

LAPORAN PRAKTIK STASE
CONTINUITY OF CARE



DISUSUN OLEH :
LATIFAH HANNUM S.Keb
NIM : 20100021

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

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Laporan : Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di BPM Asiah di Kota Panyabungan Tahun 2021.
Nama Mahasiswa : Latifah hannum nst
NIM : 20100021
Program Studi : Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

Laporan kasus ini telah di uji dan di pertahankan di hadapan dosen pembimbing dan penguji pada ujian akhir (COC) Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Aupa Royhan dan dinyatakan lulus Pada Tanggal 2022.

Menyetujui,

Dosen Penguji



Yulinda Aswan, SST, M.Keb
NIDN. 0125079003

Dosen Pembimbing



Lola Pebriantny, SST, M.Keb
NIDN. 123029102

Dekan



Arinil Hidayah, SKM.M.Kes
NIDN. 0118108703

Ketua Program Studi



Sri Sardika Sari Dewi, SST, M.Keb
NIDN. 010048901

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan hidayah-Nya hingga penulis dapat menyusun Asuhan Kebidanan Pada kehamilan, Persalinan , Nifas dan Bayi Baru lahir di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Asiah Di Kota Panyabungan Tahun 2021.

Laporan kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan *Contuinity of care* (COC) yang menjadi salah satu syarat tuntas dalam menempuh Pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

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

- 5 Arinil Hidayah, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan.
- 6 Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb selaku Ketua Prodi dan Koordinator *Contuinity Of Care* (COC) Pada Program Studi Pendidikan **Profesi** Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
- 7 Lola Pebrianthy, SST, M.Keb selaku Dosen Pembimbing pada Program Studi Pendidikan **Profesi** Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
- 8 Bidan Asiah Am.keb selaku *Clinical Instructur* di Praktik Lapangan.

- 9 Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
- 10 Kepada suami dan anak-anak saya yang telah mendoakan dan memberikan dukungan kepada saya untuk dapat menyelesaikan Studi pada Program Studi Pendidikan Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Laporan kasus ini di buat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Namun dalam pembuatan laporan ini masih banyak kesalahan baik penulisan dan isi dari laporan ini. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah-mudahan laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Padangsidempuan, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR SINGKATAN.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
2.1 Kehamilan.....	6
2.2 Persalinan.....	23
2.3 Nifas	39
2.4 Bayi Baru Lahir.....	57
BAB III PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	63
BAB IV PEMBAHASAN	98
BAB V PENUTUP	110
5.1. Kesimpulan.....	110
5.2. Saran.....	111
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
FOTO DOKUMENTASI	

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, dengan adanya asuhan COC maka perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terpantau dengan baik, selain itu asuhan berkelanjutan yang dilakukan bidan dapat membuat ibu lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberi asuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017).

Kehamilan, kelahiran dan menopause merupakan kejadian normal dalam kehidupan, walaupun hal tersebut adalah suatu yang normal, tetapi potensi terjadinya patologi pada wanita dan bayi tetap ada. Semua individu mempunyai resiko/potensial terjadinya patologis. Sebagai bidan pemberi pelayanan mengharapkan bahwa semua berjalan normal, untuk itu kepuasan dan keselamatan pasien dimaksimalkan (Megasari et al., 2014).

Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia, namun pada kenyataannya ada juga persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Maryuani, 2011;105). Angka

kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (WHO, 2014). Angka kematian Bayi (AKB) adalah angka probabilitas untuk meninggal di umur antara lahir dan 1 tahun dalam 1000 kelahiran hidup. Menurut Sarwono (2016) faktor penyebab AKI di bagi menjadi 2 yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penyebab secara langsung meliputi perdarahan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan, partus macet, abortus, dan lainlain. Penyebab tidak langsung meliputi 3 terlambat dan 4 terlalu. Tiga terlambat yang dimaksud adalah terlambat mengambil keputusan, terlambat ke tempat rujukan, terlambat mendapatkan pelayanan di tempat rujukan. Dan 4 terlalu yang dimaksud adalah terlalu tua hamil (di atas usia 34 tahun) terlalu muda untuk hamil (di bawah usia 20 tahun), terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4), dan terlalu dekat (jarak antara kelahiran kurang dari 2 tahun)

Berdasarkan penelitian World Health Organization (WHO), di seluruh dunia terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi, khususnya neonatus, sebesar 10.000.000 jiwa pertahun. Kematian maternal dan bayi tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99%. Penyebab langsung kematian ibu adalah dikarenakan perdarahan (42%). Penyebab lain, yaitu eklampsi (25%), infeksi (3%), partus lama (3%), abortus (5%), dan lain-lain (22%). Penyebab kematian janin dan bayi terkait dengan kehamilan dan persalinan adalah BBLR (31%), asfiksia (19%), hipotermi (6%), diare (4%), infeksi (2%),

campak (1%), dan lain-lain (36%) (Maternity et al., 2017).

Kondisi budaya di masing-masing daerah turut memberikan kontribusi, masih banyak daerah yang masih menggunakan dukun sebagai pertolongan persalinan, khususnya di desa-desa. Hal ini ditunjang pula dengan kondisi sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada di garis kemiskinan. Pentingnya penurunan AKI di Indonesia, sehingga diperlukan program terobosan yang memfokuskan pada kesehatan ibu, khususnya daerah-daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2016).

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan dan menekan angka kematian ibu yaitu dengan menerapkan model asuhan yang berkelanjutan (Continuity Of Care/ COC). Continuity Of Midwifery Care adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan (Rahmawati, 2012).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana melakukan asuhan kebidanan secara Continuity of Care pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan Continuity of Care pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB dengan menggunakan pendekatan penyusunan Asuhan Kebidanan, melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara Continuity of Care**
- 2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara Continuity of Care**
- 3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara Continuity of Care**
- 4. Melakukan asuhan kebidanan pada BBL meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara Continuity of Care**
- 5. Melakukan asuhan kebidanan pada akseptor KB meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan**

kebidanan secara Continuity of Care.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Teoritis

- 1. Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara Continuity of Care terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB.**
- 2. Dapat dijadikan bahan perbandingan untuk laporan studi kasus selanjutnya.**

1.4.2 Praktis

1. Bagi Pasien, Keluarga Dan Masyarakat

Menambah pengetahuan dan wawasan bagi masyarakat tentang kehamilan, persalinan, masa nifas, neonatus dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawatdaruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas masyarakat.

2. Bagi Institusi

Dapat menambah dokumentasi bagi institusi dan dapat digunakan sebagai bahan pustaka dan sarana belajar.

3. Bagi Mahasiswa Bidan

Dapat menambah wawasan pada mahasiswa kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan secara Continuity of Care

4. Bagi Bidan dan BPM

Untuk meningkatkan pelayanan dan mutu pelayanan dan memberikan asuhan kebidanan secara Continuity of Care untuk diterapkan di BPM.

BAB 2 TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan.

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan proses nidasi atau implantasi. Bila dihitung dimulai pada saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan. (Prawirohardjo, 2018).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Berbagai perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Oleh karenanya, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi (Walyani, 2015).

Kehamilan merupakan suatu proses yang saling berkaitan yang dimulai dari konsepsi atau pertumbuhan antara ovum dengan sperma sehat dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi, dan implantasi, yang dibagi dalam 3 trimester yaitu trimester pertama (0 - 12 minggu), trimester kedua (13 - 28 minggu) dan trimester ketiga (29 - 42 minggu) (Prawirohardjo, 2016).

2.1.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Janin dalam Rahim Setiap Bulan.

Untuk dapat tumbuh dan berkembang dengan baik, ibu memerlukan asupan makanan yang mengandung gizi baik. Saat seorang wanita hamil mengalami peningkatan ke ⁶ asupan gizi untuk mencakup

kebutuhan 2 orang (sang ibu dan janin), yaitu seperti energy, protein, mineral, kalsium, air, omega 3, vitamin, asam folat, zat besi, dan lainnya. (Rismalinda, 2015)

Pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim di pengaruhi oleh beberapa faktor dan subfaktor antara lain :

a. Faktor ibu.

1) Kelainan pada uterus.

Janin yang tumbuh di luar uterus mengalami hambatan pertumbuhan

2) Kehamilan ganda atau kembar

Kehamilan dengan dua janin atau lebih kemungkinan besar di persulit oleh pertumbuhan kurang pada salah satu atau kedua jani dibanding dengan janin tunggal normal. Hambatan pertumbuhan dilaporkan terjadi pada 10 s/d 50 persen bayi kembar.

3) Kebiasaan ibu, merokok, minum alcohol, kecanduan.

b. Faktor janin.

1) Penyimpanan genetic : kelainan anogenital, pertumbuhan abnormal.

2) Infeksi intrauterine.

c. Faktor plasenta.

Plasenta adalah sumber bayi mendapatkan makanan asupan gizi untuk dapat tumbuh dan berkembang dengan baik dalam Rahim. Karena ibu plasenta sangat penting artinya untuk menjamin kesehatan janin dalam Rahim, yang ditetapkan dengan indeks plasenta. Indeks plasenta = berat plasenta.

2.1.3 Perubahan Fisiologis dalam Kehamilan Trimester I, II, III.

a. Trimester I.

1) Uterus.

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besar.

2) Serviks.

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menajadi janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan.

Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

3) Ovarium.

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi

maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara.

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesterone dan

estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010).

b. Trimester II

1) Uterus.

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hamper menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan bimanual. (Rimalinda, 2015).

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a. Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b. Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- c. Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

2) Vagina.

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinyapeningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kental dan mendekati

persalinaan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. Hubungi dokter atau bidan ataupun tenaga kesehatan lainnya bila cairan berbau, terasa gatal, dan berwarna kehijauan. (Rismalinda, 2015).

3) Payudara.

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi

c. Trimester III

1) Uterus.

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

a) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya fundus setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.

b) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).

c) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

2) Serviks.

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat

jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

3) Vagina.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa. Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

2.1.4 Penanganan Selama Kehamilan.

a. Trimester pertama.

1) Mual dan muntah.

Diakibatkan karena meningkatnya kadar HCG, estrogen / progesterone.

Penanganan : hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapi sering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

2) Keputihan.

Hyperplasia mukosa vagina, meningkatnya produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dan peningkatan kadar

estrogen.

Penanganan: menjaga kebersihan vulva, memakai pakaian dalam yang terbuat dari bahan katun, hindari pakaian dalam yang terbuat dari bahan nilon.

b. Trimester ke Dua

1) Kram kaki.

Karna adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot tubuh.

Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan konsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit.

Karna peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karan efek samping dari penggunaan zat besi.

Penanganan : tingkatkan intake cairan, serat di dalam menu makanan, istirahat yang cukup, senam hamil, membiasakan BAB secara teratur.

c. Trimester ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakin besar ukuran janin.

Penanganan : perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum pada malam hari.

2) Sesak nafas.

Karna semakin besar ukuran janin di dalam uterus sehingga menekan diafragma.

Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur

2.1.5 Tanda Bahaya pada Ibu dan Janin Masa Kehamilan.

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda.

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) Implantation bleeding : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi

b) Abortion : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.

c) Hydatidiform molae : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.

d) Ectopic pregnancy : ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di ovarium, abdominal cavity

e) Cervical lesion : lesi pada serviks

f) Vaginitis : infeksi pada vagina.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

2) Perdarahan lebih dari 24 minggu :

Antepartum haemorrhage adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :

a) Plasenta previa : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim

b) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta sebelum waktunya

Penanganan :

1. Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

2. Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.

3. Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras.

4. Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

b. Hipertensi.

Gestational hypertension adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2

kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive. Apabila diikuti proteinuria dan oedema maka di katagorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.
- 2) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi pada ibu dan keluarga.
- 3) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.
- 4) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.

c. Nyeri perut bagian bawah.

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hilang setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
- 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin

menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.

3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.

4) Lakukan pemeriksaan proteinuria.

d. Sakit kepala yang hebat.

Sakit kepala dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang bersifat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istirahat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala pre eklamsi.

Penanganan:

1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan

2) Lakukan pemeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema.

e. Bengkak di wajah dan tangan.

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan di sertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, ataupun preeklamsi.

Penanganan:

1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala

2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik.

3) Ukur tekanan darah.

4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan.

f. Gerakan Janin Tidak Terasa.

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal. Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali.

2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler.

3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound.

2.1.6 Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Prawirohardjo, 2010).

A. Tujuan ANC

1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu

dan perkembangan bayi yang normal.

- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang di perlukan.
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi. (Rismalinda, 2015).

B. Kebijakan Program Asuhan ANC.

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

- 1) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

C. Indikator kunjungan Antenatal Care (Depkes, 2014)

- 1) Kunjungan Pertama (K1).

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga Kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8.

- 2) Kunjungan ke-4 (K4).

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar (1-1-2).

Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: minimal satu kali pada trimester I (0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester ke2(>12 - 24 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan.

3) Penanganan Komplikasi (PK).

PK adalah penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas. Pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi.

Komplikasi kebidanan, penyakit dan masalah gizi yang sering terjadi adalah: perdarahan, preeklampsia/eklampsia, persalinan macet, infeksi, abortus, malaria, HIV/AIDS, sifilis, TB, hipertensi, diabetes meliitus, anemia gizi besi (AGB) dan kurang energi kronis (KEK).

D. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC.

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan.

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan

pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

2) Ukur Tekanan Darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3) Ukur Tinggi Fundus Uteri.

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu.

4) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT).

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, sesuai dengan status imunisasi saat ini.

5) Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi).

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

6) Pemeriksaan Hb.

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia

pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- 1) Normal : 11,5 gr%
- 2) Anemia ringan : 9-11 gr%
- 3) Anemia sedang : 7-8,9 gr%
- 4) Anemia berat : < 7 gr%

7) Pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab).

Pemeriksaan Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya treponema pallidum/ penyakit menular seksual, antara lain syphilis. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena ± 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan < 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan prematur, cacat bawaan.

8) Perawatan Payudara.

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

9) Senam Hamil.

Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

10) Temu wicara / Konseling.

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

11) Pemeriksaan Protein urine.

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedema. Pemeriksaan protein urin ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklampsia.

12) Pemeriksaan urine reduksi.

Untuk ibu hamil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka

perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya Diabetes Melitus Gestasioal. Diabetes Melitus Gestasioal pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion, bayi besar.

13) Pemberian Obat Malaria.

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

14) Pemberian Kapsul Minyak Yodium.

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

2.2 Persalinan

2.2.1 Defenisi Persalinan

Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dilakukan secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap (Elisabeth, 2016).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa

bantuan (kekuatan sendiri) (APN, 2014).

2.2.2 Bentuk-Bentuk Persalinan

Menurut Manuaba didalam Elesabeth, bentuk bentuk persalinan dapat digolongkan menjadi:

- a. Persalinan spontan, yaitu persalinan dengan tenaganya sendiri**
- b. Persalinan buatan, yaitu bila persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan**
- c. Persalinan anjuran, yaitu persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin (Elisabeth, 2016).**

2.2.3 Etiologi

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

- a). Teori penurunan hormon**

1-2 minggu sebelum persalinan dimulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron menurun.

- b). Teori penuan plasenta**

Tuannya plasenta menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

- c). Teori distensi rahim**

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otototot

rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenter.

d). Teori iritasi mekanik

Dibelakang servik terletak ganglion servikal (fleksus frankenhauser) bila ganglion ini geser dan ditekan akan timbul kontraksi (Widia, 2015).

2.2.4 Tanda-Tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (preparatory stage of labor), dengan tandatanda sebagai berikut:

a). Adanya kontraksi rahim

Kontraksi uterus memiliki periode relaksasi yang memiliki fungsi penting untuk mengistirahatkan otot uterus. Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari permulaan satu kontraksi permulaan kontraksi selanjutnya.

b). Keluarnya lendir bercampur darah (blood slim)

Blood slim paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba, tetapi tidak perlu khawatir dan tidak perlu tergesa-gesa kerumah sakit, tunggu sampai rasa sakit diperut atau bagian

belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur. Jika keluar darah hebat dan banyak seperti menstruasi segera kerumah sakit.

c). Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban.

Selama sembilan bulan masa gentasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi.

d). Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktifitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang (Elisabeth dkk, 2016).

2.2.5 Tahapan Persalinan Dibagi menjadi Empat Kala

a). Kala I (kala pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseranpergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm).

Persalinan kala 1 dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase Laten

Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan kurang dari 4 cm, berlangsung dalam waktu 7-8 jam.

2) Fase Aktif (pembukaan serviks 4-10 cm)

Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase adalah:

- a) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan 3 menjadi 4 cm.
- b) Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan

multigravida 2 cm/jam. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan

pendataran serviks terjadi dalam waktu yang lama.

3. Perubahan fisiologis pada kala I

- ❖ **Tekanan Darah**
- ❖ **Metabolisme**
- ❖ **Suhu Tubuh**
- ❖ **Detak Jantung**
- ❖ **Pernapasan**
- ❖ **Ginjal**
- ❖ **Gastrointestinal**
- ❖ **Hematologi.**
- ❖ **Kontraksi uterus**
- ❖ **Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim**
- ❖ **Perkembangan retraksi ring**
- ❖ **Penarikan serviks**
- ❖ **Pembukaan ostium uteri interna dan ostium uteri externa**
- ❖ **Show**
- ❖ **Tonjolan kantong ketuban**
- ❖ **Pemecahan kantong ketuban**

4. Perubahan psikologis pada kala I

- ❖ **Perasaan tidak enak**
- ❖ **Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi**
- ❖ **Sering memikirkan apakah persalinan berjalan normal**
- ❖ **Menganggap persalinan sebagai percobaan**

- ❖ Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- ❖ Apakah bayinya normal atau tidak
- ❖ Apakah ia sanggup merawat bayinya
- ❖ Ibu merasa cemas. (Elisabeth dkk, 2016)

b). Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

1) Tanda dan Gejala Kala II adalah :

- a) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit.**
- b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.**
- c) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina.**
- d) Perineum terlihat menonjol.**
- e) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.**
- f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.**

2) Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan:

- a) Pembukaan serviks telah lengkap**
- b) Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.**

3) Perubahan fisiologis pada kala II

- a) Kontraksi uterus**
- b) Perubahan-perubahan uterus**

- c) Perubahan pada serviks
 - d) Perubahan pada vagina dan dasar panggul
 - e) Perubahan sistem reproduksi
 - f) Perubahan tekanan darah
 - g) Perubahan metabolisme
 - h) Perubahan suhu
 - i) Perubahan denyut nadi
 - j) Perubahan pernapasan
 - k) Perubahan pada ginjal
 - l) Perubahan pada saluran cerna
 - m) Perubahan hematologi
- 4) Perubahan psikologis persalinan kala II

Perubahan psikologis keseluruhan wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang ia kandung merupakan bayi yang ia inginkan atau tidak.

Dukungan yang diterima atau tidak diterima oleh seseorang wanita di lingkungan tempat melahirkan, termasuk dari mereka yang mendampingi, sangat memengaruhi aspek psikologinya pada saat kondisinya sangat rentan setiap kali kontraksi timbul juga pada saat nyerinya timbul secara berkelanjutan.

c. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung dalam 6 menit sampai 15 menit setelah bayi lahir.

Tanda–tanda pelepasan plasenta:

- 1) Terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri**
- 2) Tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina/ vulva**
- 3) Adanya semburan darah secara tiba–tiba**

c). Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

1) Pemantauan dan evaluasi lanjut pada kala IV

- a) Tanda vital**
- b) Kontraksi uterus**
- c) Lochea**
- d) Kandung kemih**
- e) Perineum**
- f) Perkiraan darah yang hilang**

Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 500 cc. Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, temperatur, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

Pemantauan kala IV ini sangat penting, terutama untuk menilai deteksi dini resiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan pasca persalinan (Elisabeth, 2016).

2.2.6 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Persalinan

a). Faktor passege (jalan lahir)

merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. Pässege terdiri dari:

1) **Bagian keras (tulang-tulang panggul)**Tulang panggul tersusun atas empat tulang, yakni 2 tulang pangkal paha (os coxae), 1 tulang kelangkang (os sacrum) dan 1 tulang tungging (os cocygis) yang dihubungkan oleh tiga sendi. Os coxae dibagi menjadi os. illium, os. ischium, dan os. Pubis.

2) **Bagian lunak (otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen pintu panggul)**

Bidang-bidang hodge

Hodge 1 : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium

Hodge 2 : Sejajar hodge 1 setinggi pinggir bawah simfisis

Hodge 3 : Sejajar hodge 1 dan 2 setinggi spina isdiadika kanan dan kiri

Hodge 4 : Sejajar hodge 1,2,3 setinggi os coccygis

b). Faktor Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

1) His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion kearah segmen bawah rahim dan serviks.

2) Kontraksi otot-otot dinding perut

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

4) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum

c). Faktor Passenger

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi persalinan. Postur janin dalam rahim:

1) Sikap (habitus)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang didada.

2) Letak janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu ini bisa letak kepala atau letak sungsang.

3) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi bokong, presentasi bahu dan lain-lain.

4) Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu. Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang (Widia, 2015).

2.2.7 Mekanisme Persalinan

a). Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

b). Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparental dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

c). Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin kedalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkat fleksi akan bertambah besar yang sangat diperlukan

agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

d). Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter antereroposterior (yang panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring kediameter PAP dari panggul tetapi bahu akan tetap miring kekiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat.

e). Ekstensi

Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang dibawah oksiput akan bergeser kebawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar.

f). Restitusi

Restitusi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik kekanan atau kekiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti

g). Putaran paksi luar

Putaran paksi ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul bahu akan

mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vagina dimana ia akan bergeser di bawah simfisis pubis. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Sulistyawati, 2010).

2.2.8 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

a). Kebutuhan fisiologis

1. Oksigen
2. Makan dan minum
3. Istirahat selama tidak ada his
4. Kebersihan badan terutama genitalia
5. Buang air kecil dan buang air besar
6. Pertolongan persalinan yang berstandar
7. Penjahitan perineum bila perlu

b). Kebutuhan rasa aman

1. Memilih tempat dan penolong persalinan
2. Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
3. Posisi tidur yang dikehendaki ibu
4. Pendampingan oleh keluarga

5. Pantauan selama persalinan

6. Intervensi yang diperlukan

c). Kebutuhan dicintai dan mencintai

1. Pendampingan oleh suami/keluarga

2. Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)

3. Masase untuk mengurangi rasa sakit

4. Berbicara dengan suara yang lemah,lembut serta sopan

d). Kebutuhan harga diri

1. Merawat bayi sendiri dan menyusuinya

2. Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu

3. Pelayanan yang bersifat empati dan simpati

4. Informasi bila akan melakukan tindakan

5. Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan

e). Kebutuhan aktualisasi diri

1. Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan

2. Memilih pendamping selama persalinan

3. Bounding attachment

4. Ucapan selamat atas kelahiran bayinya

2.2.9 Definisi Partograf

a). Pengertian partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (APN,

2014).

b). Isi partograf

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan, menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan termasuk :

1) Informasi tentang ibu

- a) Nama dan umur.
- b) Gravida, para, abortus.
- c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas.
- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat

2) Waktu pecahnya selaput ketuban

3) Kondisi janin:

- a) Denyut jantung janin.
- b) Warna dan adanya air ketuban.
- c) Penyusupan(molase) kepala janin

4) Kemajuan persalinan

- a) Pembukaan serviks.
- b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.
- c) Garis waspada dan garis bertindak

5) Jam dan waktu

- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
- b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

6) Kontraksi uterus

a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit.

b) Lama kontraksi (dalam detik)

7) Obat-obatan yang diberikan

a) Oksitosin.

b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

8) Kondisi ibu

a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.

b) Urin (volume, aseton atau protein)

9) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catat kemajuan persalinan) (Prawirohardjo, 2014).

2.3 Nifas dan Menyusui

2.3.1 Defenisi Ibu Nifas

Masa nifas (puepurium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Jadi masa nifas (puepurium) adalah setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 samapai 40 hari (Setyo Retno Wulanjani, 2011). Akan tetapi, seluruh otot genetalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Astutik, 2015). Periode pasca persalinan meliputi masa tranisi kritis bagi ibu, bayi dan keluarganya secara fisiologis, emosional dan social.

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut setyo Retno Wulanjani (2011), mengatakan bahwa masa nifas di bagi menjadi 3 tahapan yaitu sebagai berikut:

- a. **Puerperium dini yaitu kepulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.**
- b. **Peurperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.**
- c. **Remote peurperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan atau bertahun.**

2.3.3 Perubahan-perubahan yang terjadi selama masa nifas

Menurut icesmi Sukarni (2013), mengatakan perubahan-perubahan pada masa nifas sebagai berikut :

a. Involusi uterus

Involusi uterus atau prnggaturan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uterus dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil.

b. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan.

Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2cm

c. Perubahan ligament

Ligament-ligament dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karna ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

d. Perubahan pada serviks

Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks post-partum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karna penuh pembuluh darah.

e. Lochea

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

1) 1-4 hari : lochea rubra berwarna kemerahan

2) 4-7 hari : lochea sanguinolenta putih bercampur merah

3) 7-14 hari : lochea serosa berwarna kekuningan/kecoklatan

4) >14 hari : lochea alba berwarna putih

2.3.4 Perawatan Masa Puerperium

Menurut Anggraeni (2010), perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini (early mobilization). Perawatan mobilisasi secara dini mempunyai keuntungan, sebagai berikut:

- a) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum**
- b) Memperlancar involusi alat kandungan**
- c) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan**
- d) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.**

2.3.5 Kebutuhan Pada Masa Nifas

Menurut Astutik (2015), mengatakan ada beberapa macam kebutuhan saat nifas :

a. Nutrisi

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan biasa. Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan-makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak

terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru.

b. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah di perbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya early ambulation adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandungan kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.

c. Eliminasi

1) Miksi (BAK)

Miksi di sebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam dan ibu di usahakan dapat buang air kecil.

2) Defekasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olah raga.

d. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi

sendiri dikamar mandi sendiri, yang terutama di bersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perineum.

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi cara membersihkannya dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitan akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak di bersihkan atau di cuci. Ibu di beri tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalamnya jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali dalam sehari.

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari puting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan menggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam

e. Istirahat

Anjurkan ibu untuk :

- (1) Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan**
- (2) Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur**
- (3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan**
- (4) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dan malam 7-8 jam.**

Kurang istirahat pada ibu nifas mengakibatkan :

- (1) Mengurangi jumlah ASI**
- (2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan**
- (3) Depresi**

f. Pemberian ASI

Hal-hal yang perlu diberitahukan kepada pasien mengenai pemberian ASI, yaitu :

- (1) Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan**
- (2) Ajarkan cara menyusui yang benar**
- (3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)**
- (4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi**
- (5) Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok**
- (6) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI**

g. Kebiasaan yang tidak bermanfaat

- (1) Menghindari makanan berprotein seperti telur, ikan karna ibu**

menyusui membutuhkan tambahan protein

- (2) Penggunaan bebat perut setelah melahirkan
- (3) Penggunaan kantong es atau pasir untuk menjaga uterus tetap berkontraksi
- (4) Memisahkan ibu dan bayi dalam masa yang lama dalam satu jam post-partum

2.3.6 Komplikasi pada Masa nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani (2011), mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Pendarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

1. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
2. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
3. Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi

syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.

4. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Mordibitas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post-partum, kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral. Infeksi terjadi pada vulva, vagina, dan serviks.

1) Vulvitis

Vulvitis adalah luka bekas episiotomi atau robekan perineum yang kena infeksi. Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sakitnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

2) Vaginitis

Vaginitis adalah infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak

dan kemerahan, menjadi ulkus, serta getah mengandung nanah dan keluar dari daerah ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas.

3) Servisititis

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas, dan langsung kedasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Jenis infeksi ini biasanya yang paling sering terjadi. Kuman-kuman yang masuk endometrium. Biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat.

d. Septicemia dan Pyemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi.

1) Septieemia

Septieemia adalah keadaan dimana kuman-kuman dari uterus langsung masuk kedalam peredaran darah dan menyebabkan infeksi umum. Adanya septieemia dapat dibuktikan dengan jalan pembiakan kuman-kuman dari darah.

2) Pyemia

Pada pyemia, terdapat thrombophlebitis dahulu pada venavena di

uterus dan sinus-sinus pada bekas implantasi plasenta. Thrombophlebitis menjalar ke vena uterin, vena hipogastrika, dan vena ovari. Dari tempat-tempat thrombus ini, embolus kecil yang berisi kuman dilepaskan. Tiap kali dilepaskan, embolus masuk kedalam peredaran darah umum dan dibawa oleh aliran darah ke tempat-tempat lain, di antaranya paru-paru, ginjal, otak, jantung dan sebagainya, yang dapat mengakibatkan terjadi abses-abses ditempat tersebut.

e. Peritonitis

Peritonitis (radang selaput rongga perut) adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh darah di dalam uterus, langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan di antara kedua lembar lagamentum latum yang menyebabkan parametritis. Peritonitis yang tidak menjadi peritonitis umum hanya terbatas pada daerah pelvis.

f. Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium. Parametrium merupakan lapisan terluar yang melapisi uterus. Parametritis juga mempunyai nama lain yaitu sellulitis pelvika.

g. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis merupakan kelainan pada masa nifas yaitu masa setelah melahirkan di mana terjadi sumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.

h. Luka perineum

Perlukaan perineum pada umumnya terjadi unilateral, namun dapat juga bilateral. Perlukaan pada diafragma urogenitalis dan muskulu levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat, dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina, sehingga tidak kelihatan dari luar. Perlukaan demikian dapat melemahkan dasar panggul, sehingga mudah terjadi prolapses genitalis.

2.3.7 Defenisi Menyusui

Secara umum, menyusui yaitu produksi dan pengeluaran. Menyusui adalah suatu cara yang tidak ada duanya dalam pemberian makanan bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang sehat serta mempunyai pengaruh biologis dan kejiwaan yang unik terhadap kesehatan ibu dan bayi. Menyusui merupakan kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak (Anggraini, 2010).

2.3.8 Cara Menyusui

Menurut Anggraini (2010), cara menyusui ada 3 bagian, antara lain :

a. Cara menyusui dengan cara duduk

- 1) Ibu tegak, tetap santai. Usahakan ibu duduk di kursi tanpa sandaran tangan. Kursi dengan sandaran tangan akan mengganggu gerak ibu saat menyusui. Pada saat duduk, kaki ibu mencapai lantai antau tidak tergantung.**
- 2) Pada saat ibu memangku bayinya, lengan yang menopang tubuh bayi perlu diganjal bantal agar lebih lebih menahan bayi. Bayi pun dapat tidur dengan nyaman.**

- 3) Tangan penopang selalu menopang punggung dan leher bayi, sedangkan telapak tangan menahan bokong bayi. Letakkan bantal penahan lengan di antara tangan penopang dan pada ibu.
- 4) Tangan lain yang tidak menopang tubuh bayi membantu mengeluarkan ASI ke mulut bayi. Caranya, jari tangan dan ibu jari menjepit payudara. Usahakan mulut bayi masuk sampai mencapai lingkaran pangkal puting (daerah lingkaran cokelat).
- 5) Jika menyusui baru berlangsung 2-3 menit, tetapi payudara terasa masih tegang, padahal bayi tampak malas atau mengantuk, sebaiknya bayi dibangunkan dan disusui kembali ASI masih cukup banyak.
- 6) Sadari bahwa menyusui merupakan kesempatan yang paling baik dalam memberi bayi kesempatan berada di dekat ibunya walaupun sewaktu bekerja ibu terpaksa berpisah dengan bayinya.
- 7) Jika selama menyusui (5-10 menit) payudara sudah tidak tegang, susui bayi dengan payudara yang lain sampai bayi kenyang dan tertidur.
- 8) Untuk mengeluarkan udara yang masuk ke dalam lambung bayi, yakni udara yang terpisah pada saat menyusui, sandarkan dada bayi ke dada ibu sampai kepalanya di atas bahu ibu, kemudian urut atau tepuk punggungnya secara perlahan selama dua menit sehingga bayi dapat bersendawa.
- 9) setelah bayi kenyang disusui, tidurkanlah dengan posisi miring. Jika terjadi muntah, muntahnya tidak masuk ke jalan napas.

b. Cara menyusui sambil berbaring

- 1) Ibu berbaring miring dan punggung diganjal bantal.**
- 2) Usahakan lengan sebelah payudara yang mengarah ke mulut bayi dapat menopang tubuh bayi, mulai dari leher, punggung dan bokongnya. Jadi, kedudukan bayi tetap berbaring sambil ditopang lengan ibunya.**
- 3) Leher bayi terletak di persendian lengan ibunya. Punggung bayi di lengan bawah ibu, sedangkan bokongnya di topang dengan telapak tangan ibu. Dengan demikian, mulut bayi dapat diatur agar dapat mencapai puting payudara ibu.**
- 4) Tangan ibu yang bebas membantu memasukkan puting susu ke mulut bayi sambil telapak tangan menahan payudara agar tidak menutup hidung bayi. Jari telunjuk dan jari tengah membantu mengeluarkan ASI dengan cara menjepit payudara.**
- 5) Jangan menyusui menggunakan dot sebelum cara menyusui ini bisa dilakukan dengan baik.**

c. Cara menyusui *football hold*.

- 1) Pastikan ibu menggunakan kursi atau bangku dengan bantalan yang nyaman. Ibu dapat menambahkan bantal untuk menopang punggungnya atau dibawah bayi lebih mudah diposisikan untuk menyusui.**
- 2) Hindari posisi membungkuk selama menyusui. Posisi seperti ini membuat ibu tegang dan akhirnya dapat menderita sakit punggung.**

- 3) **Gendong bayi seperti membawa bola, arahnya bayi mendekat ke bagian samping tubuh ibu. Ibu yang dalam masa pemulihan dari bedah besar sering memilih posisi ini karena dapat mempertahankan bayi dekat abdomen ibu.**
- 4) **Pastikan kepala bayi tertopang dengan baik dan bayi seperti duduk, karena kepala posisinya lebih tinggi dari abdomennya. Dengan posisi ini, bayi dapat lebih mudah bersendawa.**
- 5) **Arahkan puting ke tengah-tengah dan bayi akan melekatkan mulutnya. Ketika puting berada di tengah, ibu dapat bergerak ke arah atas atau menekan jari lainnya agar mengarah ke bawah.**
- 6) **Ketika posisi mulut bayi terhadap payudara sudah benar, bibir bawah akan melengkung ke luar.**

2.3.9 Posisi Menyusui Baik dan Benar

- a) **Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu.**
- b) **Dagu menyentuh payudara ibu dengan mulut terbuka lebar.**
- c) **Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu.**
- d) **Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin areola (tidak hanya puting saja), lingkaran areola atas terlihat lebih banyak daripada areola bagian bawah. Bibir bawah bayi melengkung ke luar.**
- e) **Bayi mengisap kuat dan dalam secara berhenti sesaat (jeda) yang menandakan bahwa dalam mulutnya penuh ASI dan hal ini merupakan kesempatan bayi untuk menelan ASI.**

- f) Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui. Puting susu tidak terasa sakit atau lecet.**
- g) Kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus.**
- h) Wajah bayi harus menghadap payudara dengan hidung berhadapan dengan puting.**
- i) Ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya.**
- j) Jika bayi baru lahir, ibu harus menyangga seluruh badan bayi, bukan hanya kepala dan bahu (Dewi, dkk, 2011).**

2.3.10 Hal-Hal yang Diperhatikan Pada Waktu Menyusui Bayi

- a) Susuilah bayi segera setelah lahir.**
- b) Berilah bayi ASI saja pada bulan pertama dan kedua.**
- c) Ibu yang menyusui sebaiknya makan makanan yang bergizi tinggi dan minum kurang lebih 8-12 gelas sehari.**
- d) Ibu harus istirahat yang cukup.**
- e) Susuilah bayi dengan santai dan penuh kasih sayang.**
- f) Jagalah kebersihan, gunakan pakaian yang longgar dan tidak kaku, serta gunakan BH khusus untuk menyusui (Djitowiyono, dkk, 2010).**

2.3.11 Langkah-langkah Menyusui yang Benar

Beberapa Langkah yang benar dalam menyusui bayi (Suradi dan Hesti, 2011), antara lain :

- a) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkn sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan areola payudara. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfeksi dan menjaga kelembaban puting susu.**

- b) Bayi diposisikan menghadap perut atau payudara ibu.**
- 1) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.**
 - 2) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.**
 - 3) Satu dengan bayi diletakkan dibelakang badan ibu dan yang satu di depan.**
 - 4) Perut bayi menempel badan bayi, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).**
 - 5) Teliga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.**
 - 6) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.**
- c) Ibu duduk atau berbaring dengan santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (agar kaki tidak menggantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.**
- d) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang dibawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.**
- e) Bayi diberi ransangan untuk membuka mulut (*rooting reflek*) dengan cara:**
- a) Menyentuh pipi dengan puting susu**
 - b) Menyentuh sisi mulut bayi.**

f) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.

a) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.

b) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.

g) Melepas isapan bayi

a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,

b) Daggu bayi ditekan kebawah

h) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

i) Menyendawakan bayi

a) Gendong bayi dengan kepalanya disandarkan di bahu ibu. Tepuk atau gosok perlahan punggung bayi sampai ia bersendawa.

- b) Posisikan bayi duduk di atas pangkuan dan pastikan kepala dan punggung bayi ditopang dengan tangan. Tepuk atau gosok secara perlahan punggung bayi sampai ia bersendawa.**
- c) Baringkan bayi dengan posisi kepala bersandar miring di atas pangkuan atau matras. Miringkan kepala bayi dan topang dengan tangan. Tepuk atau gosok perlahan punggung bayi sampai ia bersendawa.**

2.3.12 Faktor yang Mempengaruhi Ibu Untuk Menyusui

Menurut Purwanti (2012), faktor yang mempengaruhi ibu untuk menyusui sebagai berikut, antara lain:

a) Faktor psikis

Status psikis mendasari ibu dan pendukungnya untuk keberhasilan menyusui, termasuk percaya diri ibu dan komitmennya untuk menyusui. Bayi yang merasa keyang adalah kepuasan bagi ibu menyusui. Dukungan orang-orang terdekat juga termasuk ke dalam faktor psikis. Dukungan bisa dilakukan dengan banyak cara, diantaranya member informasi atau pengetahuan tentang keuntungan menyusui dan cara menyusui, memberi pengertian, membesarkan hati, menyangi dan memberikan pertolongan fisik agar ibu dapat menyusui bayinya. Pemberi dukungan dapat berasal dari mana saja, mulai dari keluarga, suami, teman, teman dekat, tenaga kesehatan, sampai lingkungan hidup.

b) Faktor tenaga kesehatan

Dukungan yang diberikan tenaga kesehatan dapat

membangkitkan rasa percaya diri ibu untuk membuat keputusan menyusui bayinya. Informasi tentang perawatan payudara selama masa kehamilan, lama menyusui, keuntungan menyusui dan insiasi menyusui dini merupakan dukungan tenaga kesehatan yang dapat membantu menyukseskan kelangsungan pemberian ASI eksklusif.

c) Faktor demografi

Faktor demografi terbagi menjadi dua yaitu faktor sosiodemografi dan faktor biomedik. Yang termasuk faktor sosiodemografi diantaranya: usia, Pendidikan, status perkawinan, suku, tingkat social dan penghasilan. Sementara yang termasuk faktor biomedik adalah jumlah kelahiran, kesehatan bayi dan kesehatan ibu (selama hamil, melahirkan dan setelah melahirkan).

2.4 Bayi Baru Lahir (BBL)

2.4.1 Defenisi Bayi Baru Lahir (BBL)

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

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 1961 menyatakan bahwa semua bayi baru lahir yang berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram di sebut Low Birth Weight Infant (Bayi Berat Badan Lahir Rendah/BBLR), karena morbiditas dan mortalitas neonatus tidak hanya tergantung pada berat badannya tetapi juga pada tingkat

kematangan (maturitas) bayi tersebut. Definisi WHO tersebut dapat disimpulkan secara ringkas bahwa berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari sama dengan 2500 gram (Pantiawati, 2010).

2.4.2 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

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

2.4.3 Faktor-Faktor Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR)

Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) dapat disebabkan oleh beberapa faktor (Pantiawati, 2010), antara lain :

1. Faktor ibu

- a. Penyakit, antara lain toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis akut, dan diabetes militus.**
- b. Usia ibu : usia <20 tahun dan usia > 35 tahun, serta multigravidarum yang jarak kelahirannya terlalu dekat.**
- c. Keadaan sosial : golongan ekonomi yang rendah, perkawinan yang tidak sah.**
- d. Sebab lain : ibu yang perokok, ibu peminum alkohol, dan ibu pecandu narkotika.**

2. Faktor janin : hidromnion, kehamilan ganda dan kelainan kromosom

3. Faktor lingkungan : tempat tinggal daratan tinggi, radiasi dan zat-zat Racun.

2.4.4 Klasifikasi BBLR

Menurut Pudiastuti (2011) ada beberapa klasifikasi dari BBLR yaitu:

1. Berdasarkan umur kehamilan :

- a. Bayi premature/kurang bulan (usia kehamilan <37 minggu) sebagian bayi**

kurang bulan belum siap hidup di luar kandungan dan mendapatkan kesulitan untuk mulai bernapa, menghisap melawan infeksi dan menjaga tubuhnya tetap hangat.

- b. Bayi cukup bulan (usia kehamilan 38-42 minggu).**

c. Bayi lebih bulan (usia kehamilan >42 minggu).

2. Berdasarkan Berat Badan

a. Bayi berat badan lahir amat sangat rendah/ekstrim rendah (bayi lahir lahir

berat badan < 1000gram)

b. Bayi berat badan lahir sangat rendah (bayi lahir berat badan <1500 gram)

c. Bayi berat lahir cukup rendah (bayi berat badan 1501-2500 gram)

3. Berdasarkan Berat Badan Dan Usia Kehamilan

a. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) small for gestasional age (SGA). Bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauterine dengan BB terletak dibawah presentil ke 10 dalam grafik pertumbuhan intrauterine.

b. Bayi sesuai masa kehamilan (SMK) appropriate for gestasional age (AGA). Bayi yang lahir sesuai dengan berat badan sesuai berat badan sesuai untuk masa kehamilan yang terletak diantara presentil 10-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterine.

c. Bayi besar masa kehamilan for gestasional age (LGA). Bayi yang lahir sesuai dengan berat badan lebih besar untuk masa kehamilan yaitu terletak diatas 90 dalam grafik pertumbuhan intrauterine (Pudiastuti, 2011).

2.4.5 Perubahan Fisiologi

a. Perubahan pada sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah

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

b. Perubahan sistem Kardiovaskuler

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

c. Perubahan termoregulasi dan metabolik

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

d. Perubahan Sistem Neurologis

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

e. Perubahan Gastrointestinal

Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan

yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100mL.

f. Perubahan Ginjal

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

g. Perubahan Hati

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

h. Perubahan Imun

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

2.4.6 Pelayanan Kesehatan Neonatus

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

- 1. Kunjungan neonates ke-1 (KN I) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau**

tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.

2. Kunjungan neonates ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
3. Kunjungan neonates ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

5. Riwayat Kehamilan ini

63

- Hari 1 haid terakhir : 09 – 2020
- Taksiran Persalinan : 06 – 2021
- Keluhan – keluhanan pada : Trimester I : Mual muntah
Trimester II : Tidak ada
Trimester III : Nyeri pada bagian pinggang
- Pergerakan anak pertama sekali : 24 Minggu
Pergerakan anak 24 jam : 20 kali
Bila lebih dari 20 x dalam 24 jam, dengan frekuensi : > 15 detik
- Keluhan – keluhan yang dirasakan (bila ada jelaskan)
- Rasa lelah : Tidak ada
- Mual dan muntah yang lama : Tidak ada
- Nyeri perut : Tidak ada
- Panas menggigil : Tidak ada
- Sakit kepala berat / terus menerus : Tidak ada
- Penglihatan kabur : Tidak ada
- Rasa nyeri / panas waktu BAK : Bila tidak konsumsi sayur dan makan yang pedas
- Rasa gatal pada Vulva vagina dan sekitarnya : Tidak ada
- Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
- Nyeri kemerahan, tegang pada tungkai : Tidak ada
- Oedema : Bila banyak berdiri
- Lain – lain (jelaskan) : Tidak ada
- Obat – obatan yang dikonsumsi : Tidak ada
- Kekhawatiran khusus : Tidak ada

Pola eliminasi :

- BAK : Frekuensi : 10 x - 12 x/sehari
- Warna : Kuning jernih
- Keluhan waktu BAK : Tidak ada
- BAB : Frekuensi : 1 x dalam 2 hari
- Warna : Kuning
- Konsistensi : Lembek

Aktivitas Sehari – hari :

- Pola Istirahat dan tidur : siang : ± 2 jam, malam : ± 7 jam
- Seksualitas : Jarang
- Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- Imunisasi TT 1 Tanggal : 05 – 04 – 2020
- TT 2 Tanggal : 11 – 05 – 2020

6. Riwayat penyakit sistematik 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
Hipertensi : Tidak ada
DM : Tidak ada
Gameli : Tidak ada
Lain – lain : Tidak ada

7. Riwayat sosial

Status perkawinan : Kawin

Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan :

- () Direncanakan () Tidak di
rencanakan
() Diterima () Tidak di terima
- Dukungan suami/keluarga terhadap kehamilan
() Ada dukungan () Tidak ada
dukungan
 - Pengambilan keputusan dalam keluarga
() Suami () ibu hamil () mertua/orang tua
 - Pola makan/minum
 - Makanan sehari – hari. Frekuensi : 3x , banyaknya : 1
Porsi
 - Jenis makanan yang dimakan : 1 Porsi nasi + Lauk
+ Sayur + 1 Gelas air putih
 - Perubahan makan yang dialami (ngidam, nafsu
makan,dll) : Tidak ada
 - Minum : Sering
 - Kebiasaan merokok : () Ya () Tidak
 - Minuman keras : () Ya () Tidak
mengonsumsi
 - Obat terlarang : () Ya () Tidak
 - Kegiatan sehari – hari (beban kerja) : Tidak ada
 - Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan membantu
persalinan : Klinik Bidan

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIVE)

1. Status ekonomi : Baik
2. Pemeriksaan fisik : BB 50 Kg , TB 150 , LILA 28 Cm
BB sebelum hamil : 41 Kg
3. Tanda vital
TD : 110 / 60 mmHg Nadi : 80 x/menit
RR : 22 x/menit Temp : 36.3 °C
4. Kepala : Kulit Kepala : () Bersih () Tidak Bersih

- Disrtibusi rambut : (✓) Rata () Tidak merata
5. Wajah : Oedema : () Ada (✓) Tidak ada
 Closma Gravidarium : () Ada (✓) Tidak ada
 Pucat : () Ya (✓) Tidak
6. Mata : Conjungtiva : Simetris
 Sklera mata : Putih
 Odem palpebral : () Ya (✓) Tidak
7. Hidung : Polip : () Ada (✓) 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 gusi : () Ada (✓) Tidak
 ada
 - Tonsil : () Meradang (✓) Tidak
 Meradang
 - Pharynx : () Meradang (✓) Tidak
 Meradang
9. Telinga : - serument : (✓) Tidak Ada () Ada
 - Pengeluaran : (✓) Tidak Ada () Ada, jelaskan
- Leher : - Luka bekas operasi : (✓) Tidak Ada () Ada, jelaskan
- Kelenjar thyroid : () Membesar (✓) Tidak
 Membesar
 - Pembuluh limfe : () Membesar (✓) Tidak
 Membesar
10. Dada
 Mammae : Simetris : (✓) Ya () Tidak
 Areola mammae : Hyperpikmentasi
 Putting susu : (✓) Menonjol () mendatar, () masuk
 ke dalam
 Benjolan : () Ada (✓) Tidak ada
 Pengeluaran dari putting susu : Ada , sebutkan : (✓) Tidak
 ada
11. Aksila : pembesaran kelenjar getah bening : () Ada (✓) Tidak
 ada
12. Abdomen
 - Pembesaran : () Tidak Simetris
 (✓) memanjang melebar
 - Linea : (✓) nigra
 - Striae : () livde () alba

- Bekas luka operasi : () Ada (✓) Tidak ada
- Pemeriksaan khusus kebidanan
- Leopold I : TFU 30 Cm, di fundus terada bulat, lunak dan tidak melenting
 - Leopold II : pada bagian kanan ibu terbesar bagian yang kosong dan bagian terkecil dari janin, yaitu bagian ekstremitas janin. Sedangkan bagian kiri ibu teraba bagian memanjang, keras dan memapan yaitu bagian punggung janin.
 - Leopold III : Terdapat bagian yang keras, bulat dan melenting yaitu bagian kepala janin
 - Leopold IV : Belum masi PAP
 - TBJ : $30 - 12 = 18 \times 155 = 2790$ gr
 - Kontaksi : () Ada (✓) Tidak ada
 - Bagian janin yang terdapat di fundus uteri : Bokong
 - Bagian tegang / memapan : (✓) Kiri () Kanan
 - Bagian Kecil : () Kiri (✓) Kanan
 - Presentasi : Kepala
 - Penurunan bagian terbawah : (✓) Convergen () Divergen
 - Auskultasi : DJJ (✓) Ada () Tidak ada
Frekuensi : 136 x /menit

Pemeriksaan panggul luar :

- Distansia spinarum : Tidak dilakukan
- Distansia kristarum : Tidak dilakukan
- Conjugata eksterna : Tidak dilakukan
- Lingkar panggul luar : Tidak dilakukan

13. Genitalia

Vulva : - pengeluaran : (✓) Tidak Ada () Ada, jelaskan

- Varices : (✓) Tidak Ada () Ada
- Kemerahanilesi : (✓) Tidak Ada () Ada

Perineum : - bekas luka/luka parut : (✓) Tidak Ada ()

Ada

Jelaskan

Lain – lain, jelaskan

14. Pinggang (periksa ketuk) : Costo-Vertebra-Angel-Tendeemes = CVAT, Nyeri : (✓) Tidak Ada () Ada

15. Ekstremitas

Oedem pada tangan /jari : Jari

Oedem ekstremitas bawah : Simetris, Tidak oedema, bersih.

Varices : Tidak ada

Refleks patella : (+)

II. INTERPRETASI DATA (DIAGNOSA, KEBUTUHAN SEGERA)

Diagnosa : Ny. N G1P0A0

**punggung kiri, presentase kepala, belum memiliki PAP,
keadaan ibu dan janin baik.**

Data Dasar :

DS : - Ibu mengatakan perutnya semakin besar

- Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya

- Ibu mengatakan HPHT tanggal 29-09-2020

- Ibu mengatakan merasa pergerakan janin disatu sisi

- Ibu mengatakan gerakan janin aktif setiap hari

DO : - Keadaan Umum : Baik

- Kesadaran : Compos Mentis

- Emosional : Labil

- TTV : TD : 110/70 mmHg

Temp : 36,3⁰C

Pols : 80 x/menit

RR : 22 x/menit

- BB : 56 Kg

- TB : 150 Cm

- LILA : 28 Cm

- Palpasi :

a. Leopold I : TFU 30 cm : difundus ibu teraba bulat lembek dan tidak melenting

b. Leopold II : punggung kiri

c. Leopold III : Persentasi kepala

d. Leopold IV : Belum masuk PAP

- Masalah : Tidak Ada

- Kebutuhan : - Informasi tentang perubahan fisiologi Trimester III

- Informasi kebutuhan pada Trimester III

- Informasi tanda bahaya pada Trimester III

- Pendidikan kesehatan tentang senang hamil

- Anjurkan ibu untuk senam hamil

- Anjurkan ibu pada saat tidur, posisi kaki sedikit lebih tinggi

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaanya dan keadaanya.
2. Beritahu ibu tanda – tanda bahaya pada kehamilan Trimester III
3. Beritahu ibu tentang kebutuhan Trimester III
4. Anjurkan ibu untuk senam hamil
5. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang dan jika ada keluhan

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaanya dan keadaanya
 - Keadaan ibu : Baik
 - Kesadaran : Composmentis
 - TTV
 - TD : 110/70 mmHg
 - HR : 80x
 - RR : 22x
 - Temp : 36,3 °C
 - DJJ : 136x / menit
 - Pergerakan bayi baik
 - Palpasi :
 - e. Leopold I : TFU 30 cm : difundus ibu teraba bulat lembek dan tidak melenting
 - f. Leopold II : punggung kiri
 - g. Leopold III : Persentasi kepala
 - h. Leopold IV : Belum masuk PAP
2. Memberitahu ibu tentang perubahan anatomis dan fisiologis pada Trimester III :
 - Perut ibu akan semakin bertambah besar sesuai dengan bertambahnya usia kehamilanya.
 - Adanya pengeluaran ASI dan payudara yang disebut colostrum
 - Peningkatan pengeluaran cairan dari vagina yang biasanya berwarna jernih.
 - Ibu merasa lebih sesak daripada sebelum hamil tua, akibat rahim yang membesar yang menekan diafragma.
 - Ibu sering BAK dan susah untuk BAB
 - Adanya pembengkakan pada kaki dan kram pada tungkai kaki
3. Memberitahu ibu tanda bahaya pada Trimester III :
 - Adanya pendarahan disertai nyeri pada perut.
 - Adanya pendarahan tanpa disertai nyeri, dara berwarna merah segar.
 - Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - Pergerakan bayi berkurang/bayi tidak bergerak.
 - Pandangan kabur.
 - Sakit kepala hebat.
4. Memberitahu ibu tentang kebutuhan pada Trimester III :
 - Pola nutrisi

Pada ibu kehamilan Trimester III, nafsu makan – makanan bertambah baik, ibu makan teratur 3 kali sehari, tetapi mengurangi mengkonsumsi

karbohidrat (Nasi), makanan yang lemak tinggi (Mie goreng, Mie instant). Ibu memperbanyak mengkonsumsi makanan yang berserat (sayur kakngkung, sayur bayam) dan buah – buahan (papaya, jeruk dll). Untuk pola cairan ibu sebaiknya mengurangi pola minum pada malam hari terutama saat akan tidur setidaknya 2 jam sebelum tidur agar istirahat malam ibu tidak terganggu dan pada siang hari saja diperbanyak minum.

- **Personal Hygiene**

- Ibu hamil pada Trimester III, lebih sering BAK, ibu mengganti pakaian dalam apabila basah dan lembab
- Ibu hamil Trimester III, lebih sering berkeringat, ibu dianjurkan untuk menggunakan pakaian yang menyerap keringat.

- **Mobilisasi**

Pada saat ibu ingin berbaring, kaki diluruskan terlebih dahulu lalu miring dan menggunakan tangan untuk menyangga lalu berbaring secara perlahan. Begitu saja saat ibu ingin duduk dari posisi berbaring, ibu terlebih dahulu tidur miring salah satu tangan menopang badan saat ingin duduk.

- **Senam Hamil**

Ibu diajarkan untuk melakukan senam hamil, guna untuk memperlancar peredaran darah, memberi rasa nyaman , merileksasikan otot – otot dan bisa mempermudah pada proses persalinan.

VII. EVALUASI

1. Ibu mengatakan telah mengetahui keadaanya dan hasil pemeriksaanya dalam batas normal.
2. Ibu sudah mengerti dengan penjeelasan yang diberikan tentang perubahan anatomis dan fisiologis pada Trimester III.
3. Ibu telah mengerti tanda bahaya pada kehamilan tua (Trimester III)
4. Ibu telah mengetahui tentang kebutuhan pada Trimester III.
5. Ibu bersedia untuk melakukan senam hamil.
6. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU BERSALIN DENGAN PERSALINAN NORMAL
DI KLINIK BIDAN ASIAH

Tanggal Pengkajian : 05 – 06 – 2021

Jam : 09 : 00 WIB

Tempat Pengkajian : Klinik Bidan Asiah

Nama Mahasiswa : Latifah Hannum Nst

NIM : 20100021

I. PENGKAJIAN

A. Biodata Pasien

Nama	: Ny. N	Nama	: Tn. R
Umur	: 20 Tahun	Umur	: 25 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan **Jenis Kelamin : Laki - laki**
Agama : Islam **Agama : Islam**
Suku / Bangsa : Batak **Suku / Bangsa : Batak**
Status Perkawinan : Kawin **Status Perkawinan : Kawin**
Pendidikan : SD **Pendidikan : SMP**
Alamat : Panyabungan **Alamat : Pyb**

B. ANAMNESIS (DATA SUBJEKTIVE)

Pada Tanggal : 05 – 06 – 2021 Pukul 10 : 00 WIB

1. Alasan utama pada waktu masuk : nyeri pada pinggang dan mejalar ke

perut depan bagian bawah, perutnya mules – mules, keluar lendir bercampur darah dan keluar seperti cairan ketuban.

2. Tanda – tanda persalinan :

a. Kontraksi sejak

Tanggal 04 – 06 – 2021 Pukul 08 : 30 WIB

b. Frekuensi 1 x setiap 10 menit, lamanya 2 detik

c. Kekuatan < 20 detik Lokasi nyeri : Perut dan Pinggang

3. Riwayat menstruasi

a. Menarche : 12 Tahun

b. Siklus : 28 Hari

c. Lama : 6 – 7 Hari

d. Banyaknya : 3 x Ganti doek

e. Teratur / tidak teratur : Teratur

f. Sifat darah : Encer

g. Dismenore : Tidak ada

4. Riwayat perkawinan :

a. Status perkawinan : Kawin Kawin : 1 Kali

b. Kawin/menikah : Menikah

c.

5. No	Tgl Rahir / Umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Komplikasi		Peno Long	PBL		Nifas		
				Ibu	Bayi		BB lahir	PB	Keadaan	Lactasi	Kelainan
1	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-

Hamil Ini :

a. HPHT : 29 – 09 – 2020

b. HPL : 05 – 06 – 2021

c. Keluhan – keluhan pada :

1) Trimester I : Mual dan Muntah

- 2) Trimester II : Tidak ada
- 3) Trimester III : Tidak ada
- d. ANC : 9 kali teratur / ~~tidak teratur~~
- e. Penyuluhan yang pernah didapat : Imunisasi dan perawatan kehamilan
- f. Imunisasi TT 1 : 2 x pada trimester III
- 6. Riwayat Keluarga Berencana :
 - a. Metode yang pernah dipakai : Suntik , Lama 1 Tahun penggunaan
 - b. Keluhan selama pemakaian kontrasepsi : Kedinginan
 - c. Kapan terakhir memakai kontrasepsi : -
- 7. Riwayat terakhir
 - a. Penyakit sekarang : Tidak ada
 - b. Riwayat penyakit sistematik
 - 1) Jantung : Tidak ada
 - 2) Ginjal : Tidak ada
 - 3) Asma : Tidak ada
 - 4) TBC : Tidak ada
 - 5) Hepatitis : Tidak ada
 - 6) DM : Tidak ada
 - 7) Hipertensi : Tidak ada
 - 8) Epilepsi : Tidak ada
 - 9) Lain – lain : Tidak ada
 - c. Riwayat penyakit keluarga : Tidak ada
 - d. Riwayat penyakit kembar : Tidak ada
 - e. Riwayat operasi : Tidak ada
- 8. Pola kebiasaan sehari – hari
 - a. Nutrisi
 - 1) Makan dan minum terakhir pukul : 08 : 00 WIB
 - 2) Jenis makanan dan minuman : Nasi dan Lauk
 - b. Personal Higiene : Bersih
 - c. Eliminasi
 - 1) BAB terakhir pukul : 09 : 00 WIB
 - 2) BAK terakhir pukul : 11 : 00 WIB
 - d. Aktifitas : Ibu Rumah Tangga
 - e. Istirahat / tidur
 - 1) Tidur Siang : 2 Jam
 - 2) Tidur Malam : 7 Jam
 - f. Psikososial budaya
 - 1) Perasaan menghadapi persalinan ini : Cemas
 - 2) Kehamilan ini direncanakan / tidak : Direncanakan
 - 3) Jenis kelamin yang diharapkan : Laki - laki
 - 4) Dukungan keluarga terhadap kehamilan ini : Baik
 - 5) Keluarga lain yang tinggal serumah : Tidak ada
 - 6) Pantang makanan : Tidak ada
 - 7) Kebiasaan adat istiadat dalam kehamilan : Tidak ada

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBYEKTIF)

1. Status Generalis

- a. Keadaan umum : Stabil
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV
 - 1) TD : 110 / 70 mmHg
 - 2) Temp : 36,5 °C
 - 3) Pols : 80 x / menit
 - 4) RR : 24 x / menit
- d. TB : 150
- e. BB sebelum hamil : 55 Kg
- f. BB sekarang : 68 Kg
- g. LILA : 28 Cm

2. Pemeriksaan sistematis

- a. Kepala
 - 1) Rambut : Hitam Panjang
 - 2) Muka : Simestris, *cloasma* tidak ada, *oedema* tidak ada, pucat tidak ada
 - 3) Mata
 - a) Oedema : Tidak ada
 - b) Conjunctiva : Merah Muda
 - c) Sclera : Putih
 - 4) Hidung : Simestris, Polip tidak ada
 - 5) Telinga : Simestris, Bersih.
 - 6) Mulut / gigi / gusu : Bersih, tidak ada caries.
- b. Leher
 - 1) Pembesaran Kelenjar Gondok : Tidak ada
 - 2) Pembesaran Kelenjar Limfe : Tidak ada
- c. Dada dan Axilla
 - 1) Dada : Simestris
 - 2) Mammae
 - a) Membesar : Ia
 - b) Benjolan : Tidak ada
 - c) Simestris : Ia
 - d) Areola : Hypergimentasi
 - e) Putting susu : Menonjol
 - f) Kolostrum : Belum Keluar
 - 3) Axilla
 - a) Benjolan : Tidak ada
 - b) Nyeri : Tidak ada
- d. Ekstremitas
 - 1) Atas : Simestris, Tidak oedema, bersih
 - 2) Bawah : simestris, reflex patella (+)
 - a) Varices : Tidak ada
 - b) Oedema : Tidak ada
 - c) Kuku : Bersih

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri (Lokalis)

- a. Abdomen
 - 1) Inspkasi :

- a) Pembesaran perut : sesua
 - b) Bentuk perut : memanjang
 - c) Linea Alba / Nigra : Line Alba
 - d) Striae Albican / Livide : Striae Albicans
 - e) Bekas luka : Tidak ada
 - f) Pergerakan janin : terlihat
- 2) **Palpasi**
- a) Pergerakan janin : (+)
 - b) Kontraksi : (+)
 - c) Leopold I : TFU : 32 cm, teraba bulat dan melebar di fundus.
 - d) Leopold II : pada sisi bagian kanan perut ibu teraba keras, memanjang, memapan, sedangkan pada sisi bagian kanan ibu teraba bagian kecil janin.
 - e) Leopold III : bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, (kepala).
 - f) Leopold IV : Sudah masuk PAP
 - g) TFU Mc Donald : 32 cm
 - h) TBJ : $33 - 11 \times 155 = 3410$
- 3) **Auskultasi**
- DJJ : Punctum maximum : 140x/i
 - Teratur / tidak : Teratur
- b. **Pemeriksaan panggul**
- 1) Kesan panggul : Tidak dilakukan
 - 2) Distantia Spinarum : Tidak dilakukan
 - 3) Distantia Kristarum : Tidak dilakukan
 - 4) Conjugate ekstema (Boudeloque) : Tidak dilakukan
 - 5) Lingkar panggul : Tidak dilakukan
- c. **Anogenital**
- 1) **Vulva Vagina**
 - a) Varices : Tidak ada
 - b) Luka : Tidak ada
 - c) Kemerahan : Tidak ada
 - d) Nyeri : Tidak ada
 - e) Pengeluaran pervaginam : Tidak ada
 - 2) **Perineum**
 - a) Bekas luka : Tidak ada
 - b) Lain – lain : Tidak ada
 - 3) **Anus**
 - a) Haemorhoid : Tidak ada
 - b) Lain – lain : Tidak ada
 - 4) **Vaginal Toucher**
 - a) Porsio : Menipis
 - b) Pembukaan : 5 cm

- c) Ketuban : Sudah pecah
- d) Posisi : Puki
- e) Penurunan : H - III

4. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium : Tidak ada
- b. Pemeriksaan penunjang lain : Tidak ada

II. INTERPRETASI DATA (DARI KALA I – KALA IV)

A. DIAGNOSA KEBIDANAN

NY. N G1P0A0 Umur 20 th, hamil 36 mgg , janin tunggal hidup, intrauterine, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif.

Data Dasar :

DS :

- Ibu mengatakan ini persalinan yang ketiga dan belum pernah keguguran
- Ibu mengatakan HPHT 29 – 09 – 2020
- Ibu menyakatan nyeri pada pinggang dan menjalar ke perut depan bagian bawah
- Ibu mengatakan perutnya mules – mules
- Ibu mengatakan ada keluar lendir bercampur darah dan keluar seperti cairan ketuban

DO :

- Keadaan umum : Baik
- TTV
 1. TD : 110 / 70 mmHg
 2. Temp : 36,5 °C
 3. Pols : 80 x / menit
 4. RR : 24 x / menit
- HIS : 3 -4 x/10 menit 30 – 40 detik
- Hasil Palpasi :
 1. Pergerakan janin : (+)
 2. Kontraksi : (+)
 3. Leopold I : TFU : 32 cm, teraba bulat dan melebar di fundus melenting
 4. Leopold II : pada sisi bagian kanan perut ibu teraba keras, memanjang, memapan, sedangkan pada sisi bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin.
 5. Leopold III : bagian terbawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala).
 6. Leopold IV : Sudah masuk PAP
 7. TFU Mc Donald : 32 cm
 8. TBJ : 33 – 11 x 155 = 3410
- DJJ : Punctum maximum : 135x/i

- **Vaginal Toucher**
 1. **Porsio** : Menipis
 2. **Pembukaan** : 5 cm
 3. **Ketuban** : Sudah pecah
 4. **Presentasi** : Latar belakang kepala
 5. **Posisi** : Puki
 6. **Penurunan** : H – III

B. MASALAH

Ketidakyamanan pada pinggag hingga perut

C. KEBUTUHAN

- **Informasi keadaan ibu**
- **Asuhan sayang ibu**
- **Persiapan alat dan bahan**

III. DIANGNOSA POTENSIAL

NY. N G1P0A0 Umur Ibu 20 th, hamil mgg, janin tunggal, hidup, intrauterine , letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, inpartu kala 1 fase aktif.

IV. TINDAKAN SEGERA

- **Beri informasi tentang tanda – tanda persalinan**
- **Beri tahu ibu persiapan persalihan**

V. RENCANA TINDAKAN

- **Beritahu ibu dan keluarga bahwa ibu akan memasuki proses persalihan.**
- **Pimpin ibu mengedan dengan benar saat ada kontraksi dengan benar**
- **Pasang pengalas di bawah bokong ibu.**
- **Beritahu kata – kata yang mendukung ibu.**
- **lakukan pertolongan persalihan normal sesuai APN**

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 05-06-2021 jam : 09.00 WIB

1. Menjelaskan kondisi ibu dan janinnya baik (Jam: 10:00 WIB)

Vital sign:

- **TD** : 110 / 70 mmHg
- **RR** : 20x/i
- **Pols** : 80 x / i
- **Temp** : 37 °C
- **DJJ** : 140 x 1 i

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 wadah penampung urine, usahakan tidak melakukan kateterisasi. (Jam :

12.00 WIB)

3. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai

keinginan ibu. Selama persalinan 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 di anjurkan untuk miring kesebelah kiri. (Jam : 12 : 05 WIB)

4. Perhatikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.
Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makan dan minum) selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan anggota keluarga untuk memberikan asupan minuman dan makanan selama proses persalinan. (Jam: 12.15 WIB)
5. Memberikan ibu dukungan emosional
Anjurkan suami dan keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan membantu kenyamanan ibu. (Jam: 12.20 WIB)
6. Pencegahan infeksi
Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir. (Jam : 12.25 WIB)

VII. EVALUASI

Tanggal : 05 – 06 – 2021 Jam : 12.35 WIB

1. Ibu telah mengerti dengan keadaannya
2. Ibu sudah melakukan vulva hygiene dan mengosongkan kandung kemih
3. Ibu telah mengerti dan melakukan posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran
4. Ibu dan keluarga telah mencukupi kebutuhan nutrisi
5. Suami atau keluarga sudah mengerti untuk mendukung ibu selama persalinan
6. Pencegahan infeksi sudah dilakukan

II. PENGKAJIAN KALA II

Tanggal :05 -06-2021

Pukul : 12.45 Wib

Diagnosa

: Ibu inpartu kala II

Masalah

: Nyeri yang semakin kuat di area perut dan kemaluan

Identifikasi masalah potensial

: Partus lama

Identifikasi masalah segera

: Lahirkan bayi

Kebutuhan

: - Berikan asuhan saying ibu
- Pimpin ibu meneran
- Berikan asupan cairan agar ibu tetap kuat dan tidak dehidrasi selama persalinan
- Pertolongan asuhan persalinan normal

A. ANAMNESE (SUBJEKTIF)

- Keinginan meneran

: Ada

- Perasaan adanya tekanan pada anus / vagina : Ada
- Rasa Nyeri : Ada

B. PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan fisik : Baik
2. Keadaan emosional : Stabil
3. Tanda vital :
 - TD : 110 / 70 mmHg
 - RR : 20x/ i
 - Pols : 80x/ i
 - Suhu : 36,5⁰C
4. Pemeriksaan kebidanan :
 - a) Abdomen
 - His : Frekuensi 4x/10 mnt
 - DJJ : Frekuensi 146x/ i Regular / Irregular
 - b) Genital
 - Perineum : (✓) Menonjol penekanan Bagian terbawah janin yang turun (✓) tidak menonjol
 - Vulva / anus : terbuka (✓) tidak terbuka ()
 - Bagian janin Terlihat : (✓) Terlihat maju mundur ()
menetap, diameter 5 – 6 cm

II. INTERPRESTASI DATA Diagnosa : Ibu partus kala II

D/D : Pembukaan serviks 10 cm (lengkap), terlihat kepala maju mundur di introitus vagina, His 4 x/10 menit selama 40 detik, DJJ : 140 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 pengeluarankeringat
3. Pengeluaran hasil konsepsi
D/D : Pembukaan serviks 10 cm terlihat kepala maju mundur, ibumerasa kesakitan bila his datang dan ibu mengatakan ingin BAB

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Diagnosa masalah : Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 05 – 06 – 2021 Jam : 12.45 WIB

- 1. Persiapan pertolongan persalinan**
- 2. Bed dukungan emosional pada ibu**
- 3. Jelaskan kepada ibu tentang jenis jenis posisi bersalin dan member kebebasan ibu untuk memilih posisi yang diinginkan**
- 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 : 05 – 06 – 2021 Jam : 12.55 WIB

- 1. Mempersiapkan pertolongan persalinan dengan mempersiapkan diri (sarung tangan, pelindung pribadi, celemek, penutup kepala, masker dan alas kaki). (Jam : 13.55 WIB)**
- 2. Menganjurkan suami untuk mendampingi ibu selama ibu bersalin membantu isteri dan persalinan. (Jam: 14.05 WIB)**
- 3. Menjelaskan jenis posisi dalam persalinan memberi kebebasan pada ibu untuk memilih posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu (setengah duduk) dalam membimbing ibu mengedan. (Jam : 14.08 WIB)**
- 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 : 14.11 WIB)**
- 5. Memberi minum pada ibu untuk menghindari dehidrasi Menjaga kebersihan perineum agar terhindar dari infeksi, jika ada lendir dan darah, cairan ketuban, BAK/BAB segera bersihkan. (Jam : 14.15 WIB)**
- 6. Menjaga privasi ibu. (Jam : 14.16)**
- 7. Memimpin ibu untuk meneran (Jam : 14.18 WIB)**
 - Kepala tampak 5- 6 cm didepan vulva**
 - Memberi alas/underpet dibawah bokong ibu dan 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 lahiriah secara berturut-turut UUK dan UUB/dahi, mata, hidung, dagu dan lahiriah keseluruhan kepala bayi**
 - Ambil kasa bersihkan jalan napas 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 bawah untuk melahirkan bahu belakang,**

pimpin kepala ke atas sampai 1/3 bagian, tangan selipkan satu tangan lainnya kepinggung 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 tali pusat dengan klem 1 lalu lakukan pengurutan kemudian klem kedua 2 cm dari klem 1 dan kemudian potong tali pusat diantara klem I dan II dan ikat tali pusat dengan 2 benang sampai 2 kali diatas 2 dibawah
- Ganti bedung bayi dan berikan bayi pada ibu untuk disusui

VII. EVALUASI

Tanggal : 05 – 06 – 2021 Jam : 14.23 WIB

Setelah dilakukan pertolongan persalinan bayi lahir spontan pervaginam pukul 14.23 Wib dengan jenis kelamin laki-laki BB : 3200 gr, PB : 50 cm, apgar score 8 - 10 jumlah perdarahan + 100 cm, kontraksi uterus baik TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong, plasenta belum lahir.

III. PENGKAJIAN KALA III

Pukul : 14.23 Wib

A. ANAMNESE (SUBJEKTIF)

- Keinginan meneran : ada
- Mulas : ada
- Keluhan lain, jelaskan : Ibu merasa khawatir dan lemah

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Penampilan Fisik : Pucat

2. Keadaan emosional : Labil

3. Tanda vital :

TD : 110 / 70 mmHg

RR: 24x/i

Pols : 80x/i

Suhu :36 °C

4. Pemeriksaan kebidanan

a) Abdomen

- TFU : Setinggi pusat
- Konsistensi uterus : Keras
- Kandung kemih : kosong

b) Genital

- a. Tali pusat : menetap
- b. Pengeluaran darah dari vagina : 600 ml

5. Pemeriksaan plasenta

- Permukaan maternal : Kotiledon lengkap
- Permukaan fetal : Lengkap
- Keutuhan selaput khorion dan amnion : Utuh
- Diameter plasenta : 20 cm

6. Pangkajian tali pusat

- Inseri tali pusat : Tidak Ada

- Panjang tali pusat : 50 cm

II IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN 1VIASALAH POTENSIAL

Adanya data yang menunjukkan diagnosa masalah potensial yaitu perdarahan post partum.

IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN DAN TINDAKAN SEGERA

- Pemasangan cairan infus RL dan memasukkan 1 ampul petogin
- Melakukan Manual Plasenta.

V. PERENCANAAN

Tanggal : 05 – 06 – 2021

Jam : 14.30 WIB

1. Informasikan keadaan ibu dan pemasangan infuse dengan memasukkan cairan petogin 1/2 amp setelah 15 menit, 30 menit jika tidak ada kemajuan setelah lahir nya bayi.
2. Lakukan MAK III
3. Lakukan Penyuntikan oksitosin
4. Observasi keadaan ibu

V. PELAKSANAAN

Tanggal : 05-06-2021

Jam 14.35 wib

1. 14.38 wib Melakukan tindakan pemasangan infuse RL dengan memasukkan petogin (1/2 amp) setelah 15 menit lahirnya bayi, setelah 15 menit kemudian yaitu 14.47 wib di injeksikan lagi 1/2 amp pada bagian lateral paha sebelah kanan ibu karena tanda pelepasan plasenta belum juga terlihat.
2. 15.00 wib Melaksanakan pemantauan keadaan pasien, dan perdarahan masih terus berlanjut,namun tanda tanda pelepasan plasenta belum juga terlihat.
3. 15.10 wib Melakukan tindakan pemberian transamin 1 amp secara IV melalui infus, setelah penyuntikan petogin ke 2 plasenta berhasil di keluarkan.

VII. EVALUASI

Tanggal : 05-06-2013

Jam : 15.15 WIB

- ❖ MAK III sudah di lakukan
- ❖ Plasenta lahir lengkap
- ❖ TFU dua jari dibawah pusat
- ❖ Tidak ada laserasi jalan lahir

VIII. PENGKAJIAN KALA IV

Tanggal : 05-06-2021 Jam : 15.20 WIB.

A. ANAMNESE (SUBJEKTIF)

1. Perasaan : (✓) Gembira , sedih, merasa tertekan, jelaskan krna terjadi perdarahan
2. Keluhan fisik

- Mules : ada
- Lelah : ada, jelaskan ibu lelah setelah melahirkan
- Kedinginan : Tidak Ada
- Nyeri : ada, jelaskan karena adanya tidak ada
- Haus : ada
- Lapar : ada
- Lain-lain : tidak ada

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Penampilan fisik tidak

- Gelisa : Tidak Ada
- Keringat : Tidak Ada
- Gemetar : Tidak Ada

2. Keadaan emosional

- Nampak takut : ya
- Lain-lain : tidak ada

3. Tanda vital

- TD : 100/70 mmHg
- RR : 22 x/ i
- Pols : 80 x/ i
- Suhu : 37⁰C

4. Pemeriksaan kebidanan

a) Abdomen

- TFU: 2 jari dibawah pusat
- Konsistensi uterus : Keras

b) Genital

- Luka jalan lahir : tidak ada
- Pengeluaran darah pervaginam : 600 cc

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : ibu bersalin kala IV dengan Atonia uteri

Data dasar :

- plasenta lahir lengkap
- kontraksi uterus lemah
- TFU 2 jari dibawah pusat

Masalah : terjadi perdarahan

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Perdarahan Post Partum

IV. IDENTIFIKASI TINDAKAN SEGERA

Lakukan injeksi pitocin ke 2.

V. PERENCANAAN

Tanggal : 05-06-2013

Jam : 15.25 WIB

1. Informasi keadaan ibu dan biarkan bayi tetap diatas dada ibu
2. Memeriksa kontraksi uterus dan mengajarkan pada ibu memeriksa kontraksi uterus

3. Lakukan injeksi petogin ke 2
4. Periksa jumlah pendarahan, nadi, suhu tubuh ibu dan pernafasan bayi
5. Buang sampah terkontaminasi dan bereskan semua alat-alat
6. Lanjutkan pengisian partograf
7. Lakukan penanganan pada BBL setelah 1 jam lahir
8. Lakukan pengawasan ibu selama 2 jam pertama dan beri imunisasi HB 0 pada bayi.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 05-06-2013

Jam : 15.30 WIB

1. Menginformasikan antara ibu dan bayi pada keluarga bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik dan sehat dan tetap membiarkan bayi di atas dada ibu untuk terus mencari puting susu ibu. (Jam : 15.30 WIB)
2. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kontraksi uterus baik dan mengajarkan pada ibu melakukan masase uterus untuk memeriksa kontraksi uterus (Jam : 15.40 WIB)
3. Lakukan injeksi petogin ke 2
4. Memperkirakan jumlah pendarahan, mengukur suhu, nadi, dan pernafasan bayi.
 Pada pukul 15.35 wib Malaksanakan segera pemantauan kondisi si ibu dan melakukan pemeriksaan vital sign setiap 15 menit selama 2 jam postpartum, pkl 22.38 TD= 70, pkl 22.50 wib, TD= 80, pkl 22.05 TD= 120/80 mmHg, pkl 22.20 TD= 120/80 mmHg, Pkl 22.35 TD 120/80 sehingga vital sign ibu normal kembali pada pukul 15.50 wib. Vital sign :
 - TD : 110 / 70 mmHg
 - RR : 20x/i
 - Pols : 78 x / I
 - Temp : 36,5 °C
 Pada Pukul 16.15 vital sign ibu menetap, dan pada seterusnya kembali pada kondisinya semula normal nya, TD ibu 110/70 mmHg.
5. Membuang semua sampah terkontaminasi dalam tempat sampah basah kemudian bereskan semua alat-alat dan merendamnya dalam Waskom yang berisilarutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
6. Melanjutkan pengisian partograf
7. Melakukan penanganan pada bayi baru lahir setelah 1 jam yaitu menimbang bayi , mengukur panjang badan, memberikan tetes mata dan injeksi vit K
8. Melakukan pengawasan ibu selama 2 jam pertama dan memberikan imunisasi HB 0 pada bayi

VII. EVALUASI

Tanggal : 05 – 06 – 2021

Jam : 16.00 WIB

Keadaan umum baik, tanda-tanda Vital normal, kontraksi uterus baik, ibu telah BAK, TFU 2 jari dibawah pusat, bayi telah menyusui pada ibunya, BB 3500 gr, PB 51 cm, tetes mata dan injeksi vit K telah diberikan, partograf telah diisi dan imunisasi HB 0 telah diberikan.

ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU NIFAS DENGAN NIFAS NORMAL
DI UPTD KLINIK BIDAN ASIAH

Tanggal Pengkajian : 06 – 06 – 2021
Jam : 12 : 30 WIB
Tempat Pengkajian : Klinik Bidan Asiah
Nama Mahasiswa : Latifah Hannum Nst
NIM : 20100021

1. PENGKAJIAN DATA
DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. N
Umur : 20 Tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Batak
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Panyabungan 1

b. Identitas Penanggung Jawab/Suami

Nama : Tn. R
Umur : 25 Tahun
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Batak
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Wirasuasta
Alamat : Panyabungan 1

2. Alasan masuk : Bersalin
3. Keluhan Utama : Tidak Ada

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Dahulu : Tidak Ada
b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Tidak Ada
B. Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak Ada

5. Riwayat Perkawinan

Nikah 1 kali, umur 19 tahun, dengan suami umur 25 tahun, lama pernikahan 1 tahun.

6. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 Tahun
Siklus : 28 Hari
Lama : 5 – 6 Hari
Banyaknya darah : 2 x ganti doek
Bau : Tidak ada
Warna : Kecoklatan

Konsistensi : Encer
Dismenorrhoe : Tidak Ada
Flour Albus : Tidak Ada

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu (Dapat menggunakan narasi atau matrik)
Kehamilan, Persalinan, dan Nifas Ny. N P0A0 yang lalu anak dan ibu sehat.

c. Riwayat Persalinan Sekarang

1. Tempat melahirkan : Puskesmas
2. Ditolong oleh : Bidan
3. Jenis persalinan : Spontan
4. Lama Persalinan : 30 Menit

Catatan waktu :

Kala I : 2 Jam
Kala II : 30 Menit
Kala III : 15 Menit
Ketuban Pecah : Jam 12 : 00 WIB Spontan

5. Komplikasi/ kelainan dalam persalinan

Lama persalinan : 30 Menit

6. Plasenta : 15 Menit Spontan
Lengkap, ukuran : 20 cm
Berat 3500 gram

Kelainan plasenta : Tidak Ada

Panjang tali pusat : 51 cm

Kelainan tali pusat : Tidak ada

7. Perineum : Robek

Robekan : tingkat 1

Episiotomi : Tidak Ada

Anestesi : Tidak Ada

Jahitan dengan : Tidak ada

8. Perdarahan : Kala I : 0 ml

Kala II : 50 ml

Kala III : 100 ml

Kala IV : 50 ml

Selama operasi : 0 ml

9. Tindakan lain : Tidak Ada

10. Bayi

a) Lahir : Jam 13 : 30 WIB

b) BB : 3200 gram

c) PB : 52 cm

d) Nilai APGAR : 9/10

e) Cacat bawaan : Tidak ada

f) Masa Gestasi : 38 mgg

g) Komplikasi : Kala I : Tidak ada

Kala II : Tidak ada

h) Air Ketuban banyaknya 500 cc warna Jernih

11. Pola Kebutuhan sehari-hari

- a. Pola Nutrisi : Baik
- b. Pola Eliminasi : Baik
- c. Pola Aktifitas Pekerjaan : Baik
- d. Pola Istirahat : Cukup
- e. Personal Hygiene : Baik
- f. Pola Seksual : Baik

12. Psikososial Spiritual

- a. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilannya: Baik
- b. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
- c. Ketaatan beribadah : Baik
- d. Lingkungan yang berpengaruh : Baik

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda vital : TD : 110/70
Nadi : 80x/menit
Respirasi : 24x/menit
Suhu : 36,5⁰ C
- d. BB : Sebelum 51 Sekarang 53

2. Pemeriksaan Fisik/Status Present

- a. Kepala : rambut : Hitam
kulit kepala : Bersih
Rontok : Tidak Ada
- b. Muka : tidak oedema
- c. Mata : Konjungtiva : Tidak
Sclera : Tidak
- d. Hidung : Simetris, bersih, Tidak ada
pembesaran
- e. Telinga : Penumpukan
- f. Mulut : Tidak Stomatitis
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar
tiroid
- h. Dada : Simetris
- i. Ketiak : Tidak ada pembesaran getah bening
- j. Abdomen : Tidak Bekas luka operasi
Kandung kemih: Kosong
Uterus : TFU 2 Jari di
bawah pusat
- k. Genetalia : Konsistensi uterus : Kontraksi Baik
: Perineum utuh, pengeluaran lochea
rubra (merah segar)
: warna Bau Konsisttensi

- l. Ekstremitas : Oedema : Tidak Ada**
Varises : Tidak Ada
Reflek patella : Positif
Tungkai : simetris
Akral : dingin/tdk
Turgor : Baik
- m. Anus : Baik**
- 3. Pemeriksaan Penunjang**

II. INTERPRETASI DATA

Ny.N Pospartum 16 Jam di Klinik Bidan Murni

DS :

- **Ibu mengatakan melahirkan seorang bayi laki-laki 16 jam yang lalu**
- **Ibu senang atas kelahiran bayinya**
- **Ibu mengatakan ASI sudah ada keluar sedikit tetapi masih merasa nyeri pada perut**

DO :

- **Keadaan umum : Baik**
- **Kesadaran : Composmentis**
- **TTV**
 1. **TD : 110 / 70 mmHg**
 2. **Temp : 36,5 °C**
 3. **Pols : 80 x / menit**
 4. **RR : 24 x / menit**
- **TFU : 2 Jari di bawah pusat**
- **ASI : sudah keluar**
- **Kontraksi : baik**
- **Lochea : Rubra (merah segar)**

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak Ada

IV. ANTISIPASI MASALAH

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

1. **Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan ibu.**
2. **Deteksi komplikasi pada pospartum.**
3. **Anjurkan ibu selalu memberi bayi ASI.**
4. **Anjurkan ibu untuk mobilisasi.**
5. **Ajurkan ibu banyak mengkonsumsi sayur – sayuran, ikan dan buah.**
6. **Anjurkan ibu melakukan kontak kulit dengan bayi.**
7. **Anjurkan ibu menjaga kebersihan diri.**

VI. PELAKSANAAN

- 1. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal**
Keadaan Umum : Baik
TTV : - TD : 110/70
Nadi : 80x/menit
Respirasi : 24x/menit
Suhu : 36,5 ° C
Tinggi Fundus : 2 Jari di Bawah Pusat
ASI sudah keluar
Kontraksi Baik
- 2. Mendeteksi komplikasi pada pospartum, seperti pendarahan pada masa nifas akibat atonia uteri ataupun bila ditemukan lochea ibu**
berbau serta uterus tidak berinfolusi dengan baik.
- 3. Menganjurkan ibu untuk selalu memberi bayi ASI tanpa di jadwa saat bayi ingin menyusui. bila ibu merasa sakit dan nyeri di payudara, lakukan perawatan payudara.**
- 4. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dengan miring kiri dan kanan**
- 5. Menganjurkan ibu banyak mengkonsumsi sayur – sayuran, ikan dan buah.**
- 6. Menganjurkan ibu melakukan kontak kulit dengan bayi/inisiasi menyusui dini.**
- 7. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, khususnya daerah kemaluan/perineum.. apabila sudah lembah/basah, menganjurkan ibu untuk segera mengganti pakaian / pakaian dalam.**

VII. EVALUASI

- 1. ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaanya.**
- 2. Ibu sudah diperiksa tanda komplikasi yang mungkin dialami dan tidak ditemukan tanda komplikasi**
- 3. Ibu berjani akan selalu memberi bayinya ASI.**
- 4. Ibu sudah melakukan mobilisasi.**
- 5. Ibu sudah mengerti cara mengkonsumsi sayur – sayuran, ikan dan buah.**
- 6. Ibu sudah melakukan inisiasi menyusui dini.**
- 7. Ibu sudah mengerti menjaga kebersihan dirinya.**

**ASUHAN KEBIDANAN
PADA BAYI Ny. N DENGAN BAYI BARU LAHIR NORMAL
DI KLINIK BIDAN ASIAH**

Tanggal pengkajian : 05 – 06 – 2021

Jam : 14 : 23

Tempat pengkajian : Klinik Bidan Asiah

Nama Mahasiswa : Latifah Hannum Nst
NIM : 20100021

**I. PENGKAJIAN DATA
DATA SUBYEKTIF**

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama bayi : Bayi Ny. N
Tanggal lahir : 05 – 06 – 2021
Jenis kelamin : Laki - Laki

b. Identitas penanggung jawab/suami

Nama	: Ny. N	Nama	: Tn. R
Umur	: 20 Tahun	Umur	: 25 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan	Jenis Kelamin	: Laki - laki
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku / Bangsa	: Batak	Suku / Bangsa	: Batak
Status Perkawinan	: Kawin	Status Perkawinan	: Kawin
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMP
Alamat	: Panyabungan	Alamat	: Pyb

2. Keluhan utama pada bayi :

3. Riwayat Kehamilan :

Riwayat obtetrik (ibu) : G1P0A0 Keluhan yang dialami ibu:

TMT I : Mual Muntah

TMT II : Tidak Ada

TMT III : Nyeri Pinggang

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 : Tidak Ada

c. Obat-obat/jamu : Tidak Ada

d. Merokok : Tidak Ada

Lain-lain : Tidak Ada

e. Komplikasi

Ibu : Tidak Ada

Bayi : Tidak Ada

4. Riwayat Persalinan

a. Ketuban Pecah jam : 12 : 00 WIB

Warna : Jernih

Jumlah : 500 cc

Persalinan sebelumnya

Kala	Lama	Vital Sign	Kejadian	Tindakan	Ket
I	2 jam	110 / 70	Normal	Tidak Ada	-
II	30 menit	110 / 70	Normal	Tidak Ada	-

III	15 menit	110 / 70	Normal	Tidak Ada	-
IV	4 Jam	110 / 70	Normal	Tidak Ada	-
Nifas					

5. Riwayat persalinan sekarang Jenis persalinan :

Ditolong oleh : Bidan
 Jam/tanggal lahir : 14 : 23 / 5 mei 2021
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Berat badan : 3400 gr
 Panjang Badan : 51 cm

6. Keadaan bayi baru lahir

No	Aspek yang dinilai	1 Menit	5 Menit	10 Menit	120 Menit
1	Denyut Jantung	2	2	2	2
2	Usaha Nafas	1	2	2	2
3	Tonus Otot	1	2	2	2
4	Reflek	2	2	1	2
5	Warna Kulit	2	2	2	2
	Jumlah	8	10	9	10

7. Resusitasi

Penghisapan : Ada
 Ambubag : Tidak Ada
 Massage Jantung : Tidak Ada
 Rangsangan : Ada
 Lamanya : 5 Detik

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Tanda-tanda vital : (TD,Nadi,Respirasi,Suhu)
- BB : Sebelum 3200 gr Sekarang 3400 gr

2. Pemeriksaan Fisik/Status Present

- Kepala : rambut,kulit kepala,mesosephal?
- Muka : pucat/ tidak oedema/tidak ikterik?
- Mata : Konjungtiva anemis/tdk, sclera ikterik/tdk
- Hidung : Simetris,bersih/tdk, ada pembesaran/tdk, ada/tdk sekret
- Telinga : Tidak Ada
- Mulut : bibir sianosis,labio palatosytis/tdk
- Leher : Ada pembesaran limfe/tdk
- Ada pembesaran vena jugularis/tdk
- Dada : Simetris/tdk Pengeluaran ada/tdk Bentuk
- Ketiak : Ada massa/ tidak, ada pembesaran getah bening/ tidak
- Abdomen : simetris/tdk
- Genitalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora, ~~terstis sudah turun~~
- Ekstremitas : Oedema Varises Reflek patella Tungkai simetris/tdk
- Akral : dingin/tdk Turgor
- Anus : ~~menutup/terbuka~~ Pemeriksaan Penunjang

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa kebidanan : Bayi Ny. N Baru lahir normal usia 1 jam dengan keadaan bayi baik

Data Dasar :

DS :

- **Bayi lahir pada tanggal 05 Juni 2021 pukul 14:23 WIB jenis kelamin laki-laki**
- **Ibu mengatakan ini adalah bayi yang kedua dan tidak pernah keguguran.**
- **Ibu mengatakan bayi baru minum susu.**
- **Ibu mengatakan bayi sudah BAK**

DO :

- **Tanda Vital : HR : 140kali/menit
RR : 60kali/menit
Temp : 36°C**
- **Tangis Kuat**
- **APGAR Baik**
- **Refleks Baik**

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan :

- **Rasa Hangat**
- **Pemberian ASI**
- **Perawatan Tali Pusat**
- **Memandikan bayi / Personal Hygiene**

1. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak Ada

2. TINDAKAN SEGERA

Tidak Ada

3. PERENCANAAN

- **Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bayi**
- **Berikan dan pertahankan rasa hangat kepada bayi**
- **Berikan perawatan tali pusat kepada bayi dan ajarkan pada ibu cara melakukannya**
- **Mandikan bayi dan lakukan personal hygiene**
- **Pantau intakedan output bayi**
- **anjurkan ibu untuk membawa bayi nya untuk melakukan kunjungan ulang**

4. PELAKSANAAN

- **Memberitahu kepada ibu dan keluarga tentang keadaan bayi mereka**
 - **Keadaan Umum : Baik**
 - **Tanda Vital : HR : 140x/menit**

RR : 60x/menit
Temp : 36,5 ° C

- **Tangis Kuat**
- **APGAR Baik**
- **Refleks Baik**
- **Memberikan dan mempertahankan rasa hangat kepada bayi dengan cara melakukan membungkus bayi, tidak membiarkan bayi dalam keadaan basah dan segera mengganti pakaian bayi bila basah dengan mengganti pakain yang kering.kemudian tidak meletakkan bayi dilantai ataupun membiarkan bayi bersentuhan dengan bayi yang dingin**
- **Memberikan perawatan tali pusat kepada bayi dan ajarkan kepada ibu cara melakukannya. Dengan tidak memberikan sabun di tali pusat bayi atau memberi tali pusat apapun seperti betadin , bedak, alkohol dan lain – lain.**
- **Memandikan bayi minimal 1 kali sehari dengan meggunakan air hangat, dan bersihkan bayi bila BAB dan BAK.**
- **Memantau intake dan output bayi dengan melihat seberapa banyak bayi meminum ASI yang diberikan oleh ibunya dan melihat seberapa banyak bayi BAB dan BAK dalam sehari.**

5. EVALUASI

- **Ibu dan kelaurga sudah mengetahui keadaan bayinya**
- **Bayi sudah dihangatkan dan tidak ada mengigil**
- **Tali pusat bayi sudah bersih dan tidak ada tanda – tanda infeksi pada tali pusat**
- **Bayi sudah mandi dan bersih, pakaian bayi kering dan tidak basah**
Intake dan Output bayi sudah seimbang

BAB 4 **PEMBAHASAAN**

4.1 Masa Kehamilan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada kunjungan pertama tanggal 05 Mei 2021 . Ny. N umur 20 tahun mengatakan hamil yang ke pertama, selama kehamilan Ny. N sudah melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 5 kali yaitu pada trimester I sebanyak 2 kali, trimester II sebanyak 1 kali,

dan trimester III sebanyak 2 kali. Hal ini sesuai dengan Kemenkes RI (2015) melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur kepetugas kesehatan, melakukan kunjungan minimal 4 kali pada trimester pertama minimal 1 kali (usia kehamilan 0-12 minggu). Pada trimester ke dua minimal 1 kali (usia kehamilan 12-28 minggu). Pada trimester ke tiga minimal 2 kali (usia kehamilan 28 minggu sampai lahir). Rutinnya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan manfaatnya yaitu untuk mendeteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan sejak dini terhadap komplikasi kehamilan.

Pada kunjungan kedua trimester III, tanggal 2 Maret 2021 diagnosanya adalah G1P0A0 usia kehamilan 4 minggu 6 hari, KU ibu mual dan muntah . pada kunjungan kedua tanggal 02 Maret 2021 mendapat TT 1. Pada kunjungan ketiga tanggal 02 April 2020 mendapatkan TT 2. saat masa hamil muda sering terjadinya kontraksi *Braxton hicks*. Hal tersebut dapat dinyatakan salah satu sebagai keluhan, karena yang dirasakan sakit yang cukup mengganggu. Kontraksi *Braxton hicks* sendiri terjadi karena adanya perubahan keseimbangan esterogen, progesteron, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan semakin tuanya usia kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesteron semakin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu. *Braxton hicks* atau kontraksi palsu sendiri diawali dengan rasa sakit dibagian perut yang ringan, tidak teratur, dan tidak hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat. Oleh karena itu saat ibu mengalami *Braxton hick* ibu akan merasakan ketidaknyamanan karena keluhan yang dirasakannya

cukup mengganggu.

Hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada Ny.N selama pemeriksaan yaitu tekanan darah 110/70 mmHg. Menurut (Marmi,2011), tekanan darah ibu hamil dalam batas normal yaitu 100/70 – 130/90 mmHg.

Kenaikan berat badan pada Ny.N selama kehamilan sebanyak 9 kg, yaitu dari 41 kg sebelum hamil menjadi 50 kg pada usia kehamilan 36 minggu 3 hari. Kenaikan berat badan pada Ny. N termasuk dalam batas normal yang sesuai dengan teori Manuaba (2012:95) yang menyatakan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 – 16,5 kg selama hamil atau kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu. Dengan demikian kenaikan berat badan pada Ny. N tidak ada kesenjangan sama sekali, karena kenaikan berat badan Ny. N masih dalam batas normal. Untuk ukuran LILA Ny.A adalah 28 cm dan tidak masuk KEK sesuai Kemenkes RI (2013:28). Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil Pberesikokurang energi kronis (KEK), dimana LILA kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan BBLR. Berat badan dan LILA pada ibu hamil yang masuk dalam batas normal akan menunjukkan status gizi ibu dalam kondisi yang baik.

Pemeriksaan yang telah dilakukan adalah secara *head to toe* yang meliputi dari kepala sampai ekstremitas serta pemeriksaan pada abdomen TFU sesuai dengan usia kehamilan. Sesuai data – data yang telah dikumpulkan dari awal anamnesa sampai pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya masalah yang mengganggu Ny.A, dengan ini kehamilan yang di jalani Ny.A termasuk dalam kehamilan yang normal. Kehamilan normal sendiri adalah,

kehamilan yang menggambarkan ibu yang sehat, tidak ada riwayat obstetrik yang buruk serta pemeriksaan fisik normal (Saifudin, 2012:120). Dengan dilakukannya pemeriksaan fisik yang teratur pada Ny. N, dapat mendeteksi secara dini apabila terjadinya komplikasi dan penyulit dalam kehamilan. Pada kunjungan kedua ini, ibu mengalami cemas dikarenakan belum ada sama sekali tanda- tanda persalinan. Karena pada kunjungan kedua ini, masa kehamilan ibu memasuki 40 minggu 2 hari. Sedangkan rasa cemas pada ibu juga, dapat mempengaruhi dalam menunggu proses kehamilan. Menurut teori Rachmad (2012), kecemasan timbul karena adanya sesuatu yang tidak jelas atau tidak diketahui sehingga muncul perasaan yang tidak tenang, rasa khawatir, atau ketakutan. Oleh karena itu ibu di berikan motivasi bahwa mundur atau majunya tanggal persalinan adalah keadaan yang sering terjadi dan ibu di anjurkan untuk berfikir positif. Agar ibu dapat mempersiapkan diri sewaktu- waktu ibu mengalami adanya tanda- tanda persalinan.

1. Masa Persalinan

- a. Kala 1

Pada tanggal 05 Juni 2021 jam 09:00 ibu melakukan pemeriksaan ke Klinik Asiah dan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, selanjutnya dilakukan pemeriksaan abdomen. Dalam pemeriksaan ini didapatkan hasil tanda vital dalam batas normal, pemeriksaan abdomen kepala janin sudah masuk panggul dengan DJJ positif, gerak janin aktif, kontraksi sudah ada. Setelah pemerikasaan tanda-tanda vital dan abdomen maka diputuskan untuk menyiapkan persalina⁵, dan dilanjutkan pemeriksaan dalam dengan

hasil vulva uretra tenang, rugae teraba, serviks tebal kaku, pembukaan 5 cm, STLD (Sarung Tangan Lendir Darah) positif, kontraksi uterus sudah ada. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan menunjukkan bahwa Ny. N hamil 36 minggu sudah dalam persalinan, janin tunggal, intrauterine, hidup. Jika kehamilan tetap dilanjutkan maka, kehamilan tersebut merupakan kehamilan aterm.

Kala I dimulai dari pembukaan serviks sampai menjadi lengkap dimana proses ini dibagi dalam 2 fase yaitu fase laten berlangsung selama 6-8 jam servik membuka sampai 3 cm meter dan fase aktif berlangsung selama 4 jam, servik membuka 5 cm sampai 10 cm, kontraksi yang lebih kuat dan lebih sering selama fase aktif (Jenny, 2013).

Pada pukul 13.05 WIB ibu mengeluh semakin kencang dan sering sekali. Hal ini sesuai dengan Oxford (2011) bahwa menjelang persalinan kontraksi akan semakin kuat dan teratur. Dilakukan pemeriksaan his kuat, DJJ 140x/menit dalam dan didapatkan hasil pembukaan sudah 8 cm dengan portio tipis, selaput ketuban tidak teraba, air ketuban jernih, kepala di bidang Hodge III dan sarung tangan lendir darah positif. Maka saat itu Ny. N sedang dalam persalinan kala I fase aktif.

b. Kala II

Tanda Gejala Kala II

Persalinan berlangsung 30 menit, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kala II pada primigravida berlangsung maksimal 1 jam (Jenny,2013). Pada pukul 12.00 WIB ibu mengatakan ingin meneran seperti mau BAB dan ingin mengejan, kemudian tampak tekanan anus, perineum

menonjol, vulva membuka yang merupakan tanda Kala II (Oxford, 2011). Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam atas indikasi terdapat tanda gejala kala II yang bertujuan untuk mengetahui pembukaan serviks, didapatkan hasil pembukaan 10 cm dengan portio tipis, selaput ketuban tidak teraba, air ketuban jernih, kepala di bidang Hodge IV dan sarung tangan lendir darah positif maka hal tersebut sesuai dengan Jannah (2017). Maka pada saat itu Ny. N dalam persalinan kala II. Kemudian ibu dipimpin persalinan pada pukul 12.05 WIB dan bayi lahir spontan pada pukul 13.05 WIB dengan penilaian awal bayi lahir aterm, air ketuban jernih, menangis kuat, dan tonus otot baik.

Bayi Ny. N lahir spontan pukul 13.05 WIB dengan penilaian awal bayi lahir aterm, air ketuban jernih, menangis kuat, dan tonus otot baik. Sehingga dilakukan manajemen bayi baru lahir normal seperti dalam Saifuddin (2012).

Bayi Ny. N termasuk dalam kategori sehat menurut Kemenkes (2012) yakni dengan berat badan lahir 3100 gram, segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan. Kemudian dilakukan penanganan bayi baru lahir yakni pencegahan kehilangan panas dengan cara resusitasi manajemen A, pembersihan jalan nafas, memotong dan merawat tali pusat, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) selama 1 jam, memberikan injeksi vitamin K, pemberian salep mata.. Penatalaksanaan bayi baru lahir tersebut sesuai dengan Saifuddin (2012) .

c. Kala III

Pada Ny. N kala III berlangsung 1 jam dan menurut teori pada

primigravida kala III berlangsung rata-rata 30 menit (Jenny,2013). Maka kala III Ny. N tidak sesuai dengan teori. Pengeluaran plasenta dengan spontan tanpa penyulit, dengan tanda –tanda tali pusat memanjang, adanya semburan darah yang mendadak dan perubahan tinggi fundus. Plasenta lahir lengkap dengan selaputnya, jumlah kotiledon 20 buah. Dilakukan manajemen aktif kala III dengan pemberian oksitosin segera setelah kelahiran plasenta dan melakukan traksi tali pusat terkendali yang mana sesuai dengan Varney dkk (2012).

d. Kala IV

Pada kala IV dimulai dari plasenta lahir sampai 2 jam post partum. (Jenny,2013). Kala ini merupakan waktu kritis bagi ibu dan bayi, keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Pada kasus ini berjalan tanpa penyulit, kontraksi baik, tidak terdapat lacerasi jalan lahir. Tekanan darah ibu 110/80 mmHg menunjukkan batas normal. TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kencing kosong, pengeluaran darah dalam batas normal. Dalam kala IV ibu dianjurkan memasase fundus yang sebelumnya diajarkan terlebih dahulu untuk memantau kontraksi dan mencegah terjadinya perdarahan ppost partum. Oleh karena itu, dilakukan pemantauan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama setelah persalinan dan 30 menit dalam jam kedua.

2. Masa Nifas

Pada bab ini, penulis menyajikan hasil pemeriksaan, permasalahan yang terjadi, asuhan yang diberikan untuk menangani masalah yang terjadi dan membandingkan kesesuaian antara teori dengan praktik yang terjadi pada

Ny. N di Klinik Murni. Masa nifas Ny. N berjalan normal. Penulis melakukan kunjungan nifas sebanyak 4 kali.

a. Post Partum 6 Jam / Kunjungan Nifas I

Pada 6 jam post partum dilakukan pemeriksaan fisik, hasilnya keadaan ibu baik, TTV normal, kontraksi baik, TFU 2 jari di bawah pusat, lochea rubra, perdarahan 2 kali ganti doek, ibu sudah berkemih, bisa miring ke kanan dan kiri dan sudah bisa duduk.

Pada 6 jam masa nifas, ibu memberikan kolostrum dikarenakan ia mendengar informasi dari bidan bahwa kolostrum adalah ASI pertama yang bermanfaat bagi kekebalan tubuh bayi sehingga bayi tidak mudah terserang penyakit dan mengandung sel darah putih dan antibodi yang paling tinggi dari pada ASI sebenarnya, khususnya kandungan imunoglobulin A (Ig A) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah kuman memasuki tubuh bayi (Saleha, 2013).

Asuhan yang diberikan pada ibu adalah memberikan konseling mengenai kebutuhan istirahat karena ibu post partum yang kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi dapat mempengaruhi jumlah produksi ASI, memperlambat proses involusi serta dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya (Walyani, 2015). Selain itu konseling tentang istirahat, konseling perawatan bayi seperti mengganti popok, mengajarkan cara menyusui yang benar, dan pemberian tablet Fe sebanyak 10 butir.

b. Post Partum 6 Hari/ Kunjungan Nifas II

Pada kunjungan 6 hari masa nifas, keadaan umum ibu baik, TTV dalam

batas normal, cairan yang keluar dari kemaluan berwarna merah kecoklatan (lochea sanguinolenta), ASI lancar dan pola nutrisi ibu baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Saleha (2013), yang menyatakan bahwa pada hari ke 3-7 setelah persalinan terdapat pengeluaran lochea sanguinolenta. Ibu masih mengonsumsi tablet Fe, tidak ada masalah saat BAK dan BAB, bayi menyusui dengan baik. Menurut Rukiah (2012), ibu dalam masa nifas harus mengonsumsi pil zat besi setidaknya 40 hari pasca bersalin dan vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan Vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

Berdasarkan penjelasan diatas asuhan masa nifas pada Ny. N telah memnuhi standar asuhan nifas 6 hari, dimana asuhan yang wajib di lakukan pada nifas 6 hari adalah memastikan involusi uterus berjalan dengan baik, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada pengeluaran yang berbau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat dan perawatan bayi sehari-hari (Sari, 2014).

c. Post Partum 2 Minggu/ Kunjungan Nifas III

Pada kunjungan post partum 2 minggu, keadaan umum ibu baik, TFU sudah tidak teraba, perdarahan tidak ada, pengeluaran lochea serosa serta tidak ditemukan tanda infeksi. Hal ini sesuai dengan pendapat Saleha (2013), bahwa dalam 2 minggu uterus telah turun masuk ke dalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar serta lochea yang keluar hari ke 7-14 post

partum adalah lochea serosa.

d. Post Partum 6 Minggu/ Kunjungan Nifas IV

Kunjungan pada masa 6 minggu keadaan umum ibu baik, TTV normal, involusi uteri berjalan baik, TFU tidak teraba lagi dan ibu mengatakan sejak hari ke 15 cairan kuning yang semula masih keluar berubah warnanya menjadi putih (Lochea alba) dan sekarang tidak ada lagi cairan yang keluar dari kemaluannya. Asuhan yang diberikan yaitu menanyakan ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayinya serta memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini (Walyani, 2015). Ny. N mengatakan bahwa ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Kunjungan nifas berjalan lancar dan tidak ada masalah atau penyulit.

Pada kunjungan nifas ke empat telah memenuhi standar asuhan kebidanan masa nifas yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang terjadi pada ibu dan bayinya, memberikan konseling KB secara dini, menganjurkan/mengajak ibu ke klinik atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi (Sari,2014).

3. Bayi

Bayi Ny. N lahir normal dan spontan pada tanggal 05 Juni 2021, pukul 13 : 05 Wib dengan bugar, menangis kuat, tidak ada cacat bawaan, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif dan pernafasan baik. Jenis kelamin laki-laki, berat badan 3500 gram, panjang badan 51 cm, ekstremitas lengkap, reflek bagus, pergerakan aktif, anus (+). Hal ini sesuai dengan teori dimana bayi baru lahir normal dan sehat apabila warna kulit merah, denyut jantung >100 x/i, menangis kuat, tonus otot bergerak aktif, pernafasan baik

dan tidak ada komplikasi pada bayi tersebut (Tando, 2016).

Pada saat umur bayi 2 jam, dilakukan pemeriksaan fisik bayi serta memberikan penyuluhan kepada ibu tentang perawatan pencegahan hipotermi, pemberian ASI eksklusif, dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan dengan hasil berat badan 3500 gram, panjang badan 51 cm. Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir 1 jam setelah lahir memberikan suntik imunisasi VIT K pada paha bagian luar untuk imunisasi dasar , dan suntik HB0.

a. Neonatus 6 jam

Setelah 6 jam, asuhan yang diberikan yaitu bayi dimandikan dengan air hangat, melakukan perawatan tali pusat dimana tali pusat dibungkus dengan kassa kering steril, membedong bayi untuk menjaga kehangatan bayi dan asuhan ini sudah sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa bayi baru lahir jangan langsung dimandikan, bayi boleh dimandikan 6 jam setelah lahir dengan keadaan bayi tidak hipotermi. Setelah itu diberikan kepada ibu untuk segera menyusui. Memberikan penyuluhan kepada ibu tentang posisi dan cara menyusui yang baik dan cara perawatan tali pusat yaitu dengan mengganti kassa steril yang sudah basah dengan kassa yang baru, hal ini dilakukan untuk menjaga dan mencegah agar tali pusat bayi tidak infeksi.

b. Neonatus 6 hari

Pada kunjungan neonatus 6 hari, asuhan yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan fisik pada bayi, melakukan perawatan tali pusat, tali

pusat sudah pupus/ lepas, pangkalnya kering dan bersih, tali pusat telah putus pada hari ke-4 pemberian ASI Eksklusif tetap dipertahankan. Setelah dilakukan pemeriksaan didapat hasil bahwa keadaan bayi baik dan dalam batas normal, terjadi penambahan berat badan menjadi 3100 gram, , bayi tidak ikterus, tidak ditemukan tanda - tanda infeksi dan bayi menyusui dengan kuat.(Kemenkes, 2015).

c. Neonatus 28 hari

Pada kunjungan neonatus hari ke-28 keadaan bayi dalam batas normal, bayi menyusui dengan kuat dan masih diberikan ASI eksklusif tanpa makanan yang lain dan tidak ditemukantanda-tanda infeksi dan berat badan bayi meningkat menjadi 3400 gram. Ibu sudah membawa bayinya ke klinik untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 04 mei 2018 karena imunisasi sangat penting bagi bayi. Berdasarkan anjuran IDAI (2017) imunisasi dasar BCG diberikan pada bayi berusia 0-2 bulan, sehingga pemberian imunisasi pada Bayi Ny. N tidak menyimpang dari teori dan program yang ditetapkan.

Setelah melakukan pengkajian sampai evaluasi asuhan bayi baru lahir mulai dari 6 jam, 6 hari dan 28 hari, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif yaitu bayi hanya minum ASI sampai berusia 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman apapun sesuai dengan kemenkes RI 2016 bahwa setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan kebidanan berkesinambungan kepada Ny. N di Klinik Bidan Asiah yang dimulai dari masa kehamilan trimester III sampai masa nifas, maka dapat di simpulkan sebagai berikut

1. Asuhan Kebidanan yang diberikan kepada Ny. N, pada masa kehamilan, sudah sesuai standar pelayanan Antenatal Care yaitu Asuhan Standar Antenatal 10T. Dari pemeriksaan, keadaan ibu pada masa kehamilan tidak ditemukan masalah kegawat daruratan.
2. Asuhan kebidanan pada masa persalinan kepada Ny. N dari kala I sampai dengan kala IV berlangsung normal. Secara keseluruhan proses persalinan Ny. N, berjalan dengan baik. Kala I dilakukan observasi yang berlangsung sekitar 3 jam mulai pembukaan 7 cm sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala II berlangsung selama 40 menit, kala III berlangsung selama 10 menit dan kala IV dilakukan pengawasan selama 2 jam. Asuhan kebidanan pada masa persalinan yang diberikan pada Ny. A telah sesuai standar APN, dimana keadaan ibu pada waktu bersalin baik, dan tidak ditemukan masalah, proses persalinan berjalan lancar.
3. Asuhan kebidanan bayi baru lahir pada bayi Ny. N, yang dilanjutkan dengan asuhan kebidanan 6 jam setelah bayi lahir, telah sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan tidak ditemukan adanya masalah ataupun komplikasi pada bayi Ny. N.

4. Asuhan kebidanan pada masa nifas yang diberikan pada Ny.N, yang dilanjutkan dengan asuhan kebidanan 6 jam postpartum, telah sesuai dengan standar asuhan nifas dan tidak ditemukan adanya penyulit dan komplikasi. Keadaan umum ibu dan proses involusi berjalan normal, ibu sudah diajari cara perawatan payudara dan cara menyusui bayi dengan benar dan bayi tetap diberikan ASI eksklusif.

A. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ibu dalam hal kesehatan khususnya mengenai kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir

2. Bagi Tempat Praktek

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan terutama pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir serta nifas secara professional, dengan menerapkan sepenuhnya standart pelayanan 10 T serta memberikan perawatan dan imunisasi dasar yang lengkap kepada bayi baru lahir untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan anak lebih baik.

3. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan kebidanan sesuai standar kebidanan sehingga dapat mengaplikasikan dalam praktik klinik kebidanan selanjutnya.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat sebagai referensi tambahan untuk pengembangan ilmu kebidanan yang berkaitan dengan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, keluarga berencana. sehingga nanti akan ada peningkatan lebih tentang asuhan kebidanan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, il dan keluarga berencana.

DOKUMENTSI



kelurahan panyabungan 1 kab. mandailing natal

285°

14/02/2022 15:11:11

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 5/6/2021
2. Nama Bidan : Latifah hannum nasution
3. Tempat Persalinan : Rumah Bidan
4. Alamat tempat persalinan :
panyabungan 1
5. Catatan :
6. Alasan merujuk :
-
7. Tempat rujukan :
-
8. Pendamping saat merujuk : Suami
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
Tidak Ada
24. Masase fundus uteri?
Ya
25. Plasenta lahir lengkap(intact)?
Ya
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit :
Ya, tindakan:
27. Laserisasi :
Ya, Dimana: -
28. Jika laserasi perineum, derajat :
1
Tindakan :
Penjahitan tanpa anestesi
29. Atoni uteri? Tidak
30. Jumlah pendarahan : ml
31. Masalah dan Penatalaksanaan Masalah tersebut:

KALA I

10. Grafik dilatasi melewati garis waspada :
Tidak
11. Masalah pada fase aktif, sebutkan :
12. Penatalaksanaan masalah Tsb :
13. Hasilnya :
baik

KALA II

14. Episiotomi : Tidak
15. Pendamping saat persalinan : Suami
16. Gawat Janin : Tidak
17. Distosia Bahu :
Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini :
Ya
20. Lama kala III : 30 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
Ya, waktu : menit sesudah persalinan
22. Pemberian ulang oksitosin(2x)?
Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
Ya

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Waktu	Tekanan darah(mmHg)	Nadi(x/menit)	Suhu (C)	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan(ml)
14:05	120/75	80	36	32	baik	kosong	600
14:11	120/70	80	36	32	baik	kosong	600
14:13	120/75	80	36	32	baik	kosong	600
14:14	120/80	82	36	32	baik	kosong	600
14:14	120/80	80	39	32	baik	kosong	600
14:15	120/80	80	36	32	baik	kosong	600
14:16	120/80	80	36	32	baik	kosong	600

Hasilnya :

KALA IV

32. Kondisi Ibu KU: baik TD: 110
Nadi: 80 Napas: 24
33. Masalah dan penatalaksanaan:

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan 3200
35. Panjang 50
36. Jenis Kelamin L
37. Penilaian bayi baru lahir : Baik
38. Bayi Lahir : Normal
39. Pemberian ASI Ya
40. Masalah lain, sebutkan :

