. Bayi akan buang air kecil (BAK) paling tidak 6-8 kali/sehari.
4. Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
5. Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
6. Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulitterasa kenyal.
7. Pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
8. Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya).
9. Bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
10. Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

(e) ASI eksklusif

Menurut Utami (2005) dalam Yanti dan Sundawati (2011) ASI eksklusif dikatakan sebagai pemberian ASI secara eksklusif saja, tanpa tambahan cairan seperti susu formul, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim.

Pemberian ASI yang dimulai sejak bayi baru lahir samapai dengan usia 6 bulan tanpa tambahan makanan dan minuman seperti susu, formula jeruk, madu, air gula, air putih, air teh, pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim. Menurut WHO dalam Yanti dan Sundawati, 2011 Asi eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, meskipun tambahan makanan ataupun produk minum pendamping. Kebijakan ini berdasarkan pada beberapa hasil penelitian (evidence based) yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah terganti oleh makanan pendamping (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(f) Cara merawat payudara

Menurut Dahlan dan Mansyur (2014) cara merawat payudara adalah

1. Persiapan alat dan bahan

- (a) Minyak kelapa dalam wadah
- (b) Kapas/kasa beberapa lembar
- (c) Handuk kecil 2 buah
- (d) Waslap 2 buah
- (e) Waskom 2 buah (isi air hangat atau dingin)
- (f) Nierbeken

2. Persiapan pasien

Sebelum melakukan perawatan payudara terlebih dahulu dilakukan persiapan pasien dengan memberitahukan kepada ibu apa yang akan dilaksanakan. Sedangkan petugas sendiri persiapannya mencuci tangan terlebih dahulu.

3. Langkah petugas

- (a) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kasa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.
- (b) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.
- (c) Cara pengurutan (massage) payudara :Dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan. Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengerut

dengan cara yang sama. Dengan menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai washlap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai bra khusus untuk menyusui.

(d) Mencuci tangan.

(g) Cara menyusui yang baik dan benar

Adapun cara menyusui yang benar menurut Dahlan dan Mansyur (2014) adalah :

1. Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan dapa air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
2. Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya ssaja, kepala dan ttubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah putting susu.
3. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar. Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah:

(a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

(b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

(h) Masalah dalam pemberian ASI

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain :

1. Bayi sering menangis Tangisan bayi dapat dijadikan ssebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Pada saat bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Dan yang paling sering karena kurang ASI.

2. Bayi bingung puting (Nipple confision)

Bingung puting (Nipple confusion) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme menyusu pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Menyusu pada ibu memerlukan kerja otot-otot pipi, gusi, langit-langit dan lidah. Sedangkan menyusu pada botol bersifat pasif, tergantung pada factor pemberi yaitu kemiringan botol atau tekanan gravitasi susu, besar lubang dan ketebalan karet dodol. Tanda bayi bingung puting antara lain :

(a) Bayi menolak menyusu

(b) Isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar.

(c) Bayi mengisap puting seperti mengisap dot.

Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan puting susu adalah

(a) Berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir.

(b) Berikan susu formula dengan indikasi yang kuat.

3. Bayi dengan BBLR dan bayi premature

Bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur maupun bayi kecil mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya lemah. Oleh karena itu, harus segera dilatih untuk menyusui.

4. Bayi dengan ikterus Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. Ikterik dini terjadi pada bayi usia 2-10 hari yang disebabkan oleh kadar bilirubin dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi hiperbilirubinemia pada bayi maka:

(a) Segeralah menyusui bayi baru lahir.

(b) Menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan on demand. Oleh karena itu, menyusui dini sangat penting karena bayi akan mendapat kolustrum. Kolustrum membantu bayi mengeluarkan mekonium, bilirubin dapat dikeluarkan melalui feses sehingga mencegah bayi tidak kuning.

5. Bayi dengan bibir sumbing

Bayi dengan bibir sumbing tetap masih bisa menyusui. Pada bayi dengan bibir sumbing *pallatum molle* (langit-langit lunak) dan *pallatum durum* (langit-langit keras), dengan posisi tertentu masih dapat menyusui tanpa kesulitan. Meskipun bayi terdapat kelainan, ibu harus tetap menyusui karena dengan menyusui dapat melatih kekuatan otot rahang dan lidah. Anjurkan menyusui ada keadaan ini dengan cara :

(a) Posisi bayi duduk.

(b) Saat menyusui, puting dan areola dipegang.

(c) Ibu jari digunakan sebagai panyumbat celah di bibir bayi.

(d) ASI perah diberikan pada bayi dengan labiopalatoskisis (sumbing pada bibir dan langit-langit).

6. Bayi kembar

Posisi yang dapat digunakan pada saat menyusui bayi kembar adalah dengan posisi memegang bola (football position). Pada saat menyusui secara bersamaan, bayi menyusu secara bergantian. Susuilah bayi sesering mungkin. Apabila bayi ada yang dirawat di rumah sakit, berikanlah ASI peras dan susuilah bayi yang ada di rumah.

7. Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI . menyusui bukan kontraindikasi pada bayi sakit dengan muntah-muntahan ataupun diare. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk. Berikan ASI sedikit tapi sering kemudiansendawakan. Pada saat bayi ditidurkan, posisikan tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena regulasi.

8. Bayi dengan lidah pendek (lingual frenulum)

Bayi dengan lidah pendek atau lingual frenulum(jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk “mengurut” puting dengan optimal. Akibatnya lidah bayi tidak sanggup “memegang” puting dan areola dengan baik, maka proses laktasi tidak berjalan ddengan sempurna. Oleh karena itu, ibu dapat membantu dengan menahan kedua

bibir bayi segera setelah bayi dapat “menangkap” puting dan areola dengan benar. Kemudian posisi kedua bibir bayi dipertahankan agar tidak berubah-ubah.

9. Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusu, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat memerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perahpun juga perlu diperhatikan.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500-4000 gram.

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu, berat lahirnya 2500-4000 gram. Tahapan neonatal antara lain neonatal dini yaitu bayi baru lahir sampai dengan usia 1 minggu, sedangkan neonatal lanjut adalah bayi baru lahir dari usia 8-28 hari (Wahyuni, 2011).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2.500-4.000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiah, 2013).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan rentan usia kehamilan 37-42 dengan berat lahir > 2500 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tonus baik.

2.4.2 Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir (Maryanti, 2011) yaitu :

- a) Berat badan lahir bayi antara 2500 –4000 gram.
- b) Panjang badan 48 –52 cm.
- c) Lingkar dada 30 –38 cm.
- d) Lingkar kepala 33 –35 cm.
- e) Menagis kuat
- f) Denyut jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali/menit.
- g) Pernafasan cepat pada menit pertama kira-kira 80 kali/menit , kemudian turun sampai 40 kali/menit.
- h) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.
- i) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- j) Kuku agak panjang dan lemas.
- k) Genetalia Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- l) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- m) Reflek moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- n) Eliminasi urin, mekonium normalnya keluar dalam 24 jam pertama. Meconium berwarna hitam kecoklatan.

2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir

a) Adaptasi fungsi dan proses vital pada neonatus (Marmi, 2012) :

(1) Sistem pernapasan

Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru sudah matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah lahir, pertukaran gas terjadi melalui paru-paru bayi, pertukaran gas terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Keadaan yang dapat mempercepat maturitas paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Sedangkan keadaan yang dapat memperlambat maturitas paru-paru adalah diabetes ringan, inkompebilitas rhesus, gemeli satu ovum dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur.

(2) Rangsangan untuk gerakan pernapasan

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012).

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Surfaktan ini mengurangi tekanan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernapasan (Asrinah, dkk, 2010).

Rangsangan taktil dilakukan apabila tidak terjadi pernafasan spontan, dilakukan pengusapan punggung, jentikan pada telapak kaki mungkin bisa merangsang pernapasan spontan (Rukiah, 2009).

(3) Upaya pernapasan bayi pertama

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali (Asrinah, 2010).

Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah ke paru-paru. Produksi surfaktan dimulai pada 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang, sekitar usia 30-34 minggu kehamilan. Tanpa surfaktan, alveoli akan kolaps setiap setelah akhir setiap pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan kebutuhan energi ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi, yang sebelumnya sudah terganggu (Asrinah, dkk, 2010).

(4) Sistem kardiovaskular

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan

serangkaian reaksi selanjutnya. Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan.

Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, harus terjadi dua perubahan besar, yakni penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan penutupan duktus arteriosus antara arteri dan paru-paru serta aorta. Oksigen menyebabkan system pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah yakni ada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun.

Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah, dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru dan menjalani proses oksigenasi ulang (Asrinah, dkk, 2010).

Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada saat pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup (Asrinah, dkk, 2010).

(5) Sistem termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0,60C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil ini merupakan hasil dari penggunaan lemak coklat yang terdapat diseluruh tubuh, dan mampu meningkatkan panas tubuh hingga 100% (Marmi, 2012).

Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh bayi lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Oleh karena itu upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu normal pada bayi baru lahir adalah 36,5-37,5 oC melalui pengukuran aksila dan rektum. Jika nilainya turun dibawah 36,5 oC maka bayi mengalami hipotermia. Tiga faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi : luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, dan tubuh bayi yang terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Marmi, 2012).

(6) Sistem renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubules tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urin dengan baik tercemin dari berat jenis urin (1,004) dan

osmolalitas urin yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012).

Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang dapat banyak mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah ginjal dan mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan dalam ginjal (Marmi, 2012).

(7) Sistem gastrointestinal

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan dengan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat (Marmi, 2012).

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan bayi sudah terdapat pada neonatus kecuali amylase, pancreas, aktifitas lipase telah ditemukan padajamin tujuh sampai 8 bulan kehamilannya. Pada saat lahir, aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan pallatum sehingga bayi hanya bisa bernapas melalui hidung, rasa kecap dan

penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml.

(8) Sistem hepar

Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus, misalnya enzim yang berfungsi dalam sintesis bilirubin yaitu enzim UDPG: T (uridin difosfat glukonoridine transferase) dan enzim G6PADA (Glukose 6 fosfat dehidrogenase) sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik (Marmi, 2012).

Segera setelah lahir, hepar menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu yang lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*.

(9) Immunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012).

(10) Integumen

Semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir tapi belum matang. Epidermis dan dermis sudah terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa

juga berfusi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan dapat rusak dengan mudah

(11) Neuromuskuler

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 ekstermita. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang (Wahyuni, 2011).

(12) Refleks-refleks

Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif. Ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik.

(a) Refleks glabellar

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

(b) Refleks hisap

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu.

(c) Refleks rooting(mencari)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

(d) Refleks Genggam (grapsing)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

(e) Refleks babinsky

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

(f) Refleks moro

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

(g) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

b) Adaptasi Psikologi

(1) Periode Pertama Reaktivitas

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini antara lain: denyut nadi apical berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernapasan menjadi 80 kali per menit, pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur dan adanya retraksi. Pada periode ini, bayi membutuhkan perawatan khusus, antara lain: mengkaji dan memantau frekuensi jantung dan pernapasan setiap 30 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran, menjaga bayi agar tetap hangat (Suhu aksila 36.5°C-37,5°C) (Muslihatun, 2010).

(2) Fase tidur

Fase ini merupakan interval tidak responsif relative atau fase tidur yang dimulai dari 30 menit setelah periode pertama reaktivitas dan berakhir pada 2-4 jam. Karakteristik pada fase ini adalah frekuensi pernapasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar, warna kulit cenderung stabil, terdapat akrosianosis dan bisa terdengar bising usus (Muslihatun, 2010).

(3) Periode Kedua Reaktivitas

Periode kedua reaktivitas ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan (Muslihatun, 2010).

2.4.4 Kebutuhan Fisik BBL

(1) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir dapat dipenuhi melalui air susu ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang. Pemberian ASI eksklusif berlangsung hingga enam bulan tanpa adanya makanan pendamping lain, sebab kebutuhannya

sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan oleh bayi. Selain itu sistem pencernaan bayi usia 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat. Komposisi ASI berbeda dengan susu sapi. Perbedaan yang penting terdapat pada konsentrasi protein dan mineral yang lebih rendah dan laktosa yang lebih tinggi. Lagi pula rasio antara protein whey dan kasein pada ASI jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rasio tersebut pada susu sapi. Kasein dibawah pengaruh asam lambung menggumpal hingga lebih sukar dicerna oleh enzim-enzim. Protein pada ASI juga mempunyai nilai biologi tinggi sehingga hamper semuanya digunakan tubuh. Dalam komposisi lemak, ASI mengandung lebih banyak asam lemak tidak jenuh yang esensial dan mudah dicerna, dengan daya serap lemak ASI mencapai 85-90%. Asam lemak susu sapi yang tidak diserap mengikat kalsium dan *trace elemen* lain hingga dapat menghalangi masuknya zat-zat tadi. Keuntungan lain ASI ialah murah, tersedia pada suhu yang ideal, selalu segar dan bebas pencemaran kuman, menjalin kasih sayang antar ibu dan bayi nya serta mempercepat pengembalian besarnya rahim ke bentuk sebelum hamil.

Zat anti infeksi dalam ASI antarlain :

- (a) Immunoglobulin :Ig A, Ig G, Ig A, Ig M, Ig D dan Ig E.
- (b) Lisozim adalah enzim yang berfungsi bakteri olitik dan pelindung terhadap virus.
- (c) Lakto peroksida sesuatu enzim yang bersama peroksida sehydrogen dan tiosianat membantu membunuh streptokokus.
- (d) Faktor bifidus adalah karbohidrat berisi N berfungsi mencegah pertumbuhan *Escherichia coli* pathogen dan *enterobacteriaceae*, dll.
- (e) Faktor anti stafilokokus merupakan asam lemak anti stafilokokus.

- (f) Lakto ferin dan transferin mengikat zat besi sehingga mencegah pertumbuhan kuman.
- (g) Sel-sel makrofag dan netrofil dapat melakukan fagositosis.
- (h) Lipase adalah antivirus.

(2) Kebutuhan Cairan dan elektrolit

Bayi cukup bulan mempunyai cairan di dalam paru-parunya. Pada saat bayi melalui jalan lahir selama persalinan, 1/3 cairan ini diperas keluar dari paru-paru. Seorang bayi yang dilahirkan melalui seksio sesaria kehilangan keuntungan dari kompresi dada ini dan dapat menderita paru-paru basah dalam jangka waktu lebih lama (Varney's). Dengan beberapa kali tarikan nafas pertama, udara memenuhi ruang antrakea dan bronkus bayi baru lahir. Dengan sisa cairan di dalam paru-paru dikeluarkan dari paru dan diserap oleh pembuluh limfe darah.

Semua alveolus paru-paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu. Air merupakan nutrient yang berfungsi menjadi medium untuk nutrient yang lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relative tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

(3) Personal Hygiene

Dalam menjaga kebersihan bayi baru lahir sebenarnya tidak perlu dengan langsung dimandikan, karena sebaiknya bagi bayi baru lahir dianjurkan untuk memandikan bayi setelah 6 jam bayi dilahirkan. Hal ini dilakukan agar bayi tidak

kehilangan panas yang berlebihan, tujuannya agar bayi tidak hipotermi. Karena sebelum 6 jam pasca kelahiran suhu tubuh bayi sangatlah labil. Bayi masih perlu beradaptasi dengan suhu di sekitarnya. Setelah 6 jam kelahiran bayi dimandikan agar terlihat lebih bersih dan segar. Sebanyak 2 kali dalam sehari bayi dimandikan dengan air hangat dan ruangan yang hangat agar suhu tubuh bayi tidak hilang dengan sendirinya. Diusahakan bagi orang tua untuk selalu menjaga keutuhan suhu tubuh dan kestabilan suhu bayi agar bayi selalu merasa nyaman, hangat dan terhindar dari hipotermi. BAB hari 1-3 disebut mekoneum yaitu feces berwarna kehitaman, hari 3-6 feces transisi yaitu warna coklat sampai kehijauan karena masih bercampur mekoneum, selanjutnya feces akan berwarna kekuningan. Segera bersihkan bayi setiap selesai BAB agar tidak terjadi iritasi di daerah genitalia. Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Setiap habis BAK segera ganti popok supaya tidak terjadi iritasi di daerah genitalia.

2.4.5 Kebutuhan Kesehatan Dasar Bayi Baru Lahir

(1) Pakaian

Seorang bayi yang berumur usia 0–28 hari memiliki kebutuhan tersendiri seperti pakaian yang berupa popok, kain bedong, dan baju bayi. Semua ini harus didapat oleh seorang bayi. Kebutuhan ini bisa termasuk kebutuhan primer karena setiap orang harus mendapatkannya. Perbedaan antara bayi yang masih berumur di bawah 28 hari adalah bayi ini perlu banyak pakaian cadangan karena bayi perlu mengganti pakaiannya tidak tergantung waktu. Suasana yang nyaman, aman, tenang dan rumah yang harus didapat bayi dari orangtua juga termasuk kebutuhan terpenting

bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Lingkungan yang baik juga tidak kalah terpenting. Karena dari lingkunganlah seorang anak dapat tumbuh dengan baik dan dari lingkungan yang baiklah seorang anak bisa membangun karakter yang baik pula.

(2) Sanitasi Lingkungan

Bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal.

(3) Perumahan

Suasana yang nyaman, aman, tenang dan rumah yang harus di dapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah terpenting. Karena dirumah seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. Bayi harus dibiasakan dibawa keluar selama 1 atau 2 jam sehari (bila udara baik).

2.4.6 Kebutuhan Psikososial

(1) Kasih sayang

- (a) Sering memeluk dan menimang dengan penuh kasih sayang.
- (b) Perhatikan saat sedang menyusui dan berikan belaian penuh kasih sayang.
- (c) Bicara dengan nada lembut dan halus, serta penuh kasih sayang

(2) Rasa Aman

- (a) Hindari pemberian makanan selain ASI

(b) Jaga dari trauma dengan meletakkan BBL ditempat yang aman dan nyaman, tidak membiarkannya sendirian tanpa pengamata, dan tidak meletakkan barang-barang yang mungkin membahayakan di dekat BBL.

(3) Harga Diri

Bayi dan anak memiliki kebutuhan akan harga diri dan ingin dirinya merasa dihargai, baik oleh dirinya maupun orang lain. Anak ingin memiliki tempat dihati keluarga dan juga mendapat perhatian sebagaimana orang-orang disekitarnya.

(4) Rasa Memiliki

Ajarkan anak untuk mencintai barang-barang yang ia punya (mainan,pakaian). Sebagaimana orang dewasa, rasa memiliki pada bayi dan anak juga merupakan suatu kebutuhan. Anak merasa benda-bendayangdimiliki harus selalu dilindungi.

2.4.7 Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Asuhan segera bayi baru lahir

Menurut (Saputra,2014) pemeriksaan fisik Head to toe :

1. Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedanum, cephal haematoma, hidrosepalus.

2. Mata

Bentuk simetris, strabismus, pembengkakan pada kelopak mata,sclera dan konjungtiva.

3. Telinga

Bentuk simetris, lubang saluran, elastisitas dan telinga baik.

4. Hidung

Bentuk simetris, pengeluaran, lubang saluran durum/mule.

5. Leher

Tidak ada pembengkakan, dapat difleksikan kearah dada dan pergerakan kiri kanan baik.

6. Dada

Bentuk simetris, pergerakan diafragma sesuai dengan irama pernafasan.

7. Abdomen

Tali pusat, pembesaran/pembuncitan dan bising usus (+).

8. Punggung

Raba kurvatura kolumna vertebralis, skoliosis, pembengkakan, spina bifida dan bercak berambut.

9. Genetalia

Kelamin laki-laki : panjang penis, testis sudah turun berada skrotum, orifisium uretra berada diujung/tengah penis. Kelamin perempuan : labia mayora dan labia minora, klitoris, orifisium vagina, orifisium uretra dan secret.

10. Anus

Berlubang/tidak, posisi, adanya atresia ani.

11. Ekstremitas

Gerakan, bentuk simetris, jumlah jari tangan dan kaki.

12. Kulit

Warna kulit, lanugo, verniks caseosa, bercak dan tanda lahir.

13. Refleks

Refleks moro : refleks menggenggam
Refleks rooting: refleks mencari puting susu
Refleks tonic neck :refleks pergerakan leher kanan dan kiri, fleksi
Refleks sucking: refleks menghisap
Refleks swallowing: refleks menelan.

14. Antropometri

Pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran lengan.

b. Asuhan bayi baru lahir pada kunjungan ulang

Terdapat beberapa kunjungan pada bayi baru lahir menurut Rukiah, (2013), yaitu:

1. Asuhan pada kunjungan pertama

Kunjungan neonatal yang pertama adalah pada bayi usia 6-48 jam. Asuhan yang diberikan yaitu:

- a. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat
- b. Perawatan mata 1 jam pertama setelah lahir
- c. Memberikan identitas pada bayi
- d. Memberikan suntikan vitamin K

2. Asuhan pada kunjungan kedua

Kunjungan neonatal yang kedua adalah pada usia bayi 3-7 hari. Asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat dan mengawasi tanda-tanda bahaya.

3. Asuhan pada kunjungan ketiga

Kunjungan neonatal yang ketiga adalah pada bayi 8-28 hari (4 minggu) namun biasanya dilakukan di minggu ke 6 agar bersamaan dengan kunjungan ibu nifas. Di 6 minggu pertama, ibu dan bayi akan belajar banyak satu sama lain. Proses *give & take* yang terjadi antara ibu dan bayi akan menciptakan ikatan yang kuat.

Hubungannya dengan ibu akan menjadi landasan bagi bayi untuk berhubungan dengan yang lainnya.

BAB 3
TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY M G3P2A0 USIA KE-H 36-37
mgg DI BPM SAPIANUM NASUTION, SKM**

Tanggal Pengkajian : 12 Juli 2021
Jam : 17.00
Tempat Pengkajian : Ruang Pelayanan
Nama Mahasiswa : Neny
NIM : 20100028

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS

Nama	: Ny M	Nama Suami	: Tn. S
Umur	: 30 Tahun	Umur	: 38 Tahun
Suku/Kebangsaan	: Batak	Suku/Kebangsaan	: Batak
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Salambue	Alamat	: Salambue

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIVE)

Pada Tanggal : Pukul : 17.00 Wib

1. Alasan Kunjungan ini : Pemeriksaan kehamilan
2. Keluhan-Keluhan : Sakit bagian perut diatas PAP
3. Riwayat Menstruasi :
 - Haid Pertama : 12 Tahun
 - Siklus : 26-28 hari
 - Banyaknya : 2-3 kali ganti doek
 - Dismenorhea : ya
 - Teratur/Tdk : ya
 - Lamanya : 5-6 hari
 - Sifat Darah : merah, segar

4. Riwayat Kehamilan Persalinan, dan Nifas yang lalu

No	Tgl Lahir/Umur	Usia Ke-H	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Pening	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		BB Lahir	PB	Keadaan	Laktasi	Kelainan
1	11-11-13	40 mgg	Normal	Rumah	-	-	Bidan	3,2 kg	50 cm	sehat	Ya	Tidak ada
2	1-11-16	38 mgg	Normal	Klinik Bersalin	-	-	Bidan	3,5 kg	50 cm	sehat	Ya	Tidak ada

5. Riwayat Kehamilan ini :

- Hari I haid terakhir : 28 Oktober 2020
- Taksiran Persalinan : 05 Agustus 2021
- Keluhan-keluhan pada : Trimester I : mual dan muntah
Trimester II : nafsu makan menurun, pusing
Trimester III : tidak ada
- Pergerakan anak pertama sekali : trimester ke 2
- Pergerakan anak 24 jam

< 10 kali 10-20 kali > 20 kali

Bila lebih dari 20 x dalam 24 jam, dengan frekuensi

< 15 detik > 15 detik

- o Keluhan-keluhan yang dirasakan (bila ada jelaskan)
- o Rasa Lelah : ya
- o Mual dan muntah yang lama : tidak ada
- o Nyeri perut : ya
- o Panas menggigil : tidak ada
- o Sakit kepala berat/terus menerus : tidak ada
- o Penglihatan kabur : tidak ada
- o Rasa nyeri/ panas waktu BAB : tidak ada
- o Rasa gatal pada vulva vagina dan sekitarnya : tidak ada
- o Pengeluaran cairan pervaginam : tidak ada
- o Nyeri kemerahan,tegang pada tungkai : tidak ada
- o Oedema : tidak ada
- o Lain-lain (jelaskan) : tidak ada
- o Obat-obatan yang dikonsumsi : Multivitamin
- o Kekhawatiran khusus : tidak ada

- Pola Eliminasi :
- BAK : Frekuensi : 5-6 kali Warna : Jernih

Keluhan waktu BAK : tidak ada

- BAB : Frekuensi : 1-2 kali Warna : kuning ke hijauan
- Konsistensi : lembek
- Aktivitas sehari-hari :

Pola istirahat dan tidur : Siang : 1 jam, Malam : 6 jam

Seksualitas : 1 x/minggu

Pekerjaan : biasa

Imunisasi TT 1 Tanggal : Tidak dilakukan

TT 2 Tanggal : Tidak dilakukan

Kontrasepsi yang pernah digunakan : KB suntik 3 bulan

6. Riwayat Penyakit Sistemik yang pernah ada

Jantung : tidak ada

Ginjal : tidak ada

Asma/TBC Paru : tidak ada

Hepatitis : tidak ada

DM : tidak ada

Hypertensi : tidak ada

Epilepsi : tidak ada

Lain-lain : 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 : sah

Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan

- () Direncanakan () Tidak
- () Diterima () Tidak diterima
- Dukungan suami/keluarga terhadap kehamilan
 - () Ada dukungan () Tidak ada dukungan
- Pengambilan keputusan dalam keluarga
 - () Suami () Ibu hamil () Mertua /orang tua
- Pola makan/minum
 - o Makanan sehari-hari, frekuensi : 3 kali Banyaknya : 1 piring
 - o Jenis makanan yang dimakan : nasi, lauk dan pauk
 - o Perubahan makan yang dialami (ngidam, nafsu makan, dll):
- Minum :
- Kebiasaan merokok : () Ya, () Tidak
- Minuman Keras : () Ya, () Tidak Mengonsumsi
- Obat terlarang : () Ya, () Tidak
- Kegiatan sehari-hari (beban kerja): memasak, menyapu
- Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan membantu persalinan :
Praktek Bidan Mandiri

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIVE)

1. Status Emosional : Stabil

2. Pemeriksaan fisik : BB : 81 kg TB : 155 cm Lila : 28 cm
BB Sebelum hamil : 70 kg

3. Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg Nadi : 78 x/i

RR : 22 x/i Temp : 36⁰C

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 anemi
 Sklera mata : bersih
 Odem Palvera : () Ya (√) Tidak
7. Hidung : Polip : () Ya (√) Tidak ada
 Pengeluaran : () Ada, Sebutkan (√) 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 : () Tidak Ada (√) Ada
 - Pengeluaran : (√) Tidak ada () Ada, Jelaskan :
- Leher : - Luka bekas operasi : (√) Tidak ada () Ada, Jelaskan :
 - Kelenjar Tyroid : () membesar (√) Tidak membesar
 - Pembuluh Limfe : () membesar (√) Tidak membesar
10. Dada
- Mamae : Simetris : () Ya (√) Tidak
- Areola mammae : coklat kehitaman
- Putting susu : (√) menonjol, () mendatar, () masuk ke dalam
- Benjolan : () Ada (√) Tidak ada
- Pengeluaran dari putting susu : (√) Ada, Jelaskan : Asi () Tidak ada
11. Aksila : Pembesaran kelenjar getah bening: () Ada (√) Tidak ada

12. Abdomen :

- Pembesaran : () Tidak Simetris (√) Simetris
(√) Memanjang melebar
- Linea : (√) Nigra () Alba
- Striae : () Livide (√) Albican
- Bekas Luka Operasi : () Ada (√) Tidak ada

Pemeriksaan Khusus Kebidanan

- Leopold I : lunak, tidak melenting
- Leopold II : Panjang, memapan sebelah kiri ibu
- Leopold III : Bulat, keras, melenting
- Leopold IV : Belum masuk PAP
- TBJ : 3565 gram
- Kontraksi : () Ada (√) Tidak ada
- Tinggi Fundus Uteri : 2 jari di bawah PX ibu
- Bagian janin yang terdapat di fundus uteri : lunak, tidak melenting
- Bagian tegang/memapan : (√) Kiri () Kanan
- Bagian Kecil : () Kiri (√) Kanan
- Presentasi : Kepala
- Penurunan Bagian Terbawah : (√) Konvergen () Divergen
- Auskultasi : DJJ (√) Ada () Tidak ada
- Frekuensi : 142 x/ menit

Pemeriksaan Panggul Luar

- Distansia Spinarum : 25 cm
- Distansia Kristarum : 30 cm
- Conjugata Eksterna : 20 cm
- Lingkar Panggul Luar : 85 cm

13. Genitalia

Vulva : - Pengeluaran : (√) Tidak ada () Ada, Jelaskan:

- Varices : (√) Tidak ada () Ada
- Kemerahan Lesi : (√) Tidak ada () Ada

Perineum : - Bekas luka/luka parut : () Tidak ada (√) Ada, Jelaskan : bekas luka jahitan

Lain-lain Jelaskan :

14. Pinggang (Periksa Ketuk) : Costo-Vertebta-Angel-Tendeemes = CVAT

Nyeri : (√) Tidak ada () Ada

15. Ekstremitas

Oedem pada tangan/jari : tidak ada

Oedem ekstremitas bawah : tidak ada

Varices : tidak ada

Reflesks Patella : +

D. UJI DIAGNOSTIK

Pemeriksaan Laboratorium : Tidak dilakukan

Haematokril : Tidak dilakukan

Protein Urin : Tidak dilakukan

Glukosa Urin : Tidak dilakukan

Gol Darah : Tidak dilakukan

II. Interpretasi Data

Ny. M, G3 P2 A0, Umur ibu 30 tahun, hamil 37 mgg, janin tunggal, hidup, intrauterine, letak memanjang, punggung kiri, presentase kepala.

Data Dasar :

DS : Ny. M mengatakan ini hamil anak yang ketiga belum pernah keguguran, dan sekarang umur ibu 30 tahun.

DO :

1. G3 P2 A0

a. Tanda Vital:

TD : 110/70 mmHg Pols : 78 x/i

RR : 22 x/i Suhu : 36,0°C

b. Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi, bentuk simetris, ada striae alba.

2. HPHT : 28 - Oktober - 2020

HPL : 05 –Agustus - 2021

TFU : 34 cm

3. Palpasi:

a. Palpasi Leopold

- Leopold I : TFU 2 jari di bawah px, teraba lunak, dan tidak melenting yaitu bokong di fundus.

- Leopold II : Teraba 1 bagian yang keras dan memanjang di sebelah kiri perut ibu yaitu punggung. dan di sebelah kanan perut ibu terdapat bagian-bagian kecil janin.

- Leopold III : Teraba satu bagian keras, bulat dan melenting yaitu kepala diatas simfisis.

- Leopold IV :Bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul (konvergen)

b. Auskultasi

DJJ : 142 x/i

c. TBJ : $(TFU - 11) \times 155 = (34 - 11) \times 155 = 3.565 \text{ gr.}$

B. Masalah : Ibu merasa mulai cemas menanti kelahirannya.

C. Kebutuhan : Pemberian support (dukungan), baik dari suami dan keluarga.

III. MASALAH DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. KEBUTUHAN TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Rencana pemeriksaan ibu dan janin
2. Anjurkan ibu mengurangi aktifitas dan pekerjaan berat
3. Anjurkan suami dan keluarga memberi dukungan pada ibu
4. Beritahu untuk menyiapkan persiapan perlengkapan persalinan
5. Beritahu tanda-tanda persalinan
6. Ajarkan ibu cara mengatur nafas yang baik
7. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang

VI. PELAKSANAAN

1. a. Melakukan pemeriksaan BB dan TB
BB : 81 Kg
TB : 155 cm
TD : 110/70 mmHg RR : 22 x/i
Pols : 78 x/i Suhu : 36⁰C
Lila : 28 cm
- b. Melakukan pemeriksaan Leopold
Leopold I : Lembek, tidak melenting
Leopold II : PUKI
Leopold III : Bulat, keras, melenting (Kepala)
Leopold IV : Belum masuk PAP
DJJ : 142x/i
2. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktifitas atau mengurangi pekerjaan yang berat karena akan beresiko terhadap ibu dan janin jika ibu terlalu banyak beraktifitas berat.
3. Menganjurkan suami dan keluarga berperan penting dalam memberikan dukungan terhadap ibu.
4. Memberitahukan ibu untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan seperti : suami/keluarga yang siaga, transportasi, biaya, perlengkapan ibu dan bayi.
5. Memberitahukan tanda-tanda persalinan seperti adanya keluar lender bercampur darah dari kemaluan, rasa sakit di perut menjalar sampai ke pinggang.
6. Mengajarkan ibu untuk tetap mengatur pernafasan dengan baik apalagi sangat penting untuk menghadapi proses persalinan.
7. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang kembali dan jika ada keluhan segera datang ke praktik.

VII. EVALUASI

1. Sudah dilakukan pemeriksaan pada ibu dan janinnya
2. Sudah dianjurkan ibu untuk mengurangi aktifitas atau mengurangi pekerjaan yang berat karena akan beresiko terhadap ibu dan janin jika ibu terlalu banyak beraktifitas berat.
3. Sudah dianjurkan suami dan keluarga berperan penting dalam memberikan dukungan terhadap ibu.
4. Sudah diberitahukan ibu untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan seperti : suami/keluarga yang siaga, transportasi, biaya, perlengkapan ibu dan bayi.
5. Sudah diberitahukan tanda-tanda persalinan seperti adanya keluar lender bercampur darah dari kemaluan, rasa sakit di perut menjalar sampai ke pinggang.
6. Sudah diajarkan ibu untuk tetap mengatur pernafasan dengan baik apalagi sangat penting untuk menghadapi proses persalinan.
7. Sudah dianjurkan ibu untuk kunjungan ulang kembali dan jika ada keluhan segera datang ke praktik.

3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN G3 P2 A0 DI BPM SAPIANUM NASUTION, SKM

Tanggal Pengkajian : 07 Agustus 2021
Jam : 20.00
Tempat Pengkajian : Ruang Pelayanan
Nama Mahasiswa : Neny
NIM : 20100028

I. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS PASIEN :

Nama : Ny.M
Umur : 30 Tahun
Suku/Kebangsaan : Batak
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Salambue

IDENTITAS SUAMI :

Nama Suami : Tn.S
Umur : 38 Tahun
Suku/Kebangsaan : Batak
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Salambue

B. ANAMNESIS (DATA SUBJEKTIF)

Pada Tanggal : 07 Agustus 2021

Pukul : 20.00 Wib

1. Alasan utama pada waktu masuk : keluar lendir campur darah + air dari kemaluan
2. Tanda – tanda persalinan :
 - a. Kontraksi ada sejak tanggal : 6 Agustus 2021
 - b. Pukul : 17.00 wib
 - c. Frekuensi : 1 x setiap 10 menit, lamanya 15 detik
 - d. Lokasi Ketidaknyamanan : Sekitar perut menjalar ke pinggang
 - e. Pengeluaran pervaginam :
 - f. Darah lender : (√) Ada, () Tidak ada
 - g. Air Ketuban : (√) Ada, () Tidak ada
Jumlah : - , Warna : Jernih
 - h. Darah : (√) Ada, () Tidak ada
3. Riwayat kehamilan sekarang
 - a. HPHT : 28 Oktober 2020
 - b. Lamanya : 5-6 hari
 - c. Siklus : 26-28 hari
 - d. ANC : - Tidak teratur
- Frekuensi 1 x /2 bulan di Klinik bidan

Keluhan / penyulit pada kehamilan ini :

() anemi () Epilepsi

() PE () dll, Sebutkan

() DM () Jantung

(√) Tidak ada penyulit kehamilan

4. Riwayat imunisasi : Tidak imunisasi TT
5. Pergerakan janin dalam 24 jam teraksir : > 20 kali
6. Kesiapan menghadapi persalinan : (√) siap () tidak siap
7. Pendamping persalinan yang di inginkan : suami
8. Riwayat kehamilan : Persalinan yang lalu

N O	Tgl Lahir/ umur	Usia Ke- H	Jenis Persali an	Tempat Persali nan	Komplikas i		Penol ong	BBL			Nifas
					Ibu	Bayi		BB Lahir	Kea daan	Lakt asi	Kelain an
1	11-11-2013	38-40 mgg	Normal	Rumah	-	-	Bidan	3,2 kg	Baik	Ya	Tidak ada
2	1-11-2016	38-39 mgg	Normal	Klinik	-	-	Bidan	3,5 kg	Baik	Ya	Tidak ada

9. Makan dan Minum terakhir pukul : 18.30

Jenis makanan : Nasi+ lauk

10. BAK Terakhir : Pukul : 19.30

BAB terakhir : Pukul : 08.00

11. Tidur : Siang 1/2 jam, malam 6-7 jam

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Penampilan Fisik : Baik

Kedaaan emosional : Stabil

3. Tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

RR : 22x/i

Pols : 80 x/i

Suhu : 35,8°C

- 4. Tinggi Badan : 155 cm
- 5. Berat Badan : 81 kg
- 6. Muka
 - Kelopak mata : tidak ada oedem
 - Konjungtiva : Tidak anemis
 - Sklera : Tidak ikterik
- 7. Mulut dan gigi
 - Lidah dan gigi : Tidak ada caries
 - Stomatitis tonsil : Tidak meradang
 - Pharing : Tidak meradang
- 8. Leher
 - Kelenjar Tiroid : tidak ada pembengkakan
 - Kelenjar Getah bening: tidak ada
- 9. Dada : (✓) Simetris () Asimetris
 - Paru : () Ekstra Systole () Waizzing
 - Payudara : Simetris
 - Putting susu : Menonjol
 - Benjolan : Tidak ada
 - Pengeluaran : Ada, Jelaskan : ASi
 - Kolostrum rasa Nyeri : Tidak
 - Lin – Lain : -
- 10. Abdomen : (✓) Simetris () Asimetris
 - Pembesaran : Tidak ada
 - Benjolan : (-) mioma
 - Ada bekas luka operasi : tidak ada
 - Striae : (✓) Livid () Albican
 - Linea : (✓) Alba () Nigra
 - Pembesaran Lien / liver : Tidak ada
 - Ada kandung kemih : kosong

Pemeriksaan Kebidanan Kala I

Tanggal : 07 Agustus 2021 Pukul : 20.15

Palpasi Uterus : ya

Tinggi Fundus Uterus : 3 jari di bawah px

Kontraksi : 2 x 10 menit durasi : 10-20 dtk

Letak : () Memanjang (✓) Melebar

Presentasi : Kepala

Posisi : () Puka (✓) Puki

Penurunan : 1/5

Pergerakan : >20 kali

Auskultasi

DJJ : Ada terdengar

Frekuensi : 140 x/i Teratur

Punctum Maximum : kwadran kiri perut ibu

Kontraksi uterus : 2 x dalam 10 menit 10-20 dtk
Penurunan kepala : Hodge II (1/5)
- Tonus otot longgar, ada striae albican

2. Keadaan ibu dan janin : baik

Dasar/ data pendukung :

Do : Vital sign :

- TD : 110/80 mmHg
- RR : 22 x/i
- Pols : 80x/i
- Suhu : 35,8⁰C
- DJJ : 140 x/i

Reguler masalah : ibu cemas

Dasar/data pendukung :

Ds : Ibu mengatakan merasa cemas menghadapi persalinan karena sakit semakin kuat

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak ada yang mendukung untuk terjadinya masalah potensial

IV. TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI

Tidak ada yang mendukung perlunya tindakan segera

V. PERENCANAAN

1. Informasikan pada ibu tentang keadaannya.
2. Anjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene dan kosongkan kandung kemih.
3. Anjurkan ibu untuk memilih posisi persalinan senyaman mungkin. Rasional : supaya ibu merasa nyaman dan meningkatkan oksigenisasi ke janin, karena mencegah penekanan vena cava inferior oleh uterus yang membesar yang dapat mengurangi suplai darah ibu ke jantung juga mempengaruhi output jantung.
4. Perhatikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.
5. Berikan dukungan emosional.
6. Pencegahan infeksi
7. Buat catatan dan partograf selama fase aktif persalinan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021

Pukul 24.20 WIB

1. Mennginfomasikan hasil pemeriksaan tanda vital
 - TD : 120/80 mmHg Pols : 80 x/i
 - RR : 24 x/i Suhu : 36,0°C
2. Menganjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene dan kosongkan kandung kemih paling sedikit setiap 2 jam jika kandung kemih terasa penuh. Jika ibu tidak dapat ke kamar mandi, berikan ibu wadah penampung urine, usahakan tidak melakukan kateterisasi. (jam : 24. 20)
3. Melakukan pemeriksaan His
 - His : 3 x/10 menit 20-30 kali
4. Melakukan pemeriksaan DJJ / 1 jam
 - DJJ : 142 x/i
5. Melakukan pemeriksaan dalam (VT) / 4 jam
 - a. Pembukaan serviks : 7 cm
 - b. Ketuban : Sudah pecah
 - c. Molase : Tidak Ada
 - d. Denominator : UUK Ki-Dep
 - e. Penurunan Kepala : Hodge III
 - f. Konsistensi serviks : Elastis dan Lunak
6. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisis yang nyaman sesuai keinginan ibu. Selama persalihan dan kelahiran anjurkan pula suami dan pendamping lainnya untuk berganti posisi. Jangan membuat ibu dalam posisi terlentang karena berat janin dan uterus akan menekan vena cava inferior. Ibu dianjurkan untuk miring kiri. (jam : 24.30)
7. Perhatikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.
 - Anjurkan ibu dapat asupan (makan dan minum) selama persalihan dan kelahiran bayi, anjurkan anggota keluarga untuk memberikan asupan makanan dan minuman selama proses persalihan. (jam : 24.40).
8. Memberikan ibu dukungan emosional.
 - Anjurkan suami dan keluarga yang lainnya untuk mendampingi ibu selama persalihan dan kelahiran, Anjurkan mereka utuk berperan aktif dalam mendukung dan membantu kenyamanan ibu. (jam :24.45)

9. Pencegahan Infeksi

Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir. (jam : 24.50)

10. Melakukan observasi dan memantau kemajuan persalinan dengan partograf. Partograf terlampir.

Tanggal : 08 Agustus 2021

Pukul 02.50 WIB

1. Melakukan pemeriksaan His

His : 4-5 x/10 menit 40-50 kali

2. Melakukan pemeriksaan DJJ / 1 jam

DJJ : 145 x/i

3. Melakukan pemeriksaan dalam (VT) / 4 jam

- a. Pembukaan serviks : 10 cm
- b. Ketuban : Sudah pecah
- c. Molase : 0
- d. Denominator : UUK Ki-Dep
- e. Penurunan Kepala : Hodge IV
- f. Konsistensi serviks : Tipis dan Lunak

4. Memberitahukan kepada ibu pembukaan sudah lengkap

5. Memastikan semua alat-alat sudah lengkap. Semua alat-alat yang diperlukan sudah lengkap.

6. Memakai alat perlindungan diri (APD) dan mendekatkan partus set. APD sudah dipakai dan partus set sudah lengkap.

7. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai keinginan ibu. Selama persalinan dan kelahiran anjurkan pula suami dan pendamping lainnya untuk berganti posisi.

8. Perhatikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.

Anjurkan ibu dapat asupan (makan dan minum) selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan anggota keluarga untuk memberikan asupan makanan dan minuman selama proses persalinan.

9. Memberikan ibu dukungan emosional.

Anjurkan suami dan keluarga yang lainnya untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran, Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan membantu kenyamanan ibu.

10. Melakukan observasi dan memantau kemajuan persalinan dengan partograf.
Partograf terlampir.

VII. EVALUASI

Tanggal : 08 Agustus 2021 Pukul 24.20 WIB

1. Sudah di informasikan hasil pemeriksaan tanda vital
 TD : 120/80 mmHg Pols : 80 x/i
 RR : 24 x/i Suhu : 36,0°C
2. Sudah dianjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene dan kosongkan kandung kemih paling sedikit setiap 2 jam jika kandung kemih terasa penuh. Jika ibu tidak dapat ke kamar mandi, berikan ibu wadah penampung urine, usahakan tidak melakukan kateterisasi. (jam : 24. 20)
3. Sudah dilakukan pemeriksaan His
 His : 3 x/10 menit 20-30 kali
4. Sudah dilakukan pemeriksaan DJJ / 1 jam
 DJJ : 142 x/i
5. Sudah dilakukan pemeriksaan dalam (VT) / 4 jam
 - a. Pembukaan serviks : 7 cm
 - b. Ketuban : Sudah pecah
 - c. Molase : Tidak Ada
 - d. Denominator : UUK Ki-Dep
 - e. Penurunan Kepala : Hodge III
 - f. Konsistensi serviks : Elastis dan Lunak
6. Sudah dianjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai keinginan ibu. Selama persalihan dan kelahiran anjurkan pula suami dan pendamping lainnya untuk berganti posisi. Jangan membuat ibu dalam posisi terlentang karena berat janin dan uterus akan menekan vena cava inferior. Ibu dianjurkan untuk miring kiri. (jam : 24.30)
7. Sudah diberikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu. (jam : 24.40).
8. Sudah diberikan dukungan emosional.
9. Sudah dilakukan upaya pencegahan infeksi. (jam : 24.50)
10. Sudah dilakukan observasi dan memantau kemajuan persalinan dengan partograf. Partograf terlampir.

Tanggal : 08 Agustus 2021 Pukul 02.50 WIB

1. Sudah dilakukan pemeriksaan His
His : 4-5 x/10 menit 40-50 kali
2. Sudah dilakukan pemeriksaan DJJ / 1 jam
DJJ : 142 x/i
3. Sudah dilakukan pemeriksaan dalam (VT) / 4 jam
 - a. Pembukaan serviks : 10 cm
 - b. Ketuban : Sudah pecah
 - c. Molase : 1
 - d. Denominator : UUK Ki-Dep
 - e. Penurunan Kepala : Hodge IV
 - f. Konsistensi serviks : Tipis dan Lunak
4. Sudah diberitahukan kepada ibu pembukaan sudah lengkap
5. Sudah dipastikan semua alat-alat sudah lengkap.
6. Sudah dipakai alat perlindungan diri (APD) dan mendekatkan partus set. APD sudah dipakai dan partus set sudah lengkap.
7. Sudah diberikan ibu dukungan kepada ibu, bahwa ibu mampu menghadapi persalinan dan menjelaskan kepada ibu tentang posisi yang nyaman bagi ibu saat persalinan yaitu posisi jongkok, setengah duduk, berdiri, miring kanan/kiri, dan berbaring/litotomi..
8. Sudah diberikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.
9. Sudah diberikan ibu dukungan emosional.
Sudah dianjurkan suami dan keluarga yang lainnya untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran, Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan membantu kenyamanan ibu.
10. Sudah dilakukan observasi dan memantau kemajuan persalinan dengan partograf. Partograf terlampir.

II. PENGKAJIAN KALA II

Tanggal : 08 Agustus 2021

Pukul : 03.00

ANAMNESA (SUBJEKTIF)

- Keinginan meneran : (✓) Ada () Tidak ada
- Perasaan adanya tekanan pada anus/ vagina : (✓) Ada () Tidak ada
- Rasa nyeri : (✓) Ada () Tidak ada

PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan fisik : Baik
2. Keadaan emosional : Stabil
3. Tanda vital
 - TD : 120/80 mmHg
 - RR : 24 x/i
 - Pols : 82 x/i
 - Suhu : 36⁰C
4. Pemeriksaan kebidanan :
 - a. Abdomen
 - His : Frekuensi 5 x/10 menit durasi 40 detik
 - DJJ : 145x/i Reguler/Irreguler
 - b. Genital
 - Perineum : (✓) menonjol
() Tidak menonjol
 - Vulva/anus : (✓) Terbuka () Tidak terbuka
 - Bagian janin : () Terlihat maju mundur
(✓) Terlihat menetap, diameter 5-6 cm

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ibu Partus kala II

D/D : Pembukaan servik 10 cm (lengkap), terlihat kepala maju mundur di introitus vagina, His 5x/10 menit selama 40 detik, DJJ : 145 x/I, adanya dorongan yang kuat untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka dan ibu mengatakan ingin BAB.

Masalah : Ibu merasa kesakitan dan cemas

D/D : Ibu kesakitan saat adanya his yang adekuat.

Kebutuhan:

1. Dukungan emosional

- D/D : Ibu tampak kesakitan saat His
2. Pemenuhan cairan dan nutrisi bila diperlukan
D/D : Banyak pengeluaran keringat
 3. Pengeluaran hasil konsepsi
D/D : Pembukaan servik 10 cm terlihat kepala maju mundur, ibu merasa kesakitan bila his datang dan mengatakan ingin BAB.

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Diagnosa masalah : tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021 jam : 03.00

1. Persiapan pertolongan persalinan.
2. Beri dukungan emosional pada ibu.
3. Jelaskan kepada ibu tentang jenis-jenis posisi bersalin dan member kebebasan ibu untuk memilih posisi yang di inginkan.
4. Informasikan kemajuan persalinan.
5. Penuhi kebutuhan nutrisi dan cairan.
6. Menjaga kebersihan perineum ibu.
7. Menjaga kandung kemih kosong.
8. Jaga privasi ibu.
9. Pimpin ibu untuk bersalin.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021 Jam : 03.00 WIB

1. Mempersiapkan pertolongan persalinan dengan mempersiapkan diri (sarung tangan, pelindung pribadi, celemek, penutup kepala, masker dan alas kaki). (jam : 03.01)
2. Menganjurkan suami untuk mendampingi ibu selama ibu bersalin membantu intri dalam persalinan (jam : 03.02)

3. Menjelaskan jenis posisi dalam persalinan, memberikan kebebasan pada ibu untuk memilih posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu (setengah duduk) dalam membimbing ibu mendedar. (jam : 03.03)
4. Memberikan informasi kemajuan persalinan dengan memberi dukungan semangat kepada ibu dan suami bahwa ibu segera melahirkan/ menganjurkan ibu untuk mencegah dehidrasi dan ibu istirahat diantara kontraksi. (jam : 03.04)
5. Memberi minum pada ibu untuk menghindari dehidrasi. Menjaga kebersihan perineum agar terhindar dari infeksi, jika ada lendir dan darah , cairan ketuban dan BAK/BAB segera bersihkan. (jam : 03.05)
6. Menjaga privasi ibu. (jam :03.05)
7. Memimpin ibu untuk meneran. (jam : 03.05)
 - Kepala tampak 5-6 cm di depan vulva.
 - Memberi alas atau underpet dibawah bokong ibudan meletakkan handuk diatas perut ibu.
 - Cuci tangan/pasang handscoon.
 - Melindungi perineum ibu dengan satu tangan dan tiga jari tangan kiri berada di sub 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.
 - Ambil kasa dan bersihkan jalan nafas bayi dimulai dari mata, hidung, mulut bayi kemudian periksa apakah ada lilitan tali pusat atau tidak, tunggu kepala melakukan putar paksi luar setelah kepala melakukan putar paksi luar kedua tangan berada di biparietal untuk melahirkan bahu depan, pimpin kepala ke bawah untuk melahirkan bahu belakang, pimpin kepala ke atas sampai 1/3 bagian, selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi, sanggah kemudian susur maka lahirlah bayi secara keseluruhan.
 - Letakkan bayi diatas perut ibu dan nilai apgar score lalu bungkus kepala bayi sampai kaki bayi kecuali tali pusat.
 - Klem tali pusat 3 cm dari pangkal pusat dengan klem 1, lalu lakukan pengurutan kemudian klem kedua 2 cm dari klem 1 dan kemudian potong tali pusat diantara klem 1 dan 2 dan ikat tali pusat dengan 2 benang sampai 2 kali diatas 2 di bawah
 - Ganti bedung bayi dan berikan bayi pada ibu untuk disusui.

VII. EVALUASI

Tanggal : 08 Agustus 2021 Jam: 03.15

Setelah dilakukan perolongan persalinan bayi lahir spontan pervaginam pukul : 03.15 Wib dengan jenis kelamin laki-laki BB :3600 gram, PB : 55 cm, apgar score : 8-10, jumlah perdarahan : \pm 200 cc, kontraksi uterus baik TFU setinggi pusat, kandung kebih kosong, placenta belum lahir.

III. PENGKAJIAN KALA III

Tanggal : 08 Agustus 2021

Pukul :03.20

ANAMNESA (SUBJEKTIF)

- Keinginan meneran : (√) Ada () Tidak ada
- Mulas : (√) Ada () Tidak ada
- Keluhan lain, jelaskan : Ibu merasa khawatir dan lemah

PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan fisik : Baik
2. Keadaan emosional : Stabil
3. Tanda vital
 - Td : 110/80 mmHg
 - RR : 22 x/i
 - Pols : 82 x/i
 - Suhu : 36 °C
4. Pemeriksaan kebidanan :
 - c. Abdomen
 - TFU : Setinggi pusat
 - Konsistensi Uterus : (√) keras () lunak
(√) lembek () melebur
 - Kandung kemih : (√) kosong () penuh
 - d. Genital
 - Tali pusat : (√) semakin memanjang () menetap
 - Pengeluaran darah dari vagina : ± 200 ml
5. Pemeriksaan plasenta
 - Permukaan maternal : kotiledon lengkap
 - Permukaan fetal : lengkap
 - Keutuhan selaput khlorin dan amnion : utuh
 - Diameter placenta : 19 cm
6. Pengkajian tali pusat
 - Insersi tali pusat :
 - Panjang tali pusat : 50 cm

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ibu bersalin kala III

D/O : Bayi sudah lahir pukul 03.15 WIB

TFU stinggi pusat

Masalah : ibu merasa nyeri pada perutnya.

D/S : Ibu terlihat lelah karena meneran, perutnya masih mules, dan merasakan adanya keluar darah dari kemaluannya.

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Diagnosa masalah : tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021

jam : 03.20

1. Informasikan kepada ibu dan suami untuk pengeluaran uri/plasenta.
2. Pindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva. Potong tali pusat dan ikat tali pusat.
3. Lakukan PTT
4. Lakukan massase uterus setelah plasenta lahir
5. Periksa kelengkapan plasenta
6. Evaluasi laserasi jalan lahir pada vagina dan perineum.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021

Jam : 03.20 WIB

1. Menginformasikan kepada ibu dan suami bahwa saat ini waktu untuk pengeluaran uri/plasenta. Ibu sudah mengetahui keadaannya.
2. Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva. Potong tali pusat dan ikat tali pusat.
3. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Pukul 03.20 WIB dilakukan PPT dengan memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain. Menunggu uterus berkontraksi kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus secara dorso cranial dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uterin namun uteri masih belum terlepas seluruhnya. Pukul 03.25 WIB dilakukan PTT kedua, setelah dilakukan penegangan tali plasenta terjadi tanda-tanda pelepasan plasenta dengan tali plasenta bertambah panjang dan keluar semburan darah tiba-tiba lalu plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput

ketuban terpinl dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Plasenta lahir pada pukul 03.25 WIB.

4. Segera melakukan massase uterus menggunakan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar searah jarum jam selama 15 detik dan mengajarkan ibu dan suami untuk melakukan masase sendiri. Kontraksi baik, uterus bulat dan keras, TFU 2 jari di bawah pusat. Ibu dan suami sudah mengetahui cara masase uterus dan kontraksi uterus baik.

5. Memeriksa kelengkapan plasenta, kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, panjang tali pusat 50 cm.

6. Evaluasi laserasi jalan lahir pada vagina dan perineum, tidak terdapat laserasi pada jalan lahir.

VII. EVALUASI

Tanggal : 08 Agustus 2021

Jam: 03.25 WIB

- Plasenta lahir lengkap
- TFU 2 jari di bawah pusat
- Ada laserasi jalan lahir

IV. PENGKAJIAN KALA IV

Tanggal : 08 Agustus 2021

Pukul : 03.30 WIB

ANAMNESA (SUBJEKTIF)

1. Perasaan : (√) gembira () sedih
2. Keluhan fisik
 - Mules : (√) ada () tidak ada
 - Lelah : (√) ada, ibu merasa lelah setelah melahirkan
 - Kedinginan : (√) ada () tidak ada
 - Nyeri : (√) ada, nyeri disebabkan karena adanya kontraksi
 - Haus : (√) ada () tidak ada
 - Lapar : (√) ada () tidak ada
 - Lain-lain : tidak ada

PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan fisik
 - Pucat : ya
 - Gelisah : tidak
 - Keringat : ya

- Gemetar : tidak
- 2. Keadaan emosional
 - Nampak takut : tidak
 - Lain-lain : tidak ada
- 3. Tanda vital
 - Td : 110/80 mmHg
 - RR : 24 x/i
 - Pols : 80 x/i
 - Suhu : 36 °C
- 4. Pemeriksaan kebidanan :
 - a. Abdomen
 - TFU : 2 jari di bawah pusat
 - Konsistensi Uterus : (√) keras () lunak
(√) bulat () penuh
 - b. Genital
 - Luka jalan lahir : ada
 - Pengeluaran darah pervaginam : ± 200-300 ml

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ibu bersalin kala IV

Data dasar :

- Plasenta lahir lengkap
- Kontraksi uterus keras
- TFU 2 jari di bawah pusat

Masalah : ibu merasa mulas pada perutnya

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Diagnosa masalah : tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI

Melakukan perawatan laserasi jalan lahir

V. PERENCANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021 jam : 03.30

1. Informasikan kepada ibu dan suami adanya pada laserasi jalan lahir.
2. Lakukan penangan pada BBL , setelah 1 jam lahir
3. Lakukan pengawasan ibu selama 2 jam pertama

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 08 Agustus 2021

Jam : 03.30 WIB

1. Menginformasikan kepada ibu dan suami bahwa akan dilakukan perawatan pada laserasi jalan lahir.
2. Melakukan penanganan pada bayi baru lahir setelah 1 jam yaitu menimbang bayi, mengukur panjang badan, memberikan salap mata dan injeksi vit K
3. Melakukan pengawasan ibu selama 2 jam pertama.

VII. EVALUASI

Tanggal : 08 Agustus 2021 Jam: 03.30

Keadaan umum baik, tanda vital normal, kontraksi uterus baik, ibu telah BAK, TFU 2 jari di bawah pusat, bayi telah menyusu pada ibunya, BB : 3600 gram, PB : 55 cm, salap mata dan injeksi vit K sudah diberikan secara IM pada paha kiri 1 jam setelah dilahirkan, partograf telah di isi dan imunisasi HB 0 belum diberikan.

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

DI BPM SAPIANUM NASUTION, SKM

Tanggal Pengkajian : 08 Agustus 2021

Jam : 05.30

Tempat Pengkajian : BPM

Nama Mahasiswa : Neny

NIM : 20100028

I. PENGKAJIAN DATA

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. M

Umur : 30 Tahun

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Batak

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Salambue

b. Identitas Penanggung jawab/Suami

Nama : Tn.S

Umur : 38 Tahun

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Batak

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Salambue

2. Alasan Masuk : Ny. M baru selesai melahirkan

3. Keluhan Utama : Ny. M mengatakan perutnya masih mulas

4. Riwayat Kesehatan :

a. Riwayat Kesehatan Dahulu : Ny. M mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit dan belum pernah dirawat sebelumnya.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Ibu merasa perutnya masih mulas

c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita gejala penyakit yang sama dengan pasien.

5. Riwayat Perkawinan

Nikah : 1 kali, Umur : 20 tahun, dengan

Suami Umur : 28 tahun, Lama Pernikahan : 10 tahun

6. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus : 26-28 hari

Lama : 5-6 hari

Banyaknya Darah : 2-3 x ganti doek

Bau : amis

Warna : merah, segar

Konsistensi : encer

Fluor Albus : ya (kadang)

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu (Dapat menggunakan narasi atau matrik)

c. Riwayat Persalinan Sekarang

1) Tempat Melahirkan: BPM

2) Ditolong Oleh : Bidan

3) Jenis Persalinan : Normal

4) Lama Persalinan

Catatan Waktu

Kala I : 6 Jam

Menit : 45 menit

Kala II : - Jam

Menit : 15 menit

Kala III : - Jam

Menit : 5 menit

Ketuban Pecah : Jam : 19.45 spontan

5). Komplikasi/kelainan dalam persalinan

Lama Peralinan : 6 jam 55 menit

6). Plasenta : lahir Spontan
Lengkap : ukuran : 15-25 cm
Berat : 500 gram
Kelainan plasenta : tidak ada
Panjang tali pusat : 50 cm

7) Perineum : utuh
Robekan tingkat : ada
Episitomi : tidak
Anastesi : tidak
Jahitan dengan : 2 jahitan

8) Perdarahan : Kala I : 20 ml
Kala II : 100 ml
Kala III : 200 ml
Kala IV : 300 ml
Selama Operasi : - ml

9) Tindakan Lain : infuse cairan : tidak dilakukan
Transfusi golongan : tidak

10) Bayi

a) Lahir : jam 03.15
b) BB : 3600 gram
c) PB : 55 cm
d) Nilai Apgar : 8-10
e) Cacat bawaan : tidak ada
f) Masa gestasi : 39 mgg
g) Komplikasi : kala I : tidak ada
kala II : tidak ada

h) Air Ketuban Banyaknya : normal

7. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi : makan 2-3 kali sehari
b. Pola Eliminasi : BAB dan BAK lancar
c. Pola aktifitas Pekerjaan : dalam batas normal
d. Pola Istirahat : tidur siang 1 jam, malam 6 - 7 jam

e. Personal Hygiene : mandi 2 kali sehari

f. Pola Seksual : 1 kali seminggu

8. Psikososial Spiritual

a. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilannya : keluarga sangat mendukung dalam proses kehamilannya

b. Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

c. Ketaatan beribadah : ya

d. Lingkungan yang berpengaruh :

Tinggal dengan siapa : rumah sendiri

Hewan Peliharaan : tidak ada

Cara masak (daging/sayur) : di masak

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg Nadi :80 x/i

RR : 24 x/i

Suhu : 36 °C

d. BB : Sebelum : 81 kg Sekarang : 76 Kg

2. Pemeriksaan Fisik/Status Present

a. Kepala : Rambut : Merata

Kulit Kepala : Bersih

Rontok : Tidak

b. Muka : Pucat : Tidak

Oedema : Tidak

c. Mata : Konjungtiva : Tidak anemis

Sclera : Tidak ikteri

d. Hidung : Simetris : Ya

Bersih : Ya

Pembesaran : Tidak

e. Telingan : Tidak ada penumpukan

f. Mulut : Bibir pecah : Tidak

Stomatitis : Tidak

Caries dentis : Tidak ada

g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar,

Pembesaran linfe : Tidak

Pembesaran vena jugularis : Tidak

h. Dada : Simetris

Pengeluaran : ada

Bentuk Puting Susu : Menonjol

i. Ketiak : Tidak ada massa

Pembesaran getah bening : Tidak ada

- j. Abdomen : Bekas Luka Operasi : Tidak ada
Kandung Kemih : Kosong
Uterus : Berkontraksi
TFU : 2 jari di bawah pusat
 - k. Genetalia : Perineum : utuh,
Pengeluaran Lokhea : Rubra
Warna : merah
Bau : amis
Konsistensi : cair
 - l. Ekstremitas : Oedema : tidak
Varices : tidak
Refleks : ya
Patella : ya
Tungkai : tidak bengkak
Simetris : ya
Akral : tidak bengkak
Turgor : cepat kembali
 - m. Anus : normal
3. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA KUNJUNGAN NIFAS I (KF 1)

Tanggal : 08 Agustus 2021

Pukul : 09.30

A. Diagnosa Kebidanan

Ny. M P3A0 Usia 30 tahun, 6 jam post partum normal

Data Dasar :

DS : Ny. M mengatakan baru melahirkan anak pertamanya 6 jam yang lalu.

DO :

1. Pemeriksaan Kebidanan

a. Inspeksi Genitalia :

1. Laserasi : ada sudah di jahit
2. Perdarahan : kurang lebih 100-150 cc
3. Pengeluaran Pervaginam berwarna merah (Lochea Rubra)

B. Masalah : Ibu merasakan mulas pada perutnya

C. Kebutuhan : Pemberian support (dukungan), baik dari suami dan keluarga.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. ANTISIPASI MASALAH

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Lakukan pemeriksaan tanda vital dan keadaan ibu
2. Jelaskan kepada ibu bahwa keluhan rasa mules yang ibu alami merupakan hal yang normal
3. Beritahu ibu tentang gizi yang seimbang
4. Beritahu pada ibu cara perawatan vagina
5. Beritahu ibu cara menyusui yang benar
6. Beritahu kepada ibu jadwal pemberian ASI
7. Beritahu ibu cara untuk menjaga kehangatan bayi
8. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini
9. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas
10. Beri ibu tablet Fe sebanyak 10 butir dengan dosis 1x1 dan metronidazole sebanyak 10 butir dengan dosis 3x1, asam mefenamat sebanyak 10 butir dengan dosis 3x1, multivitamin sebanyak 10 butir dengan dosis 2x1.

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
TD : 110/80 mmHg Nadi : 80 x/i
RR : 24 x/i Suhu : 36 °C
Ibu sudah mengetahui keadaannya.
2. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan rasa mules yang ibu alami merupakan hal yang normal, karena rahim yang keras dan mules berarti rahim sedang berkontraksi yang dapat mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. Ibu sudah mengerti tentang penyebab rasa mules yang dialami ibu.
3. Memberitahu ibu tentang gizi yang seimbang agar kebutuhan bayi pada masa laktasi bisa terpenuhi seperti makan sayuran, buah-buahan, ikan dan minum susu. Ibu mengerti dan mengetahui tentang gizi yang diperlukannya.
4. Memberitahu pada ibu cara perawatan vagina yang mengalami laserasi jalan lahir yaitu dengan membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah

sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus bersihkan vulva setiap kali buang air kecil ataupun besar, mengganti pembalut, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya, vagina boleh di bersihkan dengan sabun ataupun antiseptik karena dapat berfungsi untuk menghilangkan kuman, hindari untuk menyentuh luka perineum, setelah di bersihkan lap vagina dengan handuk lembut lalu gunakan pembalut baru yang bersih dan kering. Ibu mengerti dan mau melakukannya.

5. Memberitahu ibu cara menyusui yang benar yaitu dagu bayi menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan menutupi areola mammae. Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik tidak hanya kepala dan leher. Ibu sudah mengetahui cara menyusui yang benar.
6. Memberitahu kepada ibu jadwal pemberian ASI yaitu ASI diberikan setiap 2 jam. Ibu sudah mengerti dan bersedia menyusui bayinya.
7. Memberitahu ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan selalu memakaikan selimut dan topi pada bayi untuk mencegah hipotermia. Ibu telah mengerti untuk menjaga kehangatan bayi.
8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini seperti miring kekanan dan kiri serta ke kamar mandi untuk membersihkan tubuh dan daerah kelamin ibu. Ibu sudah mengerti dan akan tetap menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia.
9. Memberitahu kepada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti pengeluaran lochea berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak pada tangan, wajah dan tungkai, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri pada payudara. Apabila ditemukan tanda bahaya segera ke petugas kesehatan. Ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya masa nifas dan bersedia kepetugas kesehatan.
10. Memberi ibu tablet Fe sebanyak 10 butir dengan dosis 1x1 dan metronidazole sebanyak 10 butir dengan dosis 3x1, asam mefenamat sebanyak 10 butir dengan dosis 3x1, multivitamin sebanyak 10 butir dengan dosis 2x1.

VII. EVALUASI

1. Sudah dilakukan pemeriksaan tanda vital dan keadaan ibu
2. Sudah dijelaskan kepada ibu bahwa keluhan rasa mules yang ibu alami merupakan hal yang normal
3. Sudah diberitahukan kepada ibu tentang gizi yang seimbang
4. Sudah diberitahukan kepada pada ibu cara perawatan vagina
5. Sudah diberitahukan kepada ibu cara menyusui yang benar
6. Sudah diberitahukan kepada ibu jadwal pemberian ASI

7. Sudah diberitahukan kepada ibu cara untuk menjaga kehangatan bayi
8. Sudah dianjurkan kepada ibu untuk mobilisasi dini
9. Sudah diberitahukan kepada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas
10. Sudah diberikan kepada ibu tablet Fe sebanyak 10 butir dengan dosis 1x1 dan metronidazole sebanyak 10 butir dengan dosis 3x1, asam mefenamat sebanyak 10 butir dengan dosis 3x1, multivitamin sebanyak 10 butir dengan dosis 2x1.

II. INTERPRETASI DATA KUNJUNGAN NIFAS II (KF 2)

Tanggal : 13 Agustus 2021

Pukul : 08.30

A. Diagnosa Kebidanan

Ny. M P3A0 Usia 30 tahun, 6 hari post partum normal

Data Dasar :

DS : Ny. M mengatakan merasa keadaannya semakin membaik, ASI lancar keluar, bayi kuat menyusu, dan mengatakan darah dari kemaluannya masih keluar dengan warna merah kecoklatan.

DO :

1. Pemeriksaan Kebidanan

a. Inspeksi Genitalia :

1. Laserasi : luka jahit bagus
2. Perdarahan : ada
3. Pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatan (Lochea Sanguilenta)
4. TFU : Pertengahan pusat-sympisis

B. Masalah : Tidak ada

C. Kebutuhan : Pemberian support (dukungan), baik dari suami dan keluarga.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. ANTISIPASI MASALAH

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Lakukan pemeriksaan tanda vital dan keadaan ibu
2. Beritahu bahwa involusio uteri dan kontraksi dalam keadaan baik dan tidak berbau
3. Beritahu ibu tentang gizi yang seimbang
4. Beritahu ibu cara perawatan payudara dan posisi yang sesuai saat menyusui.
5. Beritahu ibu tanda-tanda infeksi.

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu
TD : 110/70 mmHg Nadi : 82 x/i
RR : 24 x/i Suhu : 36 °C
Ibu sudah mengetahui keadaannya.
2. Memberitahu bahwa involusi uteri dan kontraksi ibu dalam keadaan baik TFU pertengahan simfisis dengan pusat, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak berbau.
3. Memberitahu ibu tentang gizi yang seimbang agar kebutuhan bayi pada masa laktasi bisa terpenuhi seperti makan sayuran, buah-buahan, ikan dan minum susu. Ibu mengerti dan mengetahui tentang gizi yang diperlukannya.
4. Memberikan ibu pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan posisi yang baik saat menyusui. Memastikan ibu menyusui bayi secara bergantian dan mengajarkan posisi yang baik yaitu meletakkan bayi pangkuan ibu dengan posisi ibu duduk, seluruh daerah hitam harus masuk ke dalam mulut bayi.
5. Menilai adanya tanda-tanda infeksi.

VII. EVALUASI

1. Sudah dilakukan pemeriksaan tanda vital dan keadaan ibu
2. Sudah dijelaskan bahwa involusi uteri dan kontraksi ibu dalam keadaan baik TFU pertengahan simfisis dengan pusat, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak berbau.
3. Sudah diberitahukan kepada ibu tentang gizi yang seimbang
4. Sudah diberitahukan kepada ibu cara perawatan payudara dan posisi yang baik saat menyusui.
5. Sudah diberitahukan kepada ibu tidak ada tanda-tanda infeksi.

3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI NY M DI BPM SAPIANUM NASUTION, SKM

Tanggal Pengkajian : 08 Agustus 2021

Jam : 09.30

Tempat Pengkajian : BPM Sopianum

Nama Mahasiswa : Neny

NIM : 20100028

I. PENGKAJIAN DATA

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama Bayi : A/D Ny M
Tanggal Lahir : 08 Agustus 2021
Jenis Kelamin : Laki-Laki

b. Identitas Penanggung jawab/suami

Nama Ibu	: Ny M	Nama ayah	: Tn S
Umur	: 30 Tahun	Umur	: 38Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Batak/Indonesia	Suku/Bangsa	: Batak/ Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Salambue	Alamat	: Salambue

2. Keluhan utama pada bayi

3. Riwayat kehamilan

Riwayat obstetric (ibu) : G3 P2 A0

Keluhan yang dialami ibu :

TMT I : Mual, muntah

TMT II : Nafsu makan menurun, pusing

TMT III : Tidak ada

Kejadian selama hamil : Tidak ada

a. Riwayat Penyakit/ Kehamilan

Perdarahan : Tidak ada

Preeklamsi : Tidak ada

Eklamsi : Tidak ada

- Penyakit/Kelainan : Tidak ada
- b. Kebiasaan waktu Hamil
- Makanan : 2- 3 kali sehari
- Obat-obat/Jamu : Multivitamin
- Merokok : Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada
- c. Komplikasi
- Ibu : Tidak ada
- Bayi : Tidak ada
4. Riwayat Persalinan
- a. Ketuban Pecah Jam : 19.45
- Warna : Jernih
- Jumlah : ± 100 ml
- b. Persalinan sebelumnya :

Kala	Lama	Vital Sign	Kejadian	Tindakan	Ket
I	8 jam	110/80	Tidak ada	Tidak ada	-
II	15 menit	120/80	Tidak ada	Tidak ada	-
III	10 menit	110/80	Tidak ada	Tidak ada	-
IV	2 jam	110/80	Tidak ada	Tidak ada	-
Nifas	42 hari	110/70	Tidak ada	Tidak ada	-

5. Riwayat persalinan sekarang
- Ditolong oleh : Bidan
- Jam/tanggal lahir : 08 Agustus 2021 Jam : 03.15 WIB
- Jenis kelamin : Laki-laki
- Berat Badan : 3600 Kg
- Panjang Badan : 55 cm

6. Keadaan bayi baru lahir

No	Aspek yg di nilai	1 menit	5 menit	10 menit	120 menit
1	Denyut jantung	1	2	2	2
2	Usaha nafas	1	2	2	2
3	Tonus Otot	2	2	2	2
4	Refleks	2	2	2	2
5	Warna kulit	2	2	2	2
	Jumlah	8	10	10	10

7. Resusitasi
- Penghisapan : Tidak dilakukan
- Ambubag : Tidak dilakukan
- Massase jantung : Tidak dilakukan
- Rangsangan : Dilakukan
- Lamanya : 3 detik

DO :

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-Tanda Vital :

Temp : 36 °C BB : 3600 Kg

Pols : 142 x/I PB : 55 cm

RR : 42 x/I

3. Pemeriksaan Fisik :

a. Kepala : Tidak ada cput succedenum

Lingkar kepala : 34 cm

b. Mata : Bentuk simetris, tidak oedem, konjungtiva tidak anemi dan sclera tidak ikterik.

c. Telinga : Bentuk simetris, dan tidak ada pengeluaran

d. Mulut : Palatum ada dan bersih

e. Leher : Tidak ada pembengkakan

f. Dada : Bentuk simetris, pergerakan diafragma sesuai pernafasan

Lingkar dada : 32 cm

g. Abdomen : Normal

Tali pusat : belum putus, dalam keadaan dibungkus kain kassa steril

h. Genitalia : Bersih, testis dalam scrotum, ada lubang diujung penis

i. Anus : Berlubang

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Menjaga bayi tetap hangat dan pemberian ASI.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. ANTISIPASI MASALAH

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga

2. Mandikan bayi

3. Jelaskan cara perawatan tali pusat

4. Jelaskan cara menjaga suhu bayi tetap hangat

5. Lakukan rawat gabung ibu dan bayi agar ibu mudah memberi ASI
6. Anjurkan ibu memberikan ASI eksklusif 0-6 bulan
7. Jelaskan pada ibu tentang bahaya bayi baru lahir

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayi dalam keadaan baik dan sehat dengan BB 3.600 gram, PB 55 cm, secara fisik bayi dikatakan normal dan tidak ada kecacatan.
2. Memandikan bayi
3. Menjelaskan cara perawatan tali pusat dengan membersihkan sekitar tali pusat jika terlihat kotor atau lembab, dan menjaga tali pusat tidak basah.
4. Menjaga suhu bayi tetap hangat dengan cara memberikan pakaian yang hangat dan bersih serta membedong bayi.
5. Melakukan rawat gabung untuk ibu dan bayi karena akan membina hubungan emosional antara ibu dan bayi serta dapat secara leluasa untuk memberikan ASI kepada bayinya.
6. Menganjurkan ibu memberikan ASI segera mungkin agar produksi ASI cepat keluar
7. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti : bayi sulit bernafas, bayi tidak mau menyusu, sulit menghisap atau hisapannya lemah, alergi, bayi tidur terus, warna kulit kebiruan atau sangat kuning, suhu terlalu panas atau dingin, tidak BAB selama 3 hari pertama setelah lahir, mual muntah terus, perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah dan berlendir, mata bengkak atau mengeluarkan cairan.

VII. EVALUASI

1. Sudah beritahukan hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayi dalam keadaan baik dan sehat dengan BB 3.600 gram, PB 55 cm, secara fisik bayi dikatakan normal dan tidak ada kecacatan.
2. Bayi Ny.M sudah dimandikan.
3. Sudah dijelaskan cara perawatan tali pusat dengan membersihkan sekitar tali pusat jika terlihat kotor atau lembab, dan menjaga tali pusat tidak basah.
4. Ibu dan keluarga sudah menjaga suhu bayi tetap hangat dengan cara memberikan pakaian yang hangat dan bersih serta membedong bayi.
5. Sudah dilakukan rawat gabung untuk ibu dan bayi karena akan membina hubungan emosional antara ibu dan bayi serta dapat secara leluasa untuk memberikan ASI kepada bayinya.
6. Sudah dianjurkan ibu memberikan ASI segera mungkin agar produksi ASI cepat keluar.
7. Sudah dijelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti : bayi sulit bernafas, bayi tidak mau menyusu, sulit menghisap atau hisapannya lemah, alergi, bayi tidur terus, warna kulit kebiruan atau sangat kuning, suhu terlalu panas atau dingin, tidak BAB selama 3 hari pertama setelah lahir, mual muntah terus, perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah dan berlendir, mata bengkak atau mengeluarkan cairan.

II. INTERPRETASI DATA KUNJUNGAN NEONATUS II/ 6 hari (KN 2)

Tanggal : 13 Agustus 2021

Pukul : 08.30

Diagnosa Kebidanan

Bayi Ny. M lahir normal, usia 6 hari , keadaan bayi baik

Data Dasar :

DS : Ibu mengatakan bayinya kuat menyusu dan menghisap ASI dengan baik, tali pusat belum putus dan BAK/BAB bayi normal.

DO :

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-Tanda Vital :

Temp : 36 °C BB : 3600 Kg

Pols : 142 x/I PB : 55 cm

RR : 42 x/I

3. Pemeriksaan Fisik :

a. Kepala : Tidak ada cput succedenum

Lingkar kepala : 34 cm

b. Mata : Bentuk simetris, tidak oedem, konjungtiva tidak anemi dan sclera tidak ikterik.

c. Telinga : Bentuk simetris, dan tidak ada pengeluaran

d. Mulut : Palatum ada dan bersih

e. Leher : Tidak ada pembengkakan

f. Dada : Bentuk simetris, pergerakan diafragma sesuai pernafasan

Lingkar dada : 32 cm

g. Abdomen : Normal

Tali pusat : sudah putus.

h. Genitalia : Bersih, testis dalam scrotum, ada lubang diujung penis

i. Anus : Berlubang

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Menjaga bayi tetap hangat dan pemberian ASI.

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. ANTISIPASI MASALAH

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga
2. Jelaskan posisi pemberian ASI yang benar dan waktu memberikan ASI
3. Jelaskan perawatan payudara
4. Beritahu ibu agar membawa bayinya ke posyandu agar mendapat Imunisasi

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayi dalam keadaan baik dan sehat.
2. Menjelaskan posisi memberikan ASI dan menyusui bayinya 2 jam sekali kemudian setelah selesai menyusui bayi disendawakan dengan cara menepuk-nepuk punggung bayi agar bayi tidak muntah.
3. Menjelaskan cara perawatan payudara untuk memperlancar pengeluaran ASI dan menganjurkan ibu untuk mengobservasi tindakan perawatan payudara. Ibu sudah bisa menyebutkan cara perawatan payudara.
4. Memberitahukan kepada ibu agar membawa bayinya ke posyandu agar mendapat Imunisasi

VII. EVALUASI

1. Sudah diberitahukan hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayi dalam keadaan baik dan sehat.
2. Sudah dijelaskan posisi memberikan ASI dan menyusui bayinya 2 jam sekali kemudian setelah selesai menyusui bayi disendawakan dengan cara menepuk-nepuk punggung bayi agar bayi tidak muntah.

3. Sudah dijelaskan cara perawatan payudara untuk memperlancar pengeluaran ASI dan menganjurkan ibu untuk mengobservasi tindakan perawatan payudara. Ibu sudah bisa menyebutkan cara perawatan payudara.
4. Sudah diberitahukan kepada ibu agar membawa bayinya ke posyandu agar mendapat Imunisasi.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas tentang asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang dilaksanakan dari usia kehamilan Trimester III yaitu 37 minggu sampai dengan 2 minggu post partum yang dimulai dari tanggal 12 Juli 2021 – 20 Agustus 2021 di BPM Sopianum Nasution, SKM Padangsidimpuan.

Manajemen asuhan kebidanan yang dilakukan pada kasus ini menggunakan manajemen 7 langkah varney dengan menggunakan SOAP, pada pembahasan kasus ini penulis akan menjelaskan ada tidaknya kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang dilakukan pada Ny. M G3 P2 A0.

4.1 Pengkajian Kehamilan

Menurut permenkes no 4 tahun 2019 Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi: a. Pengukuran berat badan. b. Pengukuran tekanan darah. c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA). d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri). e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ). f. Pemberian imunisasi TT sesuai dengan status imunisasi. g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet. h. Tes Laboratorium. i. Tatalaksana/penanganan kasus. j. Temu wicara (konseling).

Pada Tanggal 12 Juli 2021 penulis mendapati bahwa Ny. M usia 30 tahun, usia kehamilan 37 minggu, berdasarkan data subjektif Ny.M mengatakan ini hamil anak yang ketiga belum pernah keguguran, dari hasil pemeriksaan berat badan ibu naik 10 kg selama hamil menurut teori penambahan berat badan normal pada ibu hamil adalah berkisar 6-16 kg selama kehamilan (Manuaba, 2013). Maka tidak ada kesenjangan dengan teori.

Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal antara 110/70 mmHg sampai 120/80 mmHg, apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini (Prawirohardjo, 2014). Setiap kali pemeriksaan tekanan darah Ny.M 110/70-120/80 mmHg, tidak ada kesenjangan dengan teori.

Ukuran LILA Ny.M 28 cm, dan angka tersebut masih sesuai teori yaitu ukuran LILA pada wanita pada dewasa yaitu 23,5 cm, jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Kusmiadi dkk, 2014).

Pada saat kunjungan ANC didapatkan Tinggi Fundus Uteri Ny.M adalah 34 cm, menurut tinggi fundus uteri Ny.M sesuai dengan usia kehamilannya dan tidak ada kesenjangan teori.

Normal DJJ pada teori berkisar antar 120 x/menit sampai 160 x/menit. Pada Ny.M di dapat DJJ setiap periksa berkisar 135 x/menit sampai 145 x/menit hal ini masih sesuai dengan teori (Prawirohardjo, 2014).

Tablet tambah darah dapat diberikan sesegera mungkin setelah rasa mual hilang, yaitu satu tablet sehari, tiap tablet mengandung 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg, pemberian selama 90 hari sebaiknya di minum tidak dibarengi dengan kopi dan the agar tidak mengganggu penyerapan (Rismalinda ,2015). Pada trimester I sampai III Ny.M sudah mendapatkan tablet zat besi dan meminumnya sesuai dengan anjuran yang diberikan, tidak ada kesenjangan teori.

Ibu hamil dikatakan anemi apabila kadar Hb dalam darah kurang dari 11 gr% pada trimester I dan kurang dari 10 gr% trimester II dan trimester III (Prawirohardjo, 2014). Disini didapatkan kesenjangan antara teori dan penataksaan pada Ny.M di praktik karena pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan dan Ny.M tidak diberikan imunisasi TT.

Pada pemeriksaan kehamilan Ny.M, didapatkan kolostrum ibu sudah keluar . Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan hormon prolaktin yang berfungsi untuk mengsekresikan kolostrum akan tetapi pada trimester pertama kolostrum belum dapat keluar dikarenakan adanya hormon estrogen. Pada trimester kedua laktogen

plasenta merangsang produksi kolostrum dan keaktifan hormon - hormon terhadap pengeluaran air susu telah terjadi pada sebagian ibu hamil. Menjelang akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan terbesar dalam proses pengeluaran colostrum dan air susu.

Memberikan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.M dengan memberikan konseling, menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara, mengkonsumsi makanan bergizi, memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan, dan menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang.

4.2 Pengkajian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu, proses persalinan dengan normal dari kala I sampai IV. Kala I persalinan dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai apabila timbul his dan mengeluarkan lendir yang bersama darah yang berasal dari pecahan pembuluh darah kapiler sekitar *kanalis servikalis* karena pergeseran ketika servik pendataran (*effacement*) dan membuka. Kala I selesai apabila pembukaan servik uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan multigravida kira-kira 7 jam (Widia, 2015).

Pada kala I Ny.M merasakan nyeri bagian perut yang menjalar sampai ke pinggang, perut sering berkontraksi, dan keluar lender bercampur darah sejak tanggal 7 Agustus 2021 jam 20.00 WIB. Rasa nyeri persalinan merupakan suatu kondisi yang fisiologis, nyeri yang terjadi akibat kontraksi uterus dan dilatasi serviks, dengan bertambahnya volume maupun frekuensi kontraksi uterus nyeri yang dirasakan akan semakin kuat. Penanganan nyeri yang diberikan adalah memenuhi kebutuhan ibu selama proses persalinan seperti memberikan dukungan baik dari penolong persalinan, suami dan keluarga, bisa juga dengan melakukan masase/pemijatan (Rejeki Sri, 2013).

Tanda dan gejala persalinan kala II Ny.M merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, dan saat di periksa tampak adanya tekanan pada anus,

perineum menonjol, vulva dan spingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah (Rukiyah dkk, 2012). Pemberian asuhan sayang terhadap Ny.M diberikan dengan member dukungan fisik, kebutuhan makanan dan cairan, dan dengan cara melibatkan suami atau keluarga dalam memberi dukungan serta menghargai privasi ibu.

Menurut teori Kala II untuk multipara diperkirakan dalam waktu $\frac{1}{2}$ jam, dan proses pengeluaran kepala pada Ny.M dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm pada jam 03.00 WIB dan ketuban sudah pecah jam 19.45 WIB. Pada jam 03.15 WIB lahir bayi laki-laki dari Ny.M daan dari hasil pengkajian yang dilakukan lamanya persalinan kala II pada Ny.M berkisar 15 menit.

Kala III merupakan proses pengeluaran plasenta, segera setelah bayi lahir disuntikkan oxytosin 10 IU secara IM pada paha luar kepada Ny.M dimana dilakukan untuk merangsang agar plasenta lahir (untuk kontraksi uterus), kemudian melakukan PTT (Pengendalian Tali pusat Terkendali) sampai plasenta lahir, pada Ny.M lahir plasenta jam 03.20 dengan durasi waktu 5 menit. Lamanya proses persalina kala III tidak lebih dari 30 menit, segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, biasanya plasenta lepas dalam 5-15 menit (Sulistyawati, 2013).

Kala IV merupakan tindakan pengawasan yang dilakukan pada ibu bersalin sejak lahirnya plasenta selama 1-2 jam, kala IV merupakan tahap observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah kontraksi uterus, jumlah perdarahan dan pemeriksaan tanda vital (Sulistyawati, 2013). Dari pemantauan yang dilakukan pada Ny.M kontraksi uterusnya baik, jumlah perdarahan normal 400-500 cc dan tanda vital normal, dalam memberi kebutuhan nutrisi dan cairan dan melakukan masase untuk mengurangi rasa nyeri melibatkan suami atau keluarga. Pada Kala I sampai IV persalinan Ny.M tidak terdapat kesenjangan dengan teori, tetapi terdapat kesenjangan dengan teori yaitu pada saat melakukan pertolongan tidak memakai APD lengkap.

4.3 Pengkajian Nifas

Pada pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.M tanda vital normal dan TFU 2 jari di bawah pusat, dan Ny.M mengatakan adanya rasa mulas pada perutnya. Dari hasil pengkajian pada kunjungan I/ 6 jam (KF1) tanggal 8 Agustus 2021 jam 09.30 WIB keadaan umum ibu baik, TFU 2 jari di bawah pusat, Perdarahan berwarna merah (Lochea Rubra). Pada kunjungan II/6 hari (KF2) tanggal 13 Agustus 2021 jam 08.30 keadaan umum ibu baik, TFU pertengahan pusat simpisis perdarahan warna merah kecoklatan (Lochea Sanguilenta) tidak berbau, luka laserasi sudah mulai kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Dari pengkajian tersebut dapat disimpulkan bahwa TFU pada kunjungan I dan II, Ny.M masih normal berdasarkan teori yang ada.

Pada masa nifas ini Ny.M disarankan untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara menggerakkan anggota tubuh ke kanan dan kiri, duduk bersandar dan berjalan di saat ibu sudah merasa lebih baik. Mobilisasi dini berfungsi memperlancar pengeluaran lochea sehingga mempercepat involusio uteri, dimana 2-8 jam setelah melahirkan klien miring kanan dan kiri latihan duduk, bersandar, dan berjalan (Kausar Ratna, 2012).

4.4 Pengkajian Bayi Baru Lahir

Penanganan awal yang harus dilakukan untuk menjaga suhu tubuh bayi adalah dengan cara dilakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini), dan dengan cara dibedong namun jangan terlalu ketat, dan bayi juga harus dikeringkan dengan handuk bersih dan kering dengan cara meletakkan bayi disamping ibu, memeluk bayi, dan menyusui bayinya (Maryanti,2013).

Pemeriksaan yang dilakukan pada bayi baru lahir dengan BB : 3600 gram, PB : 55 cm, lingkar kepala 34 cm, mata simetris, tidak ada perdarahan dan kotoran, sklera putih, dan konjungtiva merah muda, reflex kedip positif, pernafasan cuping hidung, mulut bersih, reflex rooting (+), telinga simetris, terbentuk sempurna, telinga

tidak ada pengeluaran, leher tidak kaku, dada simetris, lingkaran dada 32 cm, abdomen normal, tidak ada pembesaran hepar, tali pusat dalam keadaan di balut kasa steril, dan tidak ada perdarahan, kulit kemerahan dan turgor baik, punggung tidak ada spinabifida, ekstremitas atas dan bawah normal, tidak ada polidaktili, refleks ka/ki (+), genitalia bersih, tidak ada kelainan, anus berlubang, dan tidak ada kelainan. Setelah proses persalinan selesai bayi didekatkan pada ibu dan menganjurkan ibu memeluk bayinya dan disusui untuk mempertahankan suhu tubuh bayi agar tidak hipotermi.

Bayi sudah diberikan salap mata dan suntikan vit K secara IM pada paha kiri 1 jam setelah dilahirkan, dan belum diberikan HB0. Pada kunjungan I/6 jam (KN1) tanggal 8 Agustus 2021 dan Kunjungan II/6 hari (KN2) tanggal 13 Agustus 2021. Bayi dalam keadaan sehat dan asuhan yang diberikan pada masing-masing kunjungan berjalan baik. Tujuan kunjungan neonates adalah untuk menilai tanda bahaya pada bayi baru lahir dan memberikan konseling tentang ASI Eksklusif dan cara pemberiannya. Dari pengkajian yang dilakukan pada kunjungan I dan II terdapat kesenjangan antara penerapan dan teori yaitu tidak diberikan imunisasi HB 0 1 jam dari pemberian vit K pada bayi baru lahir.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di BPM Sopianum Nasution, SKM pada Ny.M dengan menggunakan manajemen kebidanan varney yang dilaksanakan mulai dari 12 Juli sampai dengan 13 Agustus 2021 disimpulkan sebagai berikut :

1. Asuhan Kehamilan

Telah dilakukan pengkajian data subjektif dan objektif, serta interpretasi data dan diperoleh Ny.M 30 tahun G3 P2 A0 usia kehamilan 37 minggu janin tunggal, letak kepala, intra uterin, keadaan ibu dan janin baik, dan tidak ada keluhan khusus yang mengganggu. Hasil evaluasi menunjukkan ibu memahami konseling yang diberikan

2. Asuhan Persalinan

Pada proses persalinan Ny.M keadaan ibu dan janin pada kala I persalinan baik, kemajuan persalinan berjalan normal, setelah pembukaan lengkap dilakukan pertolongan persalinan, setelah bayi lahir plasenta lahir lengkap, pemantauan 2 jam postpartum dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

Perencanaan sesuai dengan 60 langkah APN , penatalaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun. Hasil evaluasi menunjukkan persalinan berlangsung normal,

bayi lahir selamat, keadaan ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap, dan tidak ada perdarahan abnormal.

3. Asuhan Nifas

Hasil pengkajian setiap kunjungan nifas pada Ny.M tidak ada keluhan yang mengganggu, TFU turun sesuai teori, kontraksi uterus baik, perubahan warna lochea normal, dan tidak ada ditemukan tanda-tanda infeksi.

Perencanaan sesuai dengan teori asuhan pada nifas, penatalaksanaan dilakukan sesuai perencanaan. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan hasil nifas berlangsung normal, ASI keluar lancar, involusio dan lochea normal, bayi menyusu dengan baik.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny.M dari hasil pengkajian tidak ada keluhan yang mengganggu sampai kunjungan terakhir, penambahan berat badan bayi sesuai, keadaan umumnya baik, tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat, menyusu dengan kuat, reflex baik, dan tidak ada kelainan.

Perencanaan sesuai dengan teori asuhan kebidanan bayi baru lahir, penatalaksanaan sesuai dengan perencanaan. Hasil evaluasi menunjukkan kebutuhan dasar bayi terpenuhi dan bayi dalam keadaan sehat.

5.2 Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat meningkatkan pengetahuan dan menyadari bahwa pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting khususnya pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan masa bayi baru lahir sehingga ibu mengerti tentang kesehatannya.

2. Bagi Profesi Bidan

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk meng-update ilmu dan menerapkan ilmu terbaru kepada klien

3. Bagi Pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan. Sehingga mahasiswa mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

4. Bagi Penulis

Senantiasa memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan secara berkesinambungan yang di mulai pada ibu hamil TM III, sehingga menambah wawasan dalam proses persalinan, nifas, dan bayi baru lahir dapat berjalan fisiologis atau patologis.

5. Bagi Bidan Praktik Mandiri

Sebagai bahan koreksi dalam memberikan asuhan yang diberikan dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir sehingga menurunkan angka resiko, angka kejadian yang tidak di inginkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, W. (2010). Asuhan Kebidanan Nifas Yogyakarta: Nuha Medika.
- Asrinah, DKK. (2010). Asuhan Kebidanan Masa Persalinan. Yogyakarta :Graha Ilmu.
- Dahlan A dan Mansyur. (2014). Buku ajar: Asuhan kebidanan masa nifas. Malang : Selaksa Media.
- Dirjen Bina Gizi KIA. (2015) Kesehatan Dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs). Jakarta : Rakorpop Kementerian Kesehatan RI
- Dewi, Vivian Nanny Lia. (2010).Asuhan Neonatus bayi dan Anak Balita.Jakarta:Salemba Medika
- Elisabeth, dkk. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres
- Erawati Dwi Ambar, (2011). Asuhan Kebidanan Persalinan Normal ; Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hidayat, AA dan Sujiyatini. (2010). Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Hani, Ummi. Dkk. (2010). Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis. Jakarta, Salemba Medika
- Indriyani, D. (2013).Aplikasikonsep dan teori keperawatan maternitaspostpartum dengan kematian janin.Jogjakarta : Ar-Ruzz Media.
- Jannah, Nurul. (2014). Konsep Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Ar'ruz Media.
- Kementerian kesehtan RI (2010). Pelayanan kesehtan neonatal esensial. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RepublikIndonesia.(b. 2014) Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.Jakarta Selatan :Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. Pusat Data dan Informasi Kesehatan Ibu. Jakarta : Kemenkes, 2015.

- Kementerian Kesehatan RI (2015). Pedoman Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Stiker.
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lailiyana, DKK. (2011). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida A.C. (2013). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2. Jakarta: EGC
- Maryanti, dkk. (2011). Buku Ajar Neonatus Bayi dan Balita. Jakarta : PenerbitTrans Info Media
- Marmi, 2012. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi, (2012). Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Yogyakarta :Pustaka Pelajar
- Marmi. (2014). Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil.Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Musphyanti. (2017). Kepatuhan BPM Terhadap Standar APN Saat Membimbing Mahasiswa D3 Kebidanan Praktik Asuhan Persalinan Normal. Jurnal kebidanan, Volume 1, No.1 Agustus 2017.
- Muslihatun, WN. 2010. Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita. Fitramaya, Yogyakarta
- Nugroho, T. dkk. (2014). Bukuajar asuhan kebidanan nifas (askeb 3).Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nurrezki, (2014). Buku Ajar Asuhan Kebidanan I.Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pantikawati, Ika dan Saryono. (2012). Asuhan Kebidanan I (Kehamilan) Cetakan I. Yogyakarta: Nufia Medika.
- Poedji Rochjati (2013). Skrining antenatal pada ibu hamil.Surabaya: Airlanggauniversity press.
- Prawiroharjo, S. (2016). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono
Prawirohardjo
- Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Profil Kesehatan Tahun 2016. (Ketua: Febria Rahmanita). Jakarta: Dinas Kesehatan Sumatera Utara

- Profil Kesehatan Indonesia (2016). Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 31 Januari 2019 dari [http : // www.depkes.go.id / resources / download / pusdatin / profil-kesehatanindonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatanindonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf)
- Rismalinda (2015). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta.
- Rejeki, S. (2013).Tingkat Nyeri Pinggang Kala 1 Persalinan Melalui Teknik Back-
- Rohani, dkk, (2014). Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan. Jakarta: Salemba Medika.
- Romauli, S (2011). Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar AsuhanKebidanan.Yogyakarta:Muha Medika.
- Rukiah AY dkk (2013). Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media
- Rukiyah, Yeyeh A (2016). Asuhan Kebidanan Kehamilan (Intranatal care). Jakarta: Trans Info Media.
- Saifuddin, A. (2014). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharohardjo
- SDKI. (2012). Angka Kematian Ibu. Jakarta: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia.
- Sukarni, I dan Margareth, Z.H. (2013). Kehamilan, Persalinan dan Nifas, Yogyakarta: Nuha Medika
- Sulistiyawati. (2012). Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas.Yogyakarta : ANDI
- Sulistiyawati dan Nugraheny. 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Wahyuni, S. (2011). Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita. Jakarta: EGC.
- Walyani, E. S. (2015). Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Walyani, E S dan Purwoastuti, E. (2016). Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

WHO. Materi pembelajaran kesehatan ibu dan anak. Edukia 2016

World Health Organization (2015). Promoting Proper Maternal Mortality. Geneva: WHO.

Yanti, Damai & Dian Sundawati. (2011). Asuhan Kebidanan Masa Nifas Belajar Menjadi Bidan Profesional. Bandung: PT Refika Aditama

Yeyeh, (2013), Asuhan Kebidanan Persalinan Fisiologis & Patologis. Yogyakarta : Nuha Medika.

Tanggal : 08. Agustus 2021 Penolong Persalinan : Bidan
 Tempat persalinan : [] rumah ibu [] Puskesmas [] Klinik Swasta [] Lainnya
 Alamat tempat persalinan : Salambue

KALA I

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

KALA II

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

KALA III

Lama Kala III : 15 menit Jumlah Perdarahan : ± 200 ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ya [] tidak, alasan
 Pemberian Oksitosis ulang (2x) ? [] ya tidak, alasan
 b. Pemegangan tali pusat terkendali ? ya [] tidak, alasan
 c. Masase fundus uteri? ya [] tidak, alasan
 Laserasi perineum derajat I Tindakan : [] mengeluarkan secara manual [] merujuk
 [] tindakan lain
 Atonia uteri : [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip
 Lain-lain, sebutkan :
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana hasilnya? :

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : 3600 gram Panjang : 55 cm Jenis Kelamin DP Nilai APGAR : 8, 9, 10
 Pemberian ASI < 1 jam [] ya [] tidak, alasan
 Bayi baru lahir pucat/biru/lemas : mengeringkan 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	03.30	110/80	80 ^x /i	36,5	2 jan bwh put	Baik	-	± 200
	03.45	110/80	80 ^x /i		"	"	-	± 200
	04.00	110/70	80 ^x /i		"	"	-	± 200
	04.15	110/70	80 ^x /i		"	"	-	± 200
2	04.45	110/80	80 ^x /i	36,5 C	"	"	-	± 200
	05.15	110/80	80 ^x /i		"	"	-	± 100

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

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
1.	08 - Agustus - 2021	• Semua nifas	✓	sudah diberikan kie dan ibu mengerti
2	13 - Agustus 2021	• Breast care	✓	
		• ASI	✓	
		• Perawatan Tali Pusat	✓	
		• KL	✓	
		• Gizi	✓	
		• Imunisasi	✓	