

LAPORAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN *CONTINUITY OF CARE* (COC) DI BPM
HERMAYANTI DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2021



OLEH :
CAHAYA DAMAYANTI RAMBE
NIM. 20100004

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 Hermayanti di Kota Padangsidempuan Tahun 2021.
Nama Mahasiswa : Cahaya Damayanti Rambe
NIM : 20100004
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 Aufa Royhan dan dinyatakan lulus Pada Tanggal 2021.

Menyetujui,

Dosen Penguji

Dosen Pembimbing

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

Yulinda Aswan, SST, M.Keb
NIDN. 0125079003

Dekan

Ketua Program Studi

Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat 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) Hermayanti Di Kota Padangsidempuan 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 Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

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

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. 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 Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
3. Yulinda Aswan, SST, M.Keb selaku Dosen Pembimbing pada Program Studi Pendidikan **Profesi** Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
4. Bidan Hermayanti Rambe Am.keb selaku *Clinical Instructur* di Praktik Lapangan.

5. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
6. Kepada orangta 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

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR SINGKATAN.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.4 Manfaat.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Kehamilan.....	6
2.1.1 Kehamilan.....	6
2.1.2 Antenatal Care.....	13
2.1.3 Tujuan Antenatal Care.....	14
2.1.4 Kebijakan Program Asuhan ANC.....	14
2.1.5 Indikator Kunjungan ANC.....	14
2.1.6 Standart Asuhan Kunjungan ANC.....	18
2.1.7 Perubahan Fisiologis Trimester I,II dan III.....	19
2.1.8 Perubahan Psikologis I,II dan III.....	23
2.2 Konsep Dasar Persalinan.....	29
2.2.1 Persalinan.....	29
2.2.2 Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,Dan IV).....	32
2.2.3 Mekanisme Persalinan.....	43
2.2.4 Kebutuhan Ibu Bersalin.....	45
2.3 Konsep Masa Nifas.....	49
2.3.1 Pengertian.....	49
2.3.2 Tahapan Masa Nifas.....	49
2.3.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	49
2.3.4 Perawatan Puerperium.....	53
2.3.5 Kebutuhan Masa Nifas.....	54
2.3.6 Komplikasi Masa Nifas.....	59
2.4 Bayi Baru Lahir.....	61
2.4.1 Pengertian.....	61
2.4.2 Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir.....	63
2.4.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	63
2.5 Manajemen Kebidanan.....	66
2.5.1 Pengertian.....	66
2.5.2 Tahapan Dalam Manajemen.....	67
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan.....	70
3.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.....	82
3.3 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.....	105
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	114

BAB 4 Pembahasan Analisis Kasus Ny.F Dari Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan Bayi Baru Lahir	122
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Kesimpulan.....	131
5.2 Saran.....	132
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Hal
2.1 Mekanisme Persalinan.....	45

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Ukuran TFU menurut Penambahan Per Tiga Jari	16
Tabel 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid	17

DAFTAR SINGKATAN

Angka kematian Ibu	(AKI)
Angka Kematian Bayi	(AKB)
Angka Kematian Neonatal	(AKN)
Air susu ibu	(ASI)
Ante natal care	(ANC)
Berat badan	(BB)
Buang Air Besar	(BAB)
<i>Continuity of Care</i>	(COC)
Denyut Jantung Janin	(DJJ)
Desinfektan Tingkat Tinggi	(DTT)
Haid pertama haid terakhir	(HPHT)
hipertensi dalam kehamilan	(HDK)
Indeks Masa Tubuh	(IMT)
Inisiasi Menyusui Dini	(IMD)
Infeksi Saluran Kemih	(ISK)
Keluarga berencana	(KB)
Pintu Atas Panggul	(PAP)
Tanda Tanda Vital	(TTV)
Tinggi Badan	(TB)
Tinggi Fundus Uterinya	(TFU)
Tensi Darah	(TD)
<i>World Health Organization</i>	(WHO)
<i>Sustainable Development Goals</i>	(SDGs)

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan menyeluruh manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Damayanti dkk, 2014).

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 pemberiasuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Komplikasi

yang menyebabkan kematian ibu yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019).

Angka kematian ibu di Indonesia dari data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 masih tinggi yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu tahun 2019 terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kematian ibu. Pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan , hipertensi dalam kehamilan, infeksi (Kemenkes, 2019)

Angka Kematian Bayi 24 per 1000 KH dan Angka Kematian Neonatal (AKN) sebanyak 15 per 1000 KH (KemenKes RI, 2019), hal ini masih jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu pada goals ke 3 pada tahun 2030, mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 KH, menurunkan AKN setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan AKB 25 per 1.000 KH . Dari seluruh kematian neonatus yang dilaporkan, 80% (16.156 kematian) terjadi pada periode enam hari pertama kehidupan. Sementara, 21% (6.151 kematian) terjadi pada usia 29 hari – 11 bulan dan 10% (2.927 kematian) terjadi pada usia 12 – 59 bulan. (KemenKes RI, 2019).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Sumatra Utara Tahun 2019, AKI sebanyak 179 dari 302.555 kelahiran hidup atau 59,16 per 100.000 kelahiran hidup, Angka

ini menurun dibandingkan AKI tahun 2018 yang mencapai 186 dari 305.935 kelahiran hidup atau 60,79 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Neonatus sebanyak 611 kematian atau 2,02 per 1.000 kelahiran hidup. Angka itu menurun dibandingkan jumlah kematian neonatus tahun 2018, yaitu sebanyak 722 kematian atau 2,35 per 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi sebanyak 730 kematian atau 2,41 per 1.000 kelahiran hidup. Menurun dibandingkan jumlah kematian bayi tahun 2018 sebanyak 869 atau 2,84 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Provsu, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lasiyanti Yuswo Yani, Dkk (2015) dalam jurnal pelaksanaan “Continuity Of Care” Oleh Kebidanan Mahasiswa Tingkat Akhir, mengemukakan bahwa asuhan kebidanan yang berkesinambungan dan terpadu sangat penting dalam pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan ibu dan anak. COC merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara Bidan dan Klien. (Yanti et al. 2015)

Pada Pelaksanaan *Contuinity Of Care* dilaksanakan di BPM hermayanti. BPM ini menerima pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir , KB dan Pengobatan Umum lainnya. Pada Pelaksanaan tindakan kehamilan persalinan nifas, BBL dilakukan dirumah untuk kunjungan selanjutnya bidan Hermayanti melakukan kunjungan rumah untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart kunjungan setelah bersalin. Dari Standart alat APN di BPM hermayanti sudah terpenuhi dengan baik.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan

kebidanan komprehensif pada Ny "F" selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), neonatus dan melakukan pendokumentasian di BPM Hermayanti di Kota Padangsidempuan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "F" pada masa kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL di Bidan Praktik Mandiri Hermayanti Padangsidempuan Tahun 2021?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* (berkesinambungan) pada Ny "F" pada masa kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL dengan menggunakan pendekatan SOAP di Bidan Praktik Mandiri Hermayanti Padangsidempuan Tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny "F" pada masa kehamilan, persalinan, BBL atau neonatus dan Nifas di BPM Hermayanti.
2. Melakukan pengkajian data objektif pada Ny "F" pada masa kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL di BPM Hermayanti.
3. Menegakkan diagnose kebidanan sesuai dengan prioritas pada Ny "F" pada masa kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL di BPM Hermayanti.
4. Melaksanakan rencana dan mengevaluasi asuhan kebidanan secara komprehensif serta berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny "F" pada masa kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL di BPM Hermayanti.
5. Mampu Menganalisi Kasus N "F" di Bidan Praktik Mandiri Hermayanti

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian materi pelayanan asuhan kebidanan komprehensif yang bermutu, berkualitas dan sebagai ilmu pengetahuan dan menambah wawasan mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif pada masa ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan, kompetensi diri dan mempraktikkan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

2. Bagi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan, sumber bacaan dan bahan pelajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL.

3. Bagi Bidan Praktik Mandiri

Sebagai bahan masukan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara komprehensif terutama pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

4. Bagi Pasien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai kehamilan,

persalinan, Nifas dan BBL.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP KEHAMILAN

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2011)

2. Klasifikasi

a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (menstrual age of pregnancy). Kehamilan cukup bulan (term/ aterm) adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu

(294 hari).

b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb: 1) 1 kali pada trimester I

2) 1 kali pada trimester II

3) 2 kali pada trimester III

3. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

1) Tahap penembusan korona radiata Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi.

2) Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.

3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai

menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrionic Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2 – 6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir Minggu ke-12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.

Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.

Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.

Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.

Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.

Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan

dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.

Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati,dkk, 2010)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda presuntif kehamilan

1) Amenore (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.

2) Mual muntah

Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.

3) Ngidam

Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.

4) Sinkope atau pingsan

Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.

5) Payudara tegang

Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.

6) Anoreksia nervosa

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.

7) Sering kencing

Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul. 8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

- Pipi : Cloasma gravidarum

- Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.

- Perut : Striae livide - Striae albican

- Linea alba makin menghitam
- Payudara : hiperpigmentasi areola mammae
- Varises atau penampakan pembuluh vena Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda Hegar Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda Piskacek

Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks

Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

f) Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

1) Gerakan janin

Dalam rahim Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

2) Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler)

3) Bagian bagian janin

Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)

4) Kerangka janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010)

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua
- b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.
- c. Demam Atau Panas Tinggi
- d. Air ketuban keluar sebelum waktunya
- e. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak
- f. Muntah terus (tidak mau makan)

2.1.2 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).

2.1.3 Tujuan ANC

1. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
2. Mengenali secara diri 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).

2.1.4 Kebijakan Program Asuhan ANC

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

1. Kehamilan triwualan pertama (antara 0 – 14 minggu)
2. Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)

3. Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

2.1.5 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)

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).

2.1.6 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 :

a. 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).

b. 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).

c. Ukut 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.

Tabel 2.1 Ukuran TFU menurut Penambahan Per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari di bawah prosesus xiphoideus

d. 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, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	Perlindungan %
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 Minggu setelah TT 1	3 Tahun	80 %
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun	95 %
TT 4	1 Tahun setelah TT 3	10 Tahun	95 %
TT 5	1 Tahun setelah TT 4	25 Tahun / seumur hidup	1.

Tabel 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid

4 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.

5 Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquist dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a. Normal : 11,5 gr%
- b. Anemia ringan : 9-11 gr%
- c. Anemia sedang : 7-8,9 gr%
- d. Anemia berat : < 7 gr%

6 Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*)

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/ penyakit menular seksual, antara lain *sypphilis*. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena \pm 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.

7 Perawatan Payudara

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

8 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.

9 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.

10 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.

11 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.

12 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.

13 Pemberian Kapsul Minyak Yodium

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis

yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

2.1.7 Perubahan Fisiologis dalam Kehamilan Trimester I,II,III

1. Trimester I (Satu)

a. 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.

b. 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.

c. 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 progeteron dlam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

d. 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).

e. 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 prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron 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).

2. Trimester II (Dua)

a. 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 :

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

b. Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalihan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rismalinda, 2015).

c. 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 putting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi.

3. Trimester III.

a. Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- 1) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya fundus setengah jarak prosesus

xifoideus dan pusat.

- 2) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
- 3) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

b. 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.

c. 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 glukogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

2.1.8 Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Romauli, 2014 Adapun Perubahan Psikologi Trimester 3 yaitu :

1. Trimester 1 (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami

peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil.

2. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

3. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil

2.1.9 Ketidak Nyamanan Dan Penanganan Selama Kehamilan.

1. Trimester pertama

a. Mual dan muntah

Diakibatkan karna 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.

b. 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.

2. Trimester ke Dua

a. 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.

b. 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.

3. Trimester ke Tiga

a. 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.

b. Sesak nafas

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

Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur (Marni, 2011).

2.1.10 Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

1. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda

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

a. Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

- 1) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. *Bleeding* terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi
- 2) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.
- 3) *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.
- 4) *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

5) *Cervical lesion* : lesi pada serviks

6) *Vaginitis* : infeksi pada vagina.

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

b. Perdarahan lebih dari 24 minggu :

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

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

2) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta sebelum waktunya Penanganan :
Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

- Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.
- Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah terasa lembut, kenyal ataupun keras.
- Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

c. 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 kategorikan 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.
2. 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, kemahilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- a. Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
- b. Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.
- c. Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.
- d. Lakukan pemeriksaan proteinuria.

3. 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:

- a. Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- b. Lakukan pemeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema
- c. Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila isrhat 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:

- a. Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- b. Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- c. Ukur tekanan darah
- d. Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

4. 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:

- a. Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- b. Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler
- c. Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

2.2 KONSEP PERSALINAN

2.2.1 Persalinan

1) Pengertian

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). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati dkk, 2010)

2) Tujuan

Asuhan Persalinan Normal Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap

intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

3) Etiologi Persalinan

Sebab-sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, namun ada banyak faktor yang memegang peranan penting sehingga menyebabkan persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan (Dwi, Cristine, 2012:1) adalah:

- a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron Hormon progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.
- b. Teori Oksitosin Hormon oksitosin mempengaruhi kontraksi otot-otot rahim. Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering berkontraksi.
- c. Teori Distansia Rahim Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otototot dan otot-otot rahim makin rentan.
- d. Pengaruh Janin Hipofyse dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.
- e. Teori Prostaglandin Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan.

f. Teori Plasenta menjadi tua Menurut teori ini, plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

4. Permulaan persalinan

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

a) Kontraksi Braxton Hicks

b) Ketegangan dinding perut

c) Ketegangan ligamentum rotundum

d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

a) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang

b) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal

c) Kesulitan saat berjalan

d) Sering berkemih Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: power (his); passage (jalan lahir); dan passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datang tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tandatanda kemajuan persalinan
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas

3) Tanda masuk dalam persalinan Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c) Terjadi perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

4) Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan) Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

a) Pendataran dan pembukaan

b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas

c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

5) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. (Wiknjosastro, 2015)

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power (kekuatan kontraksi)

Power mengacu kepada kekuatan kontraksi uterus. Kontraksi uterus akan menghasilkan penipisan (effacement) dan dilatasi serviks yang lengkap kontraksi uterus yang mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks disebut dengan his. (Lockhart, 2014).

Sifat his yang normal adalah sebagai berikut :

1) Kontraksi terjadi dengan pola seperti gelombang

2) Dimulai pada suatu tempat dalam segmen atas uterus, lalu membangun dirinya semakin intensif untuk kemudian menjalar kebawah di sepanjang uterus

3) Relaksi uterus terjadi dengan cara yang sama

4) Otot rahim yang berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim

5) Setiap his mengakibatkan perubahan pada serviks yaitu menipis dan membuka

b. Passege (jalan lahir)

Passege atau jalan lahir berarti lintasan yang harus dijalani oleh janin sebelum meninggalkan uterus ibunya. Jalur lintasan ini meliputi rongga pelvis ibu dan jaringan lunak (Lockhart, 2014).

c. Rongga pelvis

Bentuk pelvis juga dapat menentukan kemampuan dan kemudahan bayi untuk melewatinya. Tulang panggul terdiri atas os coxae (os ilium, os ischium, os pubis), os sacrum dan os coccygis. (Sujiyatini, 2011).

1. Bidang/pintu panggul

a) Pintu atas panggul

Konjugata diagonalis dari pinggir atas symphysis pubis ke promontorium, ukurannya 12,5 cm

Konjugata vera dari pinggir bawah symphysis pubis ke promontorium, ukurannya konjugata diagonalis – 1,5 cm = 11 cm

Konjugata transversa antardua linea innominata ukurannya 12 cm Konjugata obliqua ukurannya 11 cm

b) Pintu Tengah Panggul Bidang luas panggul,

pertengahan symphysis ke pertemuan os sacrum 2 dan 3.

Sekitar 12,5 cm Bidang sempit panggul,

tepi bawah symphysis menuju spina ischiadica sekitar 11,5 cm

Jarak kedua spina 10-11 cm

c) Pintu bawah panggul Anterior posterior

Pinggir bawah symphysis ke os coccygis ukuran sekitar 10-11 cm

Ukuran melintang 10,5 cm Arcus pubis lebih dari 90 derajat Bidang Hodge

(Sujiyatini, 2011) 1)

- 1) Hodge I, sejajar dengan pintu atas panggul
- 2) Hodge II, sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis
- 3) Hodge III, sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kiri dan kanan
- 4) Hodge IV sejajar dengan hodge I, II dan III setinggi os coccygis

2. Jaringan lunak panggul

Jaringan lunak panggul memainkan peranan penting dalam persalinan.

Segmen bawah uterus akan mengembang untuk menampung isi intrauteri seperti halnya dengan segmen atas yang menebal. Serviks akan tertarik ke atas dan melewati presenting part ketika bagian ini turun (mengalami desensus).

Kanal vagina akan mengalami distensi untuk mengakomodasi pelintasan janin. (Lochart, 2014)

d. Passenger (janin)

Passenger mengacu pada janin dan kemampuannya bergerak turun melewati jalan lahir (passege). Faktor-faktor yang mempengaruhi passenger (Lochart, 2014:19) yaitu :

a. Kranium janin

Ukuran kranium sangat penting karena menentukan pelintasan janin yang melewati jalan lahir. Secara kranium dengan diameter yang paling kecil

merupakan bagian pertama yang memasuki pintu atas panggul. Kepala dapat melakukan gerakan fleksi atau ekstensi sampai 45 derajat dan kemudian rotasi 180 derajat, gerakan ini memungkinkan diameter terkecil kranium bergerak turun di sepanjang jalan lahir dan melintasi panggul ibu. Diameter kepala (kranium) janin aterm (lockhert, 2014)

- a) Diameter oksipitomentalis 13,5 cm
- b) Diameter suboksipitobregmatika 9,5 cm
- c) Diameter oksipitofrontalis 11,75 cm

b. Presentasi Janin

Menyatakan bagian tubuh janin yang pertama kali melewati servik dan dilahirkan. Presentasi terutama ditentukan oleh sikap, letak dan posisi janin. Presentase janin akan mempengaruhi durasi dan kesulitan persalinan. Presentasi janin juga mempengaruhi metode persalinan. Jenis-jenis presentasi ada tiga macam yaitu :

- a) Presentasi kepala, presentasi yang paling sering ditemukan
- b) Presentasi bokong, atau kaki janin terletak pada bagian terbawah
- c) Presentasi bahu, krista iliaka, tangan atau siku janin menjadi bagian terbawah terdapat pada letak lintang

c. Letak janin

Mengacu kepada hubungan sumbu panjang (tulang belakang) tubuh janin dengan sumbu panjang tubuh ibu. Dapat dikatakan sebagai letak longitudinal (membujur), transversal (melintang) dan oblique (miring). (Lockhart, 2014)

d. Sikap janin

Hubungan bagian tubuh janin dengan bagian yang lainnya. Ada beberapa jenis sikap janin menurut (Lockhart, 2014), yaitu:

a) Fleksi lengkap

Merupakan sikap janin yang paling sering ditemukan, bagian leher janin berada dalam keadaan fleksi yang lengkap, kepala akan menunduk dan bagian dagu akan menyentuh tulang sternum, keadaan tangan terlipat dalam dada dengan sendi siku dalam keadaan fleksi, kedua tungkai bawah saling menyilang dan kedua paha tertarik ke arah abdomen, pada sikap ini ideal untuk persalinan.

b) Fleksi sedang

Kepala berada dalam posisi tegak, leher sedikit fleksi. Biasanya fleksi sedang tidak sampai mempersulit kelahiran bayi.

c) Ektensi parsial

Leher berada dalam keadaan ekstensi, kepala sedikit mendongak sehingga dahi menjadi bagian pertamayang melintasi pelvis.

d) Ekstensi lengkap

Kepala dan leher dalam keadaan hiperekstensi dengan oksiput menyentuh punggung bagian atas dan punggung janin biasanya melengkung. Sikap ini memerlukan tindakan operasi.

e. Kondisi Psikis

Mengacu kepada perasaan kejiwaan klien dalam menghadapi persalinan berdasarkan kesiapan klien menghadapi persalinan, keberadaan seseorang pendukung, pengalaman persalinan yang lalu dan strategi adaptasi. (Lockhart, 2014)

2.2.2 Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,dan IV)

Menurut Widiastini (2014) tahapan persalinan dibagi menjadi :

a. Kala I (Kala pembukaan)

Inpartu (keadaan bersalin) ditandai dengan terjadinya kontraksi, keluar lendir bercampur darah (*bloody show*), karena *serviks* mulai membuka (dilatasi) dan menipis (*effacement*).

Kala I dibagi menjadi 2 fase.

1. Fase *laten*: dimana pembukaan berlangsung lambat dari pembukaan 1 sampai 3 cm berlangsung 7-8 jam.
2. Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase terbagi atas tiga subfase.
 - a. Fase *akselerasi*: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b. Fase *dilatasi maksimal*: berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.
 - c. Fase *deselerasi*: dalam waktu 2 jam pembukaan 10 cm (lengkap)

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

1. Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu

mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan Marmi (2012).

2. Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3. Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari

40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

4. Keadaan Janin

1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

2) Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

3) Molase Tulang Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase (**0**) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (**1**) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (**2**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi

masih bisa dipisahkan, (3) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

4) Keadaan Ibu

Hal yang diperhatikan yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

5) Informasi tentang ibu

Tentang nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam,urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Sofian, 2013).

6) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

a. Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

b. Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Sofian, 2013).

b. **Kala II**

Kala II merupakan kala yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai pengeluaran janin ditandai dengan : Dorongan ibu untuk meneran (dorongan), Tekanan pada anus (Manuaba, 2010)

c. **Kala III (Kala pengeluaran uri)**

Kala III adalah waktu untuk pelepasan uri (plasenta) dimulai dari lahirnya bayi dan berakhir dengan plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Pradwihardjo, 2010)

d. **Kala IV**

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam setelah proses tersebut. Hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Menurut Hidayat (2010), sebelum meninggalkan ibu post partum harus diperhatikan tujuh pokok penting, yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam atau perdarahan lain pada alat genital, plasenta dan

selaput ketuban telah dilahirkan lengkap, kandung kemih harus kosong, luka pada perinium telah dirawat dengan baik, dan tidak ada hematoma, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah dalam keadaan baik.

2.2.3 . Mekanisme Persalihan

a. Engagement

Masuknya kepala ke pintu atas panggul, pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan.(Dwi, Cristine. 2012).

b. Turunnya kepala

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala satu dan kala dua persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung pada fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke jalan lahir.

c. Fleksi

Merupakan gerakan kepala jani yang menunduk ke depan sehingga dagunya menempel pada dada (Lockhart. 2014). Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena

moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

d. Rotasi interna (putaran paksi dalam)

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan dan ke bawah symphysis. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah :

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genialis antara m. Levator ani kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. (Dwi, Cristine. 2011)

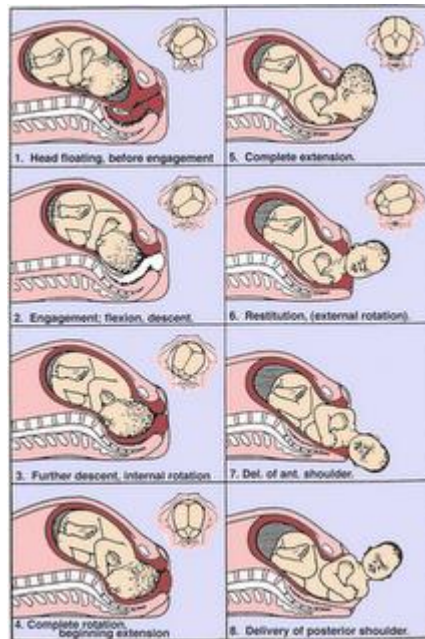
e. Rotasi eksterna (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi

dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan = putaran paksi luar)(Lockhart. 2014).

f. Ekspulsi

Mengacu kepada kelahiran bagian tubuh bayi yang lain dan peristiwa ini menandai akhir dari kala dua persalinan.(Lockhart.2014)



Gambar 2.1 Mekanisme Persalinan (Mochtar, 2012)

2.2.4 Kebutuhan dasar ibu bersalin

a. Kebutuhan Fisik

Selama persalinan, ibu sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan

1) Makan dan minuman per oral

Jika ibu berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Aturan apa yang boleh dimakan atau diminum antara dirumah sakit dan dirumah ibu sendiri

sangatlah berbeda. Termasuk apakah boleh untuk minum atau makan sama sekali dalam proses persalinan, karena ada sebagian pasien yang enggan untuk makan dan minum khawatir jika akan muncul dorongan untuk buang air besar atau buang air kecil. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi ibu artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien. (Sulistyawati, 2010)

2) Posisi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu pasti akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain (miring, lutut dada, tangan lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok).

3) Eliminasi

a) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, ibu akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala 1, ambulansi dengan berjalan seperti aktivitas jalan ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinan.

b) Buang air besar (BAB)

Ibu akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi dari pada perasaan tidak

nyaman, hal ini terjadi karena ibu tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhan dirinya. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya. Jika upaya ini tidak dilakukan, maka efek yang dirasakan adalah ia akan merasa rendah diri dan tidak percaya kepada orang lain serta akan memengaruhi semangatnya untuk menyelesaikan proses persalinan.

4) Personal hygiene

Sebagian ibu yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh adalah suatu kebutuhan, karena ia lebih fokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan berbau akibat keringat berlebih selama persalinan. Tanpa mempertimbangkan apakah kebersihan tubuh ia anggap kebutuhan atau tidak, bidan atau pendamping sebaiknya tetap memperhatikan kebersihan tubuh ibu. Selain rasanya jika tubuhnya dalam keadaan bersih perhatian dari pasien member pelayanan akan menimbulkan perasaan positif bagi pasien dan rasa dihargai.

5) Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Diawal proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelep karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring ditempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu. 6) Kehadiran pendamping

Kehadiran seorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga.

6) Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalihan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh untuk mengurangi rasa sakit seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan didalam kamar, duduk persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi dikursi sambil membaca buku, posisi lutut dada diatas tempat tidur, dan sebagainya.(Sulistyawati,2010).

b. Kebutuhan Psikologis

1) Kebutuhan Rasa Nyaman disebut juga “safety needs”. Rasa aman dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat mengganggu ketenangan hidup seseorang.

2) Kebutuhan akan rasa cinta dan memiliki atau kebutuhan sosial disebut juga dengan “love and belongingnext needs”

3) Kebutuhan harga diri disebut juga dengan “self esteem needs”. Setiap manusia memiliki pengakuan secara layak atas keberadaan bagi orang lain. Hak dan martabahnya sebagai manusia tidak dilecehkan. (Mahrisah,2012).

2.3 KONSEP MASA NIFAS

2.3.1 Pengertian

Masa nifas atau *post partum* disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang artinya bayi dan “Parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni, 2010).

Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. *Puerperium* (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati 2010).

2.3.2 Tahap Masa Nifas

Tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

a) *Puerperium* Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan

b) *Puerperium Intermedial*

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

c) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Rukiyah, 2011).

2.3.3 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *post partum*. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah

melahirkan antara lain (Anggraeni, 2010) :

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

b. *Lokhea*

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lokhea* berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. *Lokhea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lokhea* mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. *Lokhea* dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

a) *Lokhea rubra*

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

c) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) *Lokhea alba*

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

Lokhea yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. *Lokhea* alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran *lokhea* yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

c. Perubahan Vagina

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

d. Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada *post partum* hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan

karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

a. Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit (37,50 – 38° C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan *post partum*.

c. Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* menandakan terjadinya preeklamsi *post partum*.

d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa *post partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Dewi, 2012).

2.3.4 Perawatan Puerperium

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:

1. Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum
2. Memperlancar involusi alat kandungan
3. Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
4. Meningkatkan kelancaran peredaran darah ,sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.

2.3.5 Kebutuhan Pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Ada beberapa macam kebutuhan saat nifas:

1. 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.

2. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk sekelas 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 :

- a. Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- c. Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.(Eka, 2014).

3. Eliminasi

a. Miksi (BAK)

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

b. 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 (Haryani, 2012).

4. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi sendriri, yang terutama di bersihkan adalalah putting susu dan mammae dilanjutkan perineum

a. Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dsri 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 (Mochtar, 2015).

b. Perawatan payudara

1. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
2. Apabila putting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari putting yang tidak lecet.
3. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan mnenggunakan sendok.
4. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam e. Istirahat Anjurkan ibu untuk :
 - a) Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan
 - b) Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
 - c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan
 - d) Menggatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dm malam 7-8 jam. Kurang isirahat pada ibu nifas mengakibatkan :
 - 1) Mengurangi jumlah ASI
 - 2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan

3) Depresi (Marisah, 2011).

5. Seksual

Apabila perdarahan sudah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post-partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post-partum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan kedua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (coitus).

6. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang di lakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari ke sepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang di lakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuan di lakukannya senam nifas pada ibu setelah melahirkan :

- a. Mengurangi rasa sakit pada otot-otot
- b. Memperbaiki perdarahan
- c. Menggencangkan otot-otot perut dan perineum
- d. Melancarkan pengeluaran lochea
- e. Mempercepat involusi
- f. Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, thrombosis, dll
- g. Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen.

- h. Kegel exercise : untuk membantu penyembuhan luka perineum
- i. Meredakan hemoroid dan varikosis vulva
- j. Meningankan perasaan bahwa “segala sudah berantakan
- k. Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
- l. Memperbaiki respon seksual Manfaat senam nifas antara lain :
 - 1. Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah
 - 2. Senam nifas membantu memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan
 - 3. Memperbaiki otot tonus
 - 4. Memperbaiki pelvis dan peregangan otot abdomen
 - 5. Memperbaiki juga memperkuat otot panggul
 - 6. Membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan
- 7. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman (Sulisetyawati, 2018)
- 8. Pemberian ASI Hal – hal yang perlu diberitahukan kepada pasien mengenai pemberian ASI, yaitu :
 - a. Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
 - b. Ajarkan cara menyusui yang benar
 - c. Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
 - d. Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi

- e. Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok
- f. Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI

2.3.6 Komplikasi pada masa nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani, 201, Mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Parametritis

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

7. Thrombophlebitis

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

8. 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.

3.4 KONSEP BAYI BARU LAHIR

3.4.1 Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 mingguan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

3.4.2 Ciri-ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000

gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010)

3.4.3 Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu :

a) Neonatus menurut masa gestasinya :

1. Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
2. Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
3. Lebih bulan (*postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu ataulebih)

b) Neonatus menurut berat badan lahir :

1. Berat lahir rendah : < 2500 gram
2. Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
3. Berat lahir lebih : > 4000 gram

c) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran

berat lahir yang sesuai untuk masakehamilan) :

1. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
2. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

d) Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS) (Lissauer, 2013).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi (Saifuddin, 2011).

Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1. Pencegahan Infeksi (PI)
2. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

1. Apakah kehamilan cukup bulan?
2. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

3. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

3. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan *verniks*, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013).

4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit,

menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

5. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

6. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

7. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn* dapat

diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

9. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

10. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

2.5 Manajemen Asuhan Kebidanan

2.5.1 Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien. Proses manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi (Jannah 2013)

2.5.2 Tahapan Dalam Manajemen Kebidanan

a. Langkah 1 Pengumpulan Data

Dasar Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap seperti, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru atau catatan selanjutnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil study (Rukiah: 2013).

a. Langkah 2 Mengidentifikasi diagnosis atau masalah aktual

Mengidentifikasi data dengan cepat untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah aktual dengan klien berdasarkan data dasar, menguraikan bagaimana suatu data pada kasus diinterpretasikan menjadi suatu diagnosa atau secara teori data apa yang mendukung untuk timbulnya diagnosa tersebut. Masalah lebih sering berhubungan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang ia rasakan, sedangkan diagnosa lebih sering diidentifikasi oleh bidan yang

difokuskan pada apa yang di alami oleh klien(Rukiah 2013).

b. Langkah 3 Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi, langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien, bidan di harapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Adapun Masalah potensial anemia pada ibu hamil dimasa kehamilan, dapat mengakibatkan abortus, dapat menyebabkan persalinan prematur, dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim terganggu (Bothamley 2013).

c. Langkah 4. Penetapan kebutuhann/ tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus misalnya pada waktu tersebut dalam persalinan (Jannah, 2013).

d. Langkah 5. Intervensi/ Perencanaan tindakan asuhan kebidanan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. (Jannah, 2013).

e. Langkah 6. Implementasi/ pelaksanaan

Asuhan Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh dilangkah lima harus dilaksanakan secara efisien. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Adapun kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut lebih efektif sedang sebagian belum efektif (Jannah 2013).

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 KEHAMILAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI (BPM) HERMAYANTI PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2021

Tanggal Pengkajian : 30 Juni 2021
Jam : 11.00 wib
Tempat Pengkajian : BPM hermayanti
Nama Mahasiswa : Cahaya Damayanti Rambe
Nim : 20100004

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS

Nama	: Ny. F	Nama suami	: Tn. A
Umur	: 23 tahun	Umur	: 26 tahun
Suku	: Batak, Indonesia	Suku	: Batak, Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Topi	Alamat	: Jl. Topi

ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

Pada Tanggal: 30 Juni 2021 Pukul : 11.00 wib

1. Alasan kunjungan ini : Ingin memeriksakan kehamilan
2. Keluhan-keluhan : Tidak Ada
3. Riwayat Menstruasi :
 - Haid pertama : 14 Tahun
 - Siklus : $\pm 26-28$ Hari
 - Banyaknya : 3x ganti pembalut/hari
 - Dismenorhea : Ada
 - Teratur/tidak : Teratur
 - Lamanya : 6 hari
 - Sifat Darah : Encer, warna merah muda
4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Tgl Lahir/umur	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Komplikasi		Prolong	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		B	P	Ke	Lakta	Kel
1.	H	A	M	I	L		I	N		I		

5. Riwayat kehamilan ini

- HPHT : 27-10-2020
- TTP : 4-7-2021
- Keluhan-keluhan pada :
 - o Trimester I : Mual, Lemas dan tidak nafsu makan
 - o Trimerter II : Tidak ada
 - o Trimester III : Sering buang Air Kecil
 - o Pergerak janin pertama kali : Mulai terasa sesekali
 - o Pergerakan anak 24 jam :



< 10 kali 10-20 kali > 20 kali

- o Bila > 20x dalam 24 jam, dengan frekuensi :

<15 detik > 15 detik

Keluhan yang dirasakan (bila ada jelaskan)

Rasa Lelah	: 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 saat BAK	: Tidak ada
Rasa gatal pada vulva vagina dan sekitarnya	: Tidak ada
Pengeluaran cairan pervaginam	: Tidak ada
Nyeri kemerahan, tegang pada tungkai	: Tidak ada
Odema	: Tidak ada
Lain-lain (jelaskan)	: Tidak ada
Obat-obatan yang dikonsumsi	: Tidak ada
Kekhawatiran khusus	: Tidak ada

Pola eliminasi

BAK : Frekuensi : 8 x/hari Warna : kuning jernih

Keluhan waktu BAK : Tidak ada

BAB : Frekuensi : 1x/hari Warna : kuning

Konsistensi : Padat

Aktivitas sehari-hari

Pola istirahat dan tidur : 1 jam siang , 6 jam malam

Seksualitas : Tidak ada

Pekerjaan : Wiraswasta (Pedagang)

Imunisasi TT 1 Tanggal : Ada pada TM II

Imunisasi TT 2 Tanggal : Ada Pada TM II

Kb yang pernah digunakan : Tidak ada

6. Riwayat penyakit sistemik yang pernah ada

Jantung : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma/TBC Paru : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

DM : Tidak ada

Hypertensi : Tidak ada

Epilepsi : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

Riwayat penyakit keluarga

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

DM : Tidak ada

Gemeli : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

6. Riwayat sosial

Status perkawinan : Menikah

Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan :

direncanakan tidak direncanakan

diterima tidak diterima

Dukungan suami/keluarga terhadap kehamilan :

ada dukungan tidak ada dukungan

Pengambilan keputusan dalam keluarga

suami ibu hamil mertua/orangtua Pola

makan/Minum

- Jenis makanan yang dimakan : Nasi, tahu , ikan dan sayur
- Frekuensi : 3x sehari
- Banyaknya : 1 piring/makan
- Perubahan makan yang dialami (ngidam,nafsu makan berkurang,dll)
- Minum : 2,5-3 liter/hari

Kebiasaan merokok : Tidak merokok

Minuman keras : Tidak minum minuman keras

Obat terlarang : Tidak

Kegiatan sehari-hari (beban kerja): Bersihkan rumah

Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan membantu persalinan : Bidan

Hermayanti

B. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBJEKTIF)

1. Status Emosional : Baik

2. Pemeriksaan fisik

BB : 65 kg

TB : 155 cm

Lila : 31 cm

BB Sebelum hamil : 52 kg

IMT : 27cm

3. Tanda Vital

TD : 110/80 mmhg

Nadi : 83 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,5 °c

4. Kepala

Kulit kepala : Bersih

Distribusi rambut : Lebat

5. Wajah

Odema : Tidak ada

Cloasma Gravidarum : Tidak ada

Pucat : Tidak Pucat

6. Mata

Conjungtiva : Merah jambu

Sklera mata : Putih bersih

Odem Palpebra : Tidak ada odema

7. Hidung

Polip : Tidak ada

Pengeluaran : Tidak ada

8. Mulut

Lidah : Bersih

Stomatitis : Tidak ada

Karang gigi	: Ada
Berlobang	: Ada
Epulis pada gusi	: Tidak ada
Tonsil	: Tidak Meradang
Pharynx	: Tidak Meradang

9. Telinga

Serumen	: Tidak ada
Pengeluaran	: Tidak ada

10. Leher

Luka bekas operasi	: Tidak ada
Kelenjar thyroid	: Tidak ada pembesaran Kelenjar thyroid
Pembuluh limfe	: Tidak ada pembesaran pembuluh limfe

11. Dada

Mammae	: Asimetris
Areola Mammae	: Hitam kecoklatan
Puting susu	: Menonjol di sebelah kiri dan kanan terbenam kedalam.
Benjolan	: Tidak ada
Pengeluaran dari puting	: Tidak ada

12. Aksila

Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada Pembesaran

13. Abdomen

Pembesaran	: Tidak simetris
Linea	: Nigra

Striae : Albican

Bekas luka operasi : Tidak ada

Pemeriksaan Khusus Kebidanan

Leopold I : Teraba bagian bulat dan lunak (Bokong)

Leopold II : Teraba bagian panjang, memapan di bagian perut sebelah kiri ibu yaitu punggung, dan bagian kecil, kosong di perut bagian kanan yaitu ekstremitas.

Leopold III : Teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)

Leopold IV : Bagain terbawah janin sudah masuk PAP

TBJ : 3.565 Gram

Kontraksi : Ada

TFU : 34 cm

- Bagian janin yang terdapat di fundus uteri : Bokong
- Bagian tegang / memapan : Perut bagian kiri
- Bagian kecil : Perut bagian kanan
- Presentasi : Kepala
- Penurunan bagian terbawah : Sudah masuk PAP (Divergen)
- Auskultasi

DJJ : Ada Frekuensi : 138x/menit

- Pemeriksaan panggul luar

Distansia spinarum : 26 cm

Distansia kristarum : 30 cm

Conjugata Eksterna : 20 cm

Lingkar Panggul Luar : 93 cm

14. Genetalia

Vulva

- Pengeluaran : Tidak ada
- Varices : Tidak ada
- Kemerahan lesi : Tidak ada

Perineum

- Bekas luka/luka parut : Tidak ada
- Lain-lain : Tidak ada

15. Pinggang

CVAT : Tidak dilakukan

Nyeri : Tidak ada

16. Ekstermitas

Odema pada tangan/jari : Tidak ada odema

Odema pada kaki/jari : Tidak ada odema

Varices : Tidak ada

Refleks Patella : Normal

C. UJI DIAGNOSTIK**Pemeriksaan laboratorium**

Hb : Tidak dilakukan Golongan darah : O

Haemotokril : Tidak dilakukan pemeriksaan

Protein Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

Glukosa Urine : Tidak dilakukan pemeriksaan

II. INTERPRETASI DATA**DIAGNOSA**

Ny. F G1P0A0, Usia kehamilan 38 minggu , Intra Uterine, Presentasi Kepala, PU-KI, Janin Tunggal, Hidup, Sudah Masuk PAP, Keadaan ibu dan janin baik.

DS :

- Ibu mengatakan ini kehamilan pertama
- ibu mengatakan usi kehamilan 38 minggu BAK meningkat

DO :

- HPHT : 27-10-2020
- Pada pemeriksaan leopold teraba kepala dibagian bawah
- Teraba Punggung disebelah perut kiri ibu dan ekstremitas disebelah kanan perut ibu
- Janin Tunggal
- DJJ 138x/menit
- Kepala sudah masuk PAP

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : KIE Tanda-tanda Persalinan

III. MASALAH DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. KEBUTUHAN DAN TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Jelaskan mengenai kenaikan berat badan ibu

3. Berikan Informasi tentang mengkonsumsi makanan yang seimbang.
4. Jelaskan tanda bahaya pada Kehamilan
5. Jelaskan Tanda-Tanda Persalinan
6. Diskusikan Persiapan Persalinan
7. Anjurkan untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu yang akan datang atau jika ada keluhan.

VI. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada ibu dan janin dalam keadaan baik:

TD : 110/80 mmhg

Nadi: 83 x/menit

Pernapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,5 °c

Djj : Normal

Kepala sudah masuk PAP

2. Menjelaskan kenaikan berat badan ibu normal, Menurut Walyani (2015) IMT normal adalah 19,8 -26 Pada IMT normal rekomendasi kenaikan berat badan selama hamil adalah 11,5 – 16 kg.
3. Memberikan informasi tentang konsumsi makanan yang seimbang dan bergizi, terkhusus dalam meningkatkan dan menjaga kestabilan kadar hb dalam darah ibu seperti mengkonsumsi nasi, sayuran (bayam, sawi , brokoli), lauk (tempe, tahu, ikan laut, telur), buah (jambu biji, tomat, jeruk, terong belanda, pepaya), dan banyak mengkonsumsi air putih.
4. Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan
 - a. Perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua.
 - b. Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala dan

- kejang.
- c. Demam atau panas tinggi.
 - d. Air ketuban keluar sebelum waktunya.
 - e. Bayi dikandung gerakannya berkurang atau tidak bergerak
 - f. muntah terus, tidak mau makan
5. Menjelaskan tanda-tanda persalinan
 - a. Timbul rasa mules yang teratur jaraknya dan lama
 - b. Keluar lendir campur darah dari jalan lahir
 - c. Keluar cairan ketuban dari jalan lahir
 6. Mendiskusikan persiapan saat persalinan, yaitu tempat untuk bersalin, pendamping saat bersalin, perlengkapan ibu dan bayi untuk bersalin, biaya atau pakai kartu BPJS, asupan ibu yang seimbang dan keadaan fisik yang baik .
 7. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Ibu sudah mengetahui tentang kenaikan berat badannya normal.
3. Ibu sudah mengetahui makanan yang seimbang dan bergizi
4. Ibu sudah mengetahui tanda bahaya kehamilan
5. Ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan
6. Ibu sudah mempersiapkan tempat persalinan yaitu di BPM hermayanti, menggunakan BPJS, perlengkapan bayi dan ibu sudah lengkap, yang

menjadi pendamping saat persalinan ibu atau saudara perempuan.

7. Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan.

3.2 PERSALINAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI (BPM) HERMAYANTI PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2021

Tanggal Pengkajian : 3 juli 2021
 Jam : 10.00 wib
 Tempat Pengkajian : BPM hermayanti
 Nama Mahasiswa : Cahaya Damayanti Rambe
 Nim : 20100004

I. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS PASIEN :

1. Nama : Ny.F
2. Umur : 23 Tahun
3. Agama : Islam
4. Suku Bangsa : Batak, Indonesia
5. Pendidikan : SMA
6. Pekerjaan : IRT
7. Alamat : Jl. Topi

IDENTITAS SUAMI :

- Nama : Tn. A
- Umur : 26 Tahun
- Agama : Islam
- Suku Bangsa : Batak, Indonesia
- Pendidikan : SMA
- Pekerjaan : Wiraswasta
- Alamat : Jl. Topi

B. ANAMNESA (DATA SUBYEKTIF)

Tgl 3 Juli 2021 Pukul 10.00 wib

1. Alasan utama pada waktu masuk : Ibu mengatakan ingin Melahirkan dan keluar lendir dan air ketuban

2. Tanda-Tanda Persalinan :

❖ Kontraksi sejak tanggal 3 Juli pukul 10.00 wib

❖ Frekuensi 2 kali setiap 10 menit, lamanya 40 detik

❖ Lokasi ketidaknyamanan: Sekitar perut menjalar ke pinggang

❖ Pengeluaran Pervaginam (✓) ada () Tidak ada

❖ Air Ketuban (✓) ada () Tidak ada

❖ Darah (✓) ada () Tidak ada

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 27-10-2020

Lamanya : 5-6 Hari

Siklus : ±26-28 hari

ANC : Tidak teratur

- Frekuensi 1 kali sebulan di Trimester 3

- Di Klinik dan Puskesmas

Keluhan dan Penyulit pada kehamilan ini :

Anemia : Tidak ada

PE : Tidak ada

Epilepsi : Tidak ada

DM : Tidak ada

Jantung : Tidak ada

4. Riwayat Imunisasi : Imunisasi TT 2 kali

TT1 di TM 2

TT2 di TM 2

5. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : >20 kali
6. Persiapan dalam menghadapi persalinan (✓) siap () tidak siap
7. Pendamping persalinan yang di inginkan : Ibu Ny.F

	W/Thn Partus	Tempat Partus	Durasi Kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Anak			Nifas		Keadaan anak sekarang
						jenis			jenis	tasi	
	H	A	M	I	L	I		N	I		

8. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBYEKTIF)

1. Penampilan Fisik : Baik
Keadaan emosional : Stabil
2. Tanda Vital :
TD : 110/70 mmHg
RR : 22x/menit
Pols : 80x/menit
Temp : 36,5°C
3. Tinggi Badan : 155 cm
4. Berat Badan : 65 kg
5. Muka : Tidak ada kelainan
Kelopak Mata : Tidak ada

Oedema Konjungtiva : Tidak ada

Anemis Sklera : Tidak Ikterik

6. Mulut dan gigi :

Lidah dan gigi : Tidak ada Carries

Stomatitis Tonsil : Tidak Meradang

Pharing : Tidak Meradang

7. Leher :

Kelenjer Tyroid : Tidak ada Pembengkakan

Kelenjer getah bening: Tidak ada Pembengkakan

Pembengkakan/Pembesaran :

Dada : () Simetris (✓) Asimetris

Paru : (✓) Ekstra Systole () Waizzing

Payudara : () Simetris (✓) Asimetris

Puting susu : (✓) Masuk Kedalam di bagian kanan dan kiri menonjol.

() Datar

() Menonjol

Benjolan : () ada, Jelaskan....

(✓) Tidak ada

Pengeluaran : () ada, Jelaskan....

(✓) Tidak ada

Kolustrum rasa nyeri : () ada, Jelaskan....

(✓) Tidak ada

- Lain-lain : Tidak ada
8. Abdomen : () Simetris (✓) Asimetris
- Pembesaran : Tidak ada
- Benjolan : () Mioma
() Lain-lain.... jelaskan
- Ada bekas luka operasi : Tidak ada
- Strie : () Livide (✓) Albicans
- Linea : () Alba (✓) Nigra
- Pembesaran Liver : () ada, Jelaskan....
(✓) Tidak ada
- Ada Kandung Kemih : () Penuh
(✓) Kosong

Pemeriksaan Kebidanan Pada Kala I

- Tanggal : 3 Juli 2021 Pukul : 10.00 wib
- Palpasi Uterus :
- Tinggi Fundus Uterus : 34 Cm
- Kontraksi : 3 x10 lama 40 detik
- Letak : () Melebar (✓) Memanjang
- Presentasi : Kepala
- Posisi : () Puka (✓) Puki
- Penurunan Kepala : Hodge III 2/5
- Pergerakan : >20 kali
- Auskultasi :
- DJJ : Ada

Frekuensi : 138 kali/menit
 Pukhtum Maksimum : Kwadrah kiri bawah pusat
 9. Anogetil :
 Luka Parut : () Ada (✓) Tidak ada
 Vulva dan vagina : () Ada Fistula (✓) Tidak ada
 Warna : Merah Kecoklatan
 Luka : Tidak ada
 Pengeluaran Pervaginam : Lendir dan Air ketuban
 Kelenjer Bartholin : Tidak ada Pembengkakan
 Anus : Tidak ada Kelainan
 Hemoroid : () Ada (✓) Tidak ada
 Pemeriksaan Dalam : 7 cm
 Dinding Vagina :
 Portio : (✓) Teraba () Tidak Teraba
 Posisi Portio : (✓) Antefleksi () Retro Fleksi
 Pembukaan Serviks : 7 cm
 Konsistensi : (✓) Lembek () Kaku
 Penurunan Bagian Terendah : Hodge 3
 () UUK Ki-dep (✓) UUK Ka-dep
 () UUK Ki-bel () UUK Ka-bel
 Spina Ischiadica : (✓) Runcing () Tumpu
 Promontorium : () Teraba (✓) Tidak Teraba
 Teraba Linea Inominata : () Teraba 1/2 (✓) Teraba 2/3
 Areus Pubis : (✓) < 90% () >90%

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa

NY. F, 23 Tahun, G1P0A0, Hamil 38 minggu, janin tunggal, Hidup, Intra uterine, PU-KI, Presentasi kepala, Sudah Masuk PAP, Inpartu kala I fase Laten, keadaan ibu dan janin baik.

DS:

- Ibu mengatakan adanya pengeluaran lendir campur darah dan bercampur air ketuban.
- Ibu mengatakan ada rasa sakit dari perut menjalar ke pinggang
- Ibu mengatakan ini Kehamilan yang pertama

DO :

- HPHT : 27-10-2020
- TTP : 4-7-2021
- Pembukaan : 2 cm
- Kontraksi : Baik
- Penurunan Kepala : Hodge III
- Tonus Otot Longgar dan terdapat Striae albicans

Masalah : ibu Merasa Cemas

Kebutuhan : Motivasi dan Pendamping Persalinan

III. ANTISIPASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Informasikan pada ibu tentang keadaannya
2. Anjurkan ibu untuk melakukan vulva hygiene dan kosongkan kandung kemih
3. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan
4. Perhatikan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu
5. Lakukan Pemeriksaan kembali pukul, 15.00 wib
6. Lakukan Pemeriksaan Pukul 19.00 wib
7. Berikan dukungan emosional
8. Anjurkan ibu untuk memilih posisi persalinan senyaman mungkin
9. Lakukan pijat dalam mengurangi rasa sakit
10. Lakukan pemeriksaan pukul 22.00 wib
11. Dokumentasikan semua hasil tindakan dalam lembar partograf.

VI. PELAKSANAAN

1. Menginformasikan kepada ibu tentang keadaanya :
 - a. TD : 110/70 mmHg
 - b. Pernapasan : 22x/menit
 - c. Nadi : 80x/menit
 - d. Suhu : 36,5°C
 - e. DJJ : 138x/menit pukul. 10.15 wib
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, Memberikan wadah penampung urine Pukul. 10.20 wib.
3. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan sehingga mempercepat penurunan kepala

dan kontraksi pukul 10.22 wib.

4. Memperhatikan 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 Pukul 10.30 wib
5. Lakukan Pemeriksaan Pukul : 15.00 wib
Pembukaan 3 cm, Ketuban Merembes dan His semakin kuat 3x10 menit lamanya 35 detik, Penurunan kepala di Hodge 2, Djj 140x/i , TD : 120/ 80 mmHg, Suhu 36,2°C, Pernapasan 22 x/menit dan nadi 80 x/menit dan Volume Urine 100 cc.
6. Lakukan Pemeriksaan Pukul 19.00 wib
Pembukaan 7 cm, Ketuban Merembes dan His semakin kuat 4x10 menit lamanya 45 detik, Penurunan kepala di Hodge 3, Djj 140x/i , TD : 120/ 80 mmHg, Suhu 36,2°C, Pernapasan 20 x/menit dan nadi 84 x/menit dan Volume Urine 50 cc.
7. 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 Pukul 20.00 wib
8. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai keinginan ibu. Selama persalinan dan kelahiran anjurkan pula 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 sebelah kiri. Lakukan pemijatan dalam mengurangi rasa

sakit pukul 20.03 wib

9. Melakukan Pijat Dalam Mengurangi Rasa Sakit

10. Melakukan Pemeriksaan Pukul 22.00 wib

Pembukaan 10 cm, Ketuban (-) dan His semakin kuat 5x10 menit lamanya detik, Penurunan kepala di Hodge IV, Djj 144x/i , TD : 110/ 80 mmHg, Suhu 36,2°C, Pernapasan 22 x/menit dan nadi 82 x/menit dan Volume Urine 50 cc.

11. Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan dalam lembar partograf

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Ibu sudah melakukan vulva hygiene dan mengosongkan kandung kemih
3. Ibu telah mengerti dan melakukan posisi yang nyaman selama persalinan
4. Ibu dan keluarga telah mencukupi kebutuhan nutrisi
5. Pemeriksaan sudah dilakukan
6. Pemeriksaan sudah dilakukan
7. Keluarga sudah mengerti untuk mendukung ibu selama persalinan
8. Ibu sudah mengetahui posisi bersalin
9. Nyeri berkurang
10. Sudah dilakukan pemeriksaan
11. Sudah didokumentasikan dalam lembar partograf

II. PENGKAJIAN KALA II

I. PENGKAJIAN

Tanggal : 3 Juli 2021

Pukul : 22.10 wib

ANAMNESA (SUBJEKTIF)

- Keinginan Meneran : () Ada () Tidak ada
- Perasaan Adanya tekanan anus dan Vagina: () Ada () Tidak ada
- Rasa Nyeri : () Ada () Tidak ada

PEMERIKSAAN FISIK (OBJEKTIF)

1. Penampilan Fisik : Baik
2. Keadaan Emosional : Stabil
3. Tanda Vital :
 - TD : 110/80 mmHg
 - Pernapasan : 20x/menit
 - Nadi : 86x/menit
 - Suhu : 36,7°C
4. Pemeriksaan Kebidanan
 - a. Abdomen :
 - His : 5x10 lamanya 50 detik
 - Djj : 140 kali/menit
 - b. Genitalia :
 - Perineum : () Menonjol, karena adanya penekanan bagian terbawah janin () Tidak ada
 - Vulva/Anus : () Terbuka () Tidak Terbuka
 - Bagian Janin : () Terlihat Maju Mundur () Terlihat Menetap

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. F Partus Kala II

Data dasar :

DS : Ibu kesakitan saat adanya his yang adekuat

DO : Pembukaan serviks 10 cm (lengkap), terlihat kepala maju mundur di introitus vagina, His 5 x/10 menit selama 45 detik, DJJ : 140 x/i, Adanya dorongan yang kuat untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membukadkan ibu mengatakan ingin BAB

Masalah : Ibu merasa kesakitan dan cemas

Kebutuhan: Dukungan dan Motivasi

III. ANTISIPASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 3 Juli 2021

Pukul : 22.10 wib

1. Persiapan pertolongan persalinan
2. Berikan 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

1. Mempersiapkan pertolongan persalinan dengan mempersiapkan diri (sarung tangan, pelindung pribadi, celemek, penutup kepala, masker dan alas kaki) Pukul 22.10 wib
2. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama ibu bersalin Pukul 22.12 wib.
3. Menjelaskan jenis posisi dalam persalinan memberi kebebasan pada ibu untuk memilih posisi ibu sesuai dengan keinginan ibu yaitu posisi miring ke kiri, posisi lithotomi dalam membimbing ibu mengedan Pukul 22.14 wib.
4. Memberikan informasi kemajuan persalinan dengan memberi dukungan semangat kepada ibu dan keluarga bahwa ibu segera melahirkan/menganjurkan ibu untuk mencegah dehidrasi dan ibu istirahat diantara kontraksi Pukul 22.15 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 Pukul 22.15 wib.
6. Menjaga privasi ibu dengan menutup tubuh pasien dengan kain setelah dilakukan pemeriksaan dan saat tidak ada kontraksi Pukul 22.17 wib.
7. Memimpin ibu untuk meneran.
 - a. Kepala tampak 5-6 cm di depan vulva
 - b. Memberi alas/underpet dibawah bokong ibu dan meletakkan handuk diatas perut ibu
 - c. Cuci tangan/pasang handscoon

- d. Melindungi perineum ibu dengan satu tangan dan tiga jari tangan kiri berada di sub occiput untuk melindungi kepala bayi agar tidak terjadi depleksi secara tiba-tiba, maka lahirlah secara berturut-turut UUK dan UUB/dahi, mata, hidung, dagu dan lahirlah keseluruhan kepala bayi.
- e. 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 ke punggung bayi sanggah kemudian susur maka lahirlah bayi secara keseluruhan
- f. Letakkan bayi diatas perut ibu dan nilai apgar score (nilai 6) lalu bungkus kepala bayi/sampai kaki bayi kecuali talipusat.
- g. 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.
- h. Lakukan pengisapan lendir bayi.
- i. Ganti Bedung Bayi dan lakukan IMD.

VII. EVALUASI

1. Pertolongan Persalinan sudah disiapkan
2. Ibu sudah mendapatkan dukungan emosional dari keluarga dan bidan
3. Ibu memilih posisi bersalin miring ke kiri dan lithotomi

4. Ibu sudah mengetahui kemajuan persalinannya
5. Sudah terpenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan
6. Kebersihan Perineum ibu terjaga
7. Kandung kemih ibu kosong
8. Privasi ibu sudah dijaga
9. Ibu sudah di pimpin untuk bersalin Dimana bayi baru lahir spontan,
Pukul 22.35 wib, Jk : Perempuan, Berat Badan, 3300 gram, PB : 48
cm, Apgar Score 6, Perdarahan \pm 100 cc, kandung kemih kosong,
Kontraksi uterus baik , TFU setinggi Pusat dan Plasenta Belum Lahir.

III. PENGKAJIAN KALA III

I. PENGKAJIAN

Tanggal : 3 Juli 2021

Pukul : 22. 40 Wib

A. ANAMNESISA

- Keinginan Meneran : () Ada () Tidak ada
- Mulas : () Ada () Tidak ada
- Keluhan Lain : Tidak ada

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Penampilan Fisik : Baik
2. Keadaan Emosional : Stabil
3. Tanda Vital :
 - TD : 110/70 mmHg
 - Nadi : 87x/menit
 - Pernapasan : 23 x/menit
 - Suhu : 36,8C

4. Pemeriksaan Kebidanan :
- a. Abdomen :
- TFU : Setinggi Pusat
- Konsistensi Uterus : (✓) Keras () Lunak
() Lembek () Melebur
- Kandung Kemih : (✓) Kosong () Penuh
- b. Genital :
- Tali Pusat : (✓) Semakin Memanjang () Menetap
- Pengeluaran darah Vagina : ± 100 cc
5. Pemeriksaan Plasenta
- Permukaan maternal : Kotiledon lengkap
- Permukaan Fetal : Lengkap
- Keutuhan selaput khorion dan amnion : Utuh
- Diameter plasenta : 22 cm
6. Pengkajian Tali Pusat :
- a. Insersi Tali Pusat : Normal
- b. Panjang Tali Pusat : 48 cm

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny F Partus Kala III

DS : ibu mengatakan perutnya masih mules

DO : Plasenta Belum Lahir dan Tfu setinggi Pusat

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Dukungan dan Motivasi

III. ANTISIPASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 3 Juli 2021

Pukul : 22.45 wib

1. Berikan Informasi Kepada ibu tentang pemeriksaan yang dilakukan
2. Lakukan pertolongan Manajemen Aktif Kala III
3. Observasi keadaan ibu dan Dokumentasikan dalam Lembar Partograf

VI. PELAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan:
 - a. TD : 110/70 mmHg
 - b. Pols : 87x/menit
 - c. RR : 23 x/menit
 - d. Suhu : 36,8°C
2. Melakukan pertolongan manajemen aktif KALA III:
 - ✓ Memakai sarung tangan
 - ✓ Menyuntikkan oksitosin 10 UI secara IM
 - ✓ Lihat tanda-tanda pelepasan Plasenta yaitu tali pusat semakin memanjang, semburan darah secara tiba-tiba, Kontraksi Adekuat
 - ✓ Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari arah vulva
 - ✓ Masase Fundus Uteri searah jarum jam
 - ✓ Melakukan peregangan tali pusat terkendali

- ✓ Tangan kiri melakukan dorsokranial sehingga plasenta lepas dan tangan kanan melakukan PTT
 - ✓ Saat plasenta muncul di intraotus vagina lahirkan vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta sehingga selaput ketuban terpinil, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadahnya
 - ✓ Lakukan massage uterus sampai uterus berkontraksi dengan baik
 - ✓ Evaluasi jalan lahir pada vagina dan perenium terlihat adanya robekan derajat 2
 - ✓ Pastikan uterus berkontraksi dengan baik Evaluasi : Plasenta lahir spontan pukul 22.45 Wib, selaput ketuban utuh panjang tali pusat \pm 48 cm diameternya \pm 1,5 cm
3. Mengobservasi keadaan ibu dan mendokumentasikan dalam lembar partograf.

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Sudah dilakukan pertolongan persalinan Kala III dimana Plasenta Lahir Lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan \pm 250 cc, terdapat laserasi jalan lahir derajat 2
3. Ibu sudah diobservasi dan didokumentasikan di lembar partograf.

IV. PENGKAJIAN KALA IV

I. PENGKAJIAN

Tanggal : 3 Juli 2021

Pukul : 22.50 wib

A. ANAMNESISA

1. Perasaan : () Gembira () Sedih, merasa tertekan
jelaskan.....
2. Keluhan Fisik :
 - Mules : () Ada () Tidak ada
 - Lelah : () ada , ibu merasa lelah setelah melahirkan
() Tidak ada
 - Kedinginan : () Ada () Tidak ada
 - Nyeri : ada, dibagian perut
 - Kontraksi : () Ada () Tidak ada
 - Haus : () Ada () Tidak ada
 - Lapar : () Ada () Tidak ada
 - Lain-Lain : () Ada () Tidak ada

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Penampilan Fisik:
 - a. Pucat : Tidak
 - b. Gelisa : Tidak
 - c. Keringat : Tidak ada
 - d. Gemetar : Tidak ada
2. Keadaan Emosional: Baik
 - a. Nampak Takut : Tidak ada
 - b. Lain-lain : Tidak ada
3. Tanda Vital :
 - a. TD : 110/70 mmHg

- b. RR : 22x/menit
 c. Pols : 80 x/menit
 d. Suhu : 36,7°C

4. Pemeriksaan Kebidanan:

- a. Abdomen :
- TFU : 2 Jari dibawah Pusat
- Konsistensi Uterus : (✓) Keras () Lembek
 () Bulat () Penuh
- b. Genital :
- Luka Jalan Lahir : (✓) Ada () Tidak ada
- Pengeluaran darah Pervaginam: ± 200 cc

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny. F Bersalin Kala IV

DS : ibu mengatakan perutnya masih terasa mules

DO: - TFU 2 jari dibawah pusat

- Kontraksi Baik

Masalah : Lelah

Kebutuhan : Asupan makanan dan minuman

III. ANTISIPASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Berikan informasi tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan

2. Jelaskan pada ibu tentang laserasi jalan lahir yang di alaminya dan tindakan yg akan dilakukan
3. lakukan hecing laserasi jalan lahir
4. Observasi kontraksi uterus, TTV dan kandung kemih
5. Berikan ibu asupan makanan dan minum
6. Jelaskan tanda bahaya kala IV
7. Lakukan penimbangan dan pengukuran antropometri pada bayi
8. Memberikan salep mata pada bayi
9. Berikan Vit k pada bayi
10. Bersihkan ibu dan tempat persalinan
11. Lakukan rawat gabung
12. Dokumentasikan hasil pemeriksaan yang dilakukan

VI. PELAKSANAAN

1. Memberikan informasi tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan:
 - a. TD : 110/70 mmHg
 - b. RR : 22 x/menit
 - c. Nadi : 80 x/menit
 - d. Suhu : 36,7°C
2. Menjelaskan pada ibu tentang ruptur laserasi jalan lahir yang dialami ibu di derajat II dan akan dilakukan hecing Pukul 23.00 wib
3. Melakukan hecing pada ibu terhadap laserasi jalan lahir derajat 2 yang dialami ibu dengan menggunakan hecing set Pukul 23.05 wib

4. Mengobservasi kontraksi uterus (Kontrakasi baik) , kandung kemih (kosong), dan TTV(normal) dalam 15 menit pertama pada jam pertama, pada jam kedua setiap 30 menit sekali Pukul 23.30 wib
5. Memberikan ibu makan dan minum karena setelah melahirkan ibu merasa lelah Pukul 23.35 wib
6. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya di Kala IV yaitu kontraksi yang tidak baik ditandai oleh uterus yang tidak berkontraksi atau uterus ibu lembek dan terjadi perdarahan secara tiba-tiba dalam jumlah yang banyak Pukul 23.37 wib.
7. Melakukan penimbangan dan pengukuran pada bayi dimana hasil yang didapatkan : BB : 3300 gram PB : 48 cm, JK : Perempuan (23.37 wib)
8. Memberikan salep mata pada bayi dengan salep tetrasiklin 1 % untuk mencegah infeksi (23. 38 wib)
9. Memberikan Vit K pada bayi untuk mencegah perdarahan dengan dosis 1 mg di paha kanan. (23.40 wib)
10. Membersihkan ibu dengan air DTT menggunakan waslap, memakai pembalut dan kain bersih (23.45 wib)
11. Melakukan rawat gabung ibu dan bayi untuk bonding attachment dan belajar menyusui.(jam 23. 47 wib)
12. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan (23. 50 wib)

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui tentang pemeriksaan yang dilakukan
2. Ibu sudah mengerti tentang lacerasi jalan lahir yang dialami ibu dan bersedia untuk di hecting

3. Telah dilakukan heacting laserasi jalan lahir
4. Ibu sudah makan nasi, telur dan minum teh manis
5. Kontrakasi uterus ibu baik
6. Ibu sudah mengetahui tanda bahaya kala IV
7. Pemeriksaan Antropometri sudah dilakukan
8. Salep mata sudah diberikan
9. Suntikan Vit K sudah diberikan
10. Ibu sudah dibersihkan dan sudah merasa nyaman
11. Ibu dan bayi sudah dipindahkan ke tempat perawatan dan melakukan bounding attechmant
12. Semua hasil pemeriksaan dan tindakan sudah di dokumentasikan.

3.3 MASA NIFAS

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU MASA NIFAS DI BIDAN PRAKTIK
MANDIRI (BPM) HERMAYANTI PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2021**

Tanggal pengkajian : 4 Juli 2021
 Jam : 06.00 wib
 Tempat Pengkajian : BPM Hermayanti
 Nama Mahasiswa : Cahaya Damayanti
 NIM : 20100004

I. PENGKAJIAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Identitas Pasien

Nama : Ny. F

- Umur : 23 Tahun
- Agama : Islam
- Suku/Bangsa : Batak, Indonesia
- Pendidikan : SMA
- Pekerjaan : IRT
- Alamat : Jl. Topi
- Identitas Penanggung Jawab/Saudara :
- Nama : Ny. H
- Umur : 38 Tahun
- Agama : Islam
- Suku/Bangsa : Batak, Indonesia
- Pendidikan : SMA
- Pekerjaan : PNS
- Alamat : Timbangan
2. Alasan masuk : Ingin melahirkan
3. Keluhan Utama : Ibu mengatakan perutnya masih mules
4. Riwayat Kesehatan
- a. Riwayat Kesehatan Dahulu : Ibu dalam keadaan sehat
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Ibu mengeluh sering pusing
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Hipertensi
5. Riwayat Perkawinan
- Nikah 1 kali, umur 22 tahun, dengan suami umur 25 tahun, lama pernikahan 1 tahun.
6. Riwayat Obstetri : Tidak ada

- a. Riwayat Menstruasi Menarche : 13 Tahun
- Siklus : ±26-28 Hari
- Lama : 5 Hari
- Banyaknya darah : 3 Kali ganti pembalut
- Bau : Amis
- Warna : Merah Tua
- Konsistensi : Cair
- Dismenorrhoe : Ada
- Flour Albus : Tidak ada
- b. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu : Ibu mengatakan ini persalinan ke 1 dengan persalinan normal.
- c. Riwayat Persalinan Sekarang
- 1) Tempat melahirkan : BPM Hermayanti
 - 2) Ditolong oleh : Bidan
 - 3) Jenis persalinan : Normal
 - 4) Lama Persalinan: 12 jam 40 menit
- Catatan waktu :
- Kala I : 12 Jam
- Kala II : 30 Menit
- Kala III : 10 Menit
- Ketuban Pecah : Jam 22.00 wib
- 5) Komplikasi/ kelainan dalam persalinan
- Lama persalinan : Tidak ada
- 6) Plasenta

Lahir : Spontan dan lengkap

Berat : 450 gram

Kelainan plasenta : Tidak ada

Panjang tali pusat : 31 cm

Kelainan tali pusat : Tidak ada

7) Perineum

Robekan Derajat 2

Episiotomi : Tidak ada

Anestesi : Tidak ada

Jahitan dengan hecting

8) Perdarahan

Kala I : 50 ml

Kala II : 100 ml

Kala III : 100 ml

Kala IV : 200 ml

9) Tindakan lain

Infus cairan : Tidak ada

Transfusi golongan: Tidak ada

10) Bayi

a) Lahir : 22.35 wib

b) BB : 3300 gram

c) PB : 48 cm

d) Nilai APGAR : 7-9-10

- e) Cacat bawaan : Tidak ada
 - f) Masa Gestasi : 38 minggu
 - g) Komplikasi : Kala I : Tidak ada
Kala II : Tidak ada
Kala III: Tidak ada
 - h) Air Ketuban banyaknya 200 ml warna Jernih
7. Pola Kebutuhan sehari-hari
- a. Pola Nutrisi : 3 kali sehari
 - b. Pola Eliminasi : BAK 6 kali Sehari BAB : 1 kali sehari
 - c. Pola Aktifitas Pekerjaan : Membersihkan Rumah
 - d. Pola Istirahat : 8 Jam sehari
 - e. Personal Hygiene: 2 kali sehari
 - f. Pola Seksual : Tidak ada selama kehamilan
8. Psikososial Spiritual
- a. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilannya : Baik
 - b. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Ibu Ny. F
 - c. Ketaatan beribadah : Sholat
 - d. Lingkungan yang berpengaruh : Adat Istiadat
Tinggal dengan Keluarga
Hewan peliharaan kucing
Cara masak (daging/sayur) dipotong dahulu baru di cuci

B. DATA OBJEKTIF

- 1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan Umum : Baik

- b. Kesadaran : Kompos mentis
- c. Tanda-tanda vital :

 - TD : 120/70 mmhg
 - Pernapasan : 20x/menit
 - Nadi : 80x/menit
 - Suhu : 36,4°C

- d. BB: Sebelumnya 65 kg Sekarang 56 kg
- 2. Pemeriksaan Fisik/Status Present

 - a. Kepala : Bersih, Rambut rontok
 - b. Muka : Pucat Tidak oedema
 - c. Mata : Konjungtiva Merah, Sklera tidak ikterik
 - d. Hidung : Simetris, bersih dan tidak ada pembesaran
 - e. Telinga : Bersih
 - f. Mulut : bibir kering, Tidak ada Stomatitis
 - g. Leher : Tidak Ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
Tidak ada pembesaran vena jugularis
 - h. Dada : Simetris
 - i. Puting susu : Menonjol sebelah kiri dan terbenam sebelah kanan
 - j. Ketiak : tidak Ada massa, Tidak ada pembesaran getah bening
 - k. Abdomen : Tidak ada Bekas luka operasi, TFU 2 Jari dibawah Pusat
Kontraksi uterus baik
 - l. Genetalia : Perineum utuh, tidak ada Pengeluaran lokhea warna Bau
Konsistensi
 - m. Ekstremitas : tidak ada Oedema, Varises , dan Reflek patella positif

Tungkai simetris : Tidak Turgor

n. Anus : Baik Tidak ada Ambeyen

3. Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa

Ny. F 8 Jam Post Partum

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Rasa Nyaman

III. ANTISIPASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Informasikan tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Jelaskan keluhan mules yang dirasakan ibu
3. Anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini
4. Beritahu ibu nutrisi yang seimbang
5. Ajarkan ibu untuk menyusui dengan baik dan beritahu jadwal pemberian asi
6. Ajarkan ibu perawatan Payudara
7. Beritahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas
8. Minta kesedian ibu untuk dilakukan kunjungan dan pemantauan ibu dan bayi di rumah.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 4 juli 2021

Pukul : 06.00 wib

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan yang dilakukan :

TD : 120/70 mmhg

RR : 20x/menit

Pols : 80x/menit

Suhu : 36,4°C

Perdarahan normal

TFU 2 jari dibawah pusat (06.00 wib)

2. Menjelaskan mules yang dirasakan ibu merupakan hal yang normal, karena rahim yang keras dan mules berarti rahim sedang berkontraksi yang dapat mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas Pukul 06.05 wib.
3. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini seperti miring kekanan dan kiri serta ke kamar mandi untuk membersihkan tubuh dan daerah kelamin ibu. Ibu sudah mengerti dan akan tetap menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia Pukul jam 06.15 wib
4. Memberitahu ibu tentang gizi yang seimbang agar kebutuhan bayi pada masa laktasi bisa terpenuhi seperti makan sayuran, buah-buahan, ikan dan minum susu dan zat gizi yang banyak untuk membantu melancarkan produksi ASI Pukul 06.20 wib
5. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar yaitu dagu bayi menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan menutupi areola mammae. Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik tidak hanya kepala dan leher dan menyusui 2 setiap 2 Pukul 06.30 wib
6. Mengajarkan ibu perawatan payudara mandiri dengan cara di bersihkan

dengan air dingin terlebih dahulu, setelah itu d kompres, dan lakukan pemijatan dengan baby oil, dengan cara Tempatkan kedua tangan diantara kedua payudara kemudian urut ke atas lalu ke samping kemudian urut ke bawah hingga tangan menyanggah payudara kemudian sentakkan ke bawah payudara secara perlahan., Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan saling dirapatkan, kemudian sisi keliling tangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah puting, demikian pula payudara kanan, Telapak tangan menopang payudara pada cara ke-2 kemudian jari tangan kanan dikepalkan lalu buku-buku jari tangan kanan mengurut dari pangkal ke arah puting, lakukan secara rutin dan bersihkan dengan air hangat dan di alap pakai handuk yang kering Pukul 06.35 wib

7. Memberitahu kepada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti pengeluaran lochea berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak pada tangan, wajah dan tungkai, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri pada payudara. Apabila ditemukan tanda bahaya segera ke petugas kesehata Pukul 06.40 wib
8. Meminta kesediaan ibu untuk dilakukan kunjungan lanjutan dirumah untuk memantau keadaan ibu dan bayi Pukul 06.42 wib

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Ibu sudah mengerti mules yang dirasakan ibu adalah normal
3. Ibu sudah melakukan mobilisasi dini
4. Ibu sudah mengetahui gizi yang seimbang
5. Ibu sudah mengerti cara menyusui yang benar

6. Ibu sudah mengerti dengan perawatan payudara yang diberikan
7. Ibu sudah mengetahui tentang tanda bahaya masa nifas
8. Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan lanjutan ke rumah

3.4 BAYI BARU LAHIR

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI (BPM) HERMAYANTI PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2021

Tanggal pengkajian : 4 Juli 2021
 Jam : 08.00 wib
 Tempat pengkajian : BPM Hermayanti
 Nama Mahasiswa : Cahaya Damayanti
 NIM : 20100004

I. Pengkajian Data

A. Data Subjektif

1. Identitas

Identitas Bayi

Nama bayi : Bayi Ny. F
 Tanggal lahir : 3 Juli 2021
 Jenis kelamin : Perempuan
 Berat Badan : 3300 gram
 Panjang Badan : 48 cm
 Lingkar Kepala : 32 cm
 Lingkar Dada : 33 cm

Identitas penanggung jawab / suami

Nama	: Ny. F	Nama Ayah	: Tn. A
Umur	: 23 tahun	Umur	: 26 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Batak, Indonesia	Suku/bangsa	: Batak, Indonesia

- | | | | |
|------------|------------|------------|--------------|
| Pendidikan | : SMA | Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : IRT | Pekerjaan | : Wiraswasta |
| Alamat | : Jl. Topi | Alamat | : Jl. Topi |
2. Keluhan Utama Pada Bayi : Tidak ada
 3. Riwayat Kehamilan :
 - Riwayat obstetrik (ibu) : G1, P1, Ab0, Ah1
 - Keluhan yang dialami : TM1: Mual dan muntah
TM2: Tidak ada
TM3: Sering BAK
 - 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:
 - Obat-obat/jamu : Tidak ada
 - Merokok : Tidak ada
 - Lain-lain : Tidak ada
 - c. Komplikasi
 - Ibu : Tidak ada
 - Bayi : Tidak ada
 4. Riwayat Persalinana :
 - a. Ketuban Pecah : iya

Jam : 22.00 wib

Warna : Jernih

Jumlah : \pm 200 cc

b. Persalinan Sebelumnya:

KALA	LAMA	VITAL SIGN	KEJADIAN	TINDAKAN	KET.
I	12 Jam	110/80	Tidak ada	Tidak ada	-
II	30 Menit	110/70	Tidak ada	Tidak ada	-
III	10 Menit	110/70	Tidak ada	Tidak ada	-
IV	2 jam	110/70	Tidak ada	Tidak ada	-
NIFAS	6-8 Jam	120/70	Tidak ada	Tidak ada	-

5. Riwayat Persalinan

Sekarang Jenis Persalinan : Normal

Ditolong oleh : Bidan

Jam/tanggal lahir : 22. 35 Wib, 3 Juli 2021

Jenis Kelamin : Perempuan

Berat badan : 3300 gram

PanjangBadan : 48 cm

6. Keadaan Bayi Baru Lahir

NO	Aspek Yang di Nilai	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	1	2	2	2
5.	Warna Kulit	1	1	2	2
	Jumlah	6	9	10	10

7. Resusitasi

Penghisapan : ada

Ambubag : Tidak ada

Massage Jantung : Tidak ada

Ransangan : Tidak ada

Lamanya : Tidak ada

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum :

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Kompos Mentis

c. Tanda-Tanda Vital :

TD : 60/30 mmHg

Nadi : 102 x/i

Respirasi : 33x/i

Suhu : 36,3°C

d. BB : Sebelum: 3300 gram , Sekarang : 3300 gram

2. Pemeriksaan Fisik/Status Present

a. Kepala : Rambut, kulit kepala, mesosephal

b. Muka : Tidak pucat, tidak oedema, tidak ikteri

c. Mata : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik

d. Hidung : Simetris, bersih, tidak ada pembesaran, ada sekrete.

e. Telinga : Tidak ada Penumpukan serumen

f. Mulut : bibir merah muda , tidak ada labiopalatosyitis

g. Leher : Tidak Ada pembesaranlimfe, tdk Ada pembesaran vena jugularis

h. Dada : Simetris, Tidak ada Pengeluaran suara

i. Ketiak : Tidak Ada massa, Tidak ada pembesaran

- j. Abdomen : Simetris
- k. Genetalia : Labia Mayora Menutupi Labia Minora
- l. Ekstremitas : Tidak ada Oedema, Varises , dan Reflek patella
positif, Tungkai simetris , Tidak Turgor.
- m. Anus : Normal dan terbuka

Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa kebidanan

Bayi Ny. F Bayi Baru Lahir Normal, Usia 8 Jam, keadaan Umum Baik.

Data Dasar

DS : Bayi Ny. F lahir tanggal 3 Juli 2021 pukul 22.35 wib dengan jenis
Perempuan

DO : Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Tidak ada caput succedenum,
lingkar kepala : 33 cm
- Mata : mata simetris, tidak ada perdarahan dan kotoran, sklera
putih dan konjungtiva merah muda, refleks kedip positif.
- Hidung : pernafasan cuping hidung
- Mulut : bersih, refleks rooting (+)
- Telinga : simetris, terbentuk sempurna, tidak ada pengeluaran.
- Leher : tidak kaku
- Dada : dada simetris, lingkar dada 32 cm
- Abdomen : normal, tidak ada pembesaran hepar
- Tali pusat : dalam keadaan dibungkus dengan kain kassa steril dan

tidak ada perdarahan

- Kulit : kemerahan dan turgor baik
- Punggung : tidak ada spinabifida
- Ekstremitas : atas dan bawah normal, tidak ada polidaktili, dan refleks ka/ki (+)
- Genetalia : bersih, tidak ada kelainan
- Anus : berlubang, tidak ada kelainan, sudah BAB dan BAK
- Masalah : Tidak ada
- Kebutuhan : Perawatan Tali Pusat

III. ANTISIPASI MASALAH DAN DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA DAN KOLABORASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bayinya
2. Mandikan bayi
3. Jaga bayi agar tetap hangat
4. Suntikkan Hb0 Di Paha kanan bagian luar
5. Anjurkan ibu untuk memberikan Asi eksklusif 0-6 bulan dan memberi asi secara secara On Demand
6. Ajarkan ibu dan keluarga untuk tetap menjaga tali pusat tetap kering
7. Beritahu ibu dan keluarga tanda bahaya pada bayi
8. Anjurkan ibu untuk Bonding attachment untuk meningkatkan kasih sayang ibu dan bayi

9. Minta persetujuan ibu untuk dilakukan kunjungan kerumah

VI. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang dilakukan pada bayi :

- TD : 60/30 mmHg
- Nadi : 102 x/i
- Respirasi : 33x/i
- Suhu : 36,3°C

2. Memandikan bayi pada pukul 7.30 wib

3. Menjaga bayi agar tetap hangat pukul 7.32 wib

4. Menyuntikkan Hb0 di Paha kanan Bagian luar dengan dosis 0.5 mg pukul 07.38 wib.

5. Menganjurkan ibu untuk memberikan asi eksklusif 0-6 bulan dan memberikan asi secara on demand setiap 2 jam atau jika bayi haus

6. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menjaga tali pusat tetap kering

7. Memberitahu ibu dan keluarga tanda bahaya pada bayi yaitu Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum, Kejang, Bayi lemah, bergerak hanya jika di pegang, Sesak nafas, Bayi merintih, Pusar kemerahan sampai dinding perut, Demam (suhu tubuh bayi lebih dari 37,5°C atau teraba dingin(suhu tubuh kurang dari 36,5°C) dan warna kulit menguning dan pucat

8. Menganjurkan ibu untuk Bonding attachment untuk meningkatkan ikatan ibu dan bayi

9. Meminta persetujuan ibu untuk dilakukan kunjungan rumah

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan bayinya
2. Bayi Ny. F sudah di Mandikan
3. Bayi Ny. F sudah dibedung dengan kain hangat
4. Bayi sudah disuntik Hb0
5. Ibu bersedia untuk memberikan asi eksklusif
6. Ibu dan keluarga sudah mengerti dengan perawatan tali pusat
7. Ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada bayi
8. Ibu bersedia melakukan bounding attechment.
9. Ibu setuju dilakukan kunjungan kerumah

BAB 4

PEMBAHASAN

Analisis kasus Ny. F secara *Continuity of care* dari kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir di BPM Hermayanti di Kota Padangsidempuan Tahun 2021.

A. KEHAMILAN

Tanggal 30 Juni 2021 Ny. F datang ke BPM hermayanti untuk melakukan pemeriksaan kehamilannya. Pada pengumpulan data Ny. F usia 23 tahun beralamat di jl. Topi kehamilan pertama. Menurut Walyani (2015) Umur adalah lama waktu hidup sejak dilahirkan. Umur sangat menentukan suatu kesehatan ibu, ibu dikatakan beresiko tinggi apabila ibu hamil berusia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. HPHT 27-10-2021. Ny. F merasa pada kehamilan Trimester 3 sering BAK. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil vital sign TD 110/80 mmHg, Nadi 83x/i, Pernapasam 22 x/menit, suhu 36,2°C.

Berat badan Ny.F sebelum hamil 52 kg dan sesudah hamil 65 kg kenaikan berat badan selama hamil 13 kg hamil 7 kg, hasil perhitungan IMT 23,99. Menurut Walyani (2015) IMT normal adalah 19,8 -26 Pada IMT normal rekomendasi kenaikan berat badan selama hamil adalah 11,5 – 16 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil yang kurang kemungkinan dapat menyebabkan abortus, bayi lahir premature, BBLR, terhambatnya pertumbuhan janin dalam kandungan, dan bayi baru lahir mudah terkena infeksi. TB Ny. F yaitu 155 cm. Menurut Marmi (2011) tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm. Jika < 145 cm kemungkinan mengalami panggul sempit.

Pada pemeriksaan LILA didapatkan hasil 31 cm Menurut Jannah (2012), Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Hasil pengukuran antropometri ibu, menunjukkan ibu memiliki ukuran tinggi badan dan LILA yang normal.

Pada pemeriksaan tinggi fundus uteri, hasil pemeriksaan TFU Ny.F adalah 3 jari bawah *prosessus xyphoideus* dalam usia kehamilan 38 minggu. Menurut Jannah (2012), bahwa usia kehamilan 36-38 minggu TFU berada setinggi *prosessus xyphoideus* atau 2-3 jari di bawah *prosessus xyphoideus*.

Hal ini berarti ada kesesuaian antara teori dan kasus. Pada pemeriksaan Leopold, didapatkan hasil pada fundus teraba bokong, pada perut sebelah Kanan teraba punggung janin, pada perut bagian bawah teraba kepala dan kepala sebagian besar sudah masuk panggul karena sulit digoyangkan. Menurut Manuaba (2013), bahwa pada letak yang normal pada fundus uteri teraba bokong, pada perut samping kanan/kiri teraba punggung dan bagian kecil janin, sedangkan pada uterus sebelah bawah teraba kepala. Hal ini berarti letak janin dalam rahim Ny.F normal, tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan hasil bahwa DJJ frekuensi 138 kali/menit, jelas dan kuat, punctum maksimum 3 jari kanan bawah pusat. Menurut Walyani (2015) jumlah denyut jantung janin normal yaitu 120–160 x/menit kuat dan teratur, jika DJJ <120 atau >160 maka kemungkinan ada kelainan pada janin atau plasenta. Pada letak kepala tempat DJJ dibawah umbilikus.

G₁P_{0A0}, umur kehamilan 38 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin puka, presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP. KU ibu dan janin baik. Menurut Diana (2017) diagnose kebidanan pada kehamilan adalah Ny.... (G) (P) (Ab)

(Ah) Usia kehamilan...tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ektrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak, sehingga dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kunjungan ANC didapatkan dari pengumpulan data, pemeriksaan fisik, interpretasi data, pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan teori yang dipelajari sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus terkait penatalaksanaan yang diberikan.

Penatalaksanaan yang lain dilaksanakan sesuai dengan intervensi. Evaluasi didapatkan dari respon ibu terhadap penatalaksanaan yang diberikan, sehingga ibu memahami hasil pemeriksaan dan nasehat yang diberikan.

A. PERSALINAN

Ny.F merasa kenceng-kenceng mulai tanggal 3 juli 2021 pukul 10.00 WIB. Menurut Manuaba (2013), tanda dari kala I persalinan adalah terjadinya his persalinan dengan ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar. Ini menunjukkan antara teori dengan kenyataan tidak terdapat kesenjangan. Pada kasus, berdasarkan HPHT, Ny.F memasuki persalinan pada usia kehamilan 38 minggu. Menurut Oktarina (2016), persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Ny. F merasa cemas dengan persalinannya. Menurut Naim Cemas yang berlebihan menyebabkan kadar hormon stres meningkat (beta-endorphin, hormon adrenokortikotropik [ACTH], kortisol dan epinefrin). Efek kadar hormon yang tinggi dalam menghambat persalinan dapat dikaitkan dengan persalinan distosia.

Cemas yang berlebihan dapat menghambat dilatasi serviks normal, sehingga dapat meningkatkan persepsi nyeri dan mengakibatkan persalinan lama. (Na'im, 2010)
Berdasarkan di atas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan pelaksanaan.

Ketuban Merembes sejak pukul 11.00 wib , Ketuban jernih dan his tidak kuat tanda-tanda persalinan sudah ada. Ketuban Pecah pukul 21.00 wib. Ketuban pecah merupakan suatu keadaan dimana kondisi pasien merasakan pecahnya ketuban disertai dengan tanda inpartu dan setelah satu jam tepat tidak di ikuti dengan proses inpartu sebagaimana (Susiloswati, 2010)

Pembukaan lengkap dialami Ny.F pada tanggal 3 juli 2021 pukul 22.00 wib Pada Kala I berlangsung selama 12 jam . Menurut manuaba, 2014 pada kala I merupakan salah satu masalah yang sering terjadi dalam proses persalinan. Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, untuk kala I fase aktif normalnya berjalan selama 6 jam pada primigravida, sedangkan lama kala I berlangsung pada multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm tiap jam dan multigravida 2 cm tiap jam (Manuaba, 2014).

Pada Kala II berlangsung selama 30 menit Menurut Walyani (2015) lamanya kala II untuk primigravida 1,5 – 2 jam dan multigravida 30 menit – 1 jam. Ini menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Bayi lahir pukul 22.35 WIB dengan apgar score 6 pada Menit pertama (Asfiksia Ringan), Nilai 9 Pada menit ke 5 dan Nilai 10 pada menit ke 15 Plasenta lahir pukul 22.45 WIB. Asfiksia adalah keadaan neonatus yang gagal bernapas secara spontan dan teratur saat lahir atau beberapa saat setelah lahir sehingga mengakibatkan kurangnya oksigen atau perfusi jaringan ditandai dengan hipoksia, hiperkarbi, dan asidosis. Adapun Apgar Score , Asfiksia berat dengan nilai

APGAR 0-3, Asfiksia ringan sedang dengan nilai 4-6, Bayi normal atau sedikit asfiksia dengan nilai APGAR 7-9 dan Bayi normal dengan nilai APGAR 10 (Sarosa et al., 2011). Adapun Penanganan Asfiksia Ringan Pada Bayi Ny. F di Bidan Praktik Mandiri Hermayanti yaitu dengan cara mengisap lendir pada hidung dan mulut. Menurut Vida, 2016 Penanganan Asfiksia Ringan yaitu Pasang Relkiek pernafasan (hisap lendir, rangsang nyeri) selama 30-60 detik. Bila gagal lakukan pernafasan kodok (Frog Breathing) 1-2 menit yaitu kepala bayi ekstensi maksimal beri o₂ 1-2l/menit melalui kateter dalam hidung, buka tutup mulut dan hidung serta gerakkan dagu ke atasbawah secara teratur 20 x/menit.

Setelah menilai apgar Score dilakukan IMD selama 30 menit. Berdasarkan penelitian Ikatan Dokter Anak Indonesia tahun 2011, ditemukan sebagian besar ibu sudah meletakkan bayi di dadanya segera setelah kelahiran. Namun 87% bayi hanya diletakkan dengan durasi kurang dari 30 menit, padahal IMD yang tepat harus dilakukan minimal 1 jam atau sampai bayi mulai menyusu (IDAI, 2016).

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi bersentuhan pada kulit ibu yang dilakukan sekurang-kurangnya satu jam segera setelah lahir. Jika kontak tersebut terhalang oleh kain atau dilakukan kurang dari satu jam maka dianggap belum sempurna dan tidak melakukan IMD (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Lakukan Pematangan Tali Pusat. Berdasarkan Praktik yang dilakukan dengan teori bahwa terdapat kesenjangan antara praktik dengan teori.

Pada kala III, 2 menit setelah bayi lahir petugas menyuntikkan Oksitosin di Paha Bagian Lua dan Mendapatkan adanya tanda-tanda lepasnya plasenta, seperti rahim menonjol diatas simpisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, keluar darah secara tiba-tiba. Setelah terjadi pelepasan plasenta, seluruh

bagian plasenta, tali pusat dan selaput ketuban lahir lengkap. Total waktu yang dibutuhkan untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta adalah 5 menit. Menurut Walyani (2015) Seluruh proses kala III biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir, sehingga didapat antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan.

Setelah plasenta lahir, dilakukan estimasi perdarahan. Ny. F mengeluarkan darah sejumlah kurang lebih \approx 200 cc. menurut Manuaba (2013) perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Sehingga didapat antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan.

Memasuki kala IV petugas melakukan pengawasan dan pemeriksaan laserasi jalan lahir dan terdapat laserasi jalan lahir Derajat 2 Sehingga dilakukan Penghectingan. Salah satu faktor terjadinya perdarahan tersebut adalah laserasi atau robekan jalan lahir yang menyebabkan terbukanya pembuluh darah. Robekan jalan lahir ini dapat mencapai kandung kemih dan organ lainnya, sehingga sangat rentan terkena infeksi. Sehingga dalam penanganan perlu dilakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan (Elisabeth, 2016).

Pengawasan Kala IV selama 2 jam post partum untuk memberikan asuhan pada Ny.F antara lain: mengawasi TD, keadaan umum ibu, tinggi fundus uteri, kontraksi uteri, kandung kemih dan perdarahan post partum dan semua hasilnya normal. Menurut Manuaba (2013) kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan.

Penyusunan pelaksanaan pada kala I dilakukan sesuai dengan teori meliputi penyuluhan tentang tehnik relaksasi dan manfaat nyeri persalinan itu sendiri. Observasi persalinan dilakukan sesuai dengan teori, yaitu: DJJ, his, dan nadi setiap

1/2 jam, pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin dan tekanan darah setiap 4 jam atau sewaktu-waktu jika ada tanda gejala kala II, suhu tubuh dan produksi urin setiap 2 jam, mengajarkan ibu teknik pernafasan yang benar saat ada his, anjurkan ibu makan/minum, anjurkan ibu untuk tidak meneran sampai pembukaan sempurna, anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri, memberikan motivasi dan dukungan, meminta ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB. Pada kala II hingga kala IV penyusunan intervensi yaitu membantu kelahiran bayi dengan APN agar ibu dan bayi sehat dan tidak terdapat permasalahan yang serius serta menilai keadaan bayi baru lahir. Setelah itu dilakukan pemantauan keadaan umum ibu serta bayi. Tidak lupa memberikan injeksi vitamin K dan salep mata .

Menurut JNPK-KR (2017), sedapat mungkin persalinan ditolong dengan 60 langkah APN untuk meminimalisasi adanya komplikasi lain. Keseluruhan pelaksanaan sudah sesuai antara pelaksanaan dengan teori. Dan Ada beberapa yang tidak sesuai seperti penyuntikan Hb0 Tidak dilakukan.

B. MASA NIFAS

Pada saat hari pertama *postpartum* perhatian ibu terfokus pada dirinya sendiri dan masih tergantung dengan orang sekitarnya serta belum bisa bertanggungjawab dalam mengurus bayinya, hal tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan ibu berada pada fase *taking in*. Menurut Astuti (2015) fase *taking in* lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pertama pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan merasa takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.

Pada pemeriksaan nifas 8 jam *postpartum* tanggal 4 juli 2021 didapatkan hasil

ASI belum keluar, bayi sering menyusu dan dibantu dengan susu formula , TFU 2 jari bawah pusat dan lochea rubra. Menurut Prawirohardjo (2011) Pada hari-hari pertama ASI belum banyak, sehingga bayi akan sering menyusu. Apabila ASI sudah banyak bayi akan mengatur sendiri kapan akan menyusu. Menurut Astuti (2015) TFU pada 6 jam post partum adalah 2 jari dibawah pusat sedangkan lochea pada 1-4 adalah lochea rubra.

P_{1A0}, 8 jam post partum, persalinan normal, laktasi, involusi, lochea normal, keadaan umum ibu baik. Diagnose kebidanan sesuai dengan teori yaitu 8 Jam postpartum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, laktasi normal, involusi normal. Lochea normal, KU baik (Manuaba, 2014).

Pada pelaksanaan KN1 Ny. F diberikan Konseling mengenai perawatan payudara, gizi seimbang, ambulasi dini, cara menyusui . Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Nutrisi, Ambulasi, Eliminasi, Kebersihan diri / perineum, Seksual, Senam nifas Keluarga berencana dan Pemberian ASI.

Kondisi psikologis ibu mengalami kecemasan. Menurut Saleha 2014, Kecemasan merupakan suatu keadaan emosional yang tidak menyenangkan yang ditandai dengan rasa ketakutan serta gejala fisik yang menegangkan yang tidak diinginkan. Kelahiran seorang anak menyebabkan tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga yang sudah terbentuk. Sebagian besar wanita mengalami gangguan emosional setelah melahirkan. Bentuk gangguan postpartum yang umum adalah depresi, mudah marah dan mudah frustasi, serta emosional. Gangguan mood selama periode postpartum merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi pada ibu post partum, baik primipara maupun multipara.

Menurut Purwati (2012), mengatakan bahwa respon dan dukungan sosial

keluarga sangat membantu ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan. Ibu yang baru pertama melahirkan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologinya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat yaitu peran menjadi seorang ibu. Dukungan sosial keluarga merujuk pada dukungan sosial yang dirasakan oleh anggota keluarga. Anggota keluarga yang menerima dukungan keluarga merasakan bahwa orang disekitarnya siap memberikan bantuan dan pertolongan jika dibutuhkan (Friedman 2010,). Terdapat empat jenis dukungan sosial keluarga yaitu dukungan informasional, instrumental, penilaian dan emosional. Dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, dukungan informasional yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi), dukungan penilaian (appraisal) yaitu keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga. Dukungan emosional yaitu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Setiadi 2010).

Penyuluhan yang telah diberikan, dilaksanakan ibu dengan sebaik mungkin. Ini menunjukkan kesesuaian antara pelaksanaan pada teori dan kasus nyata. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.

C. BAYI BARU LAHIR

Dalam 8 jam pertama, bayi Ny. F sudah bisa BAK 3 kali, warna kuning jernih, BAB 3x, konsistensi lunak, warna kehitaman. Menurut Tando (2016) dalam waktu

24 jam, bayi mengeluarkan mekonium dan berkemih 20 – 30 cc urine per hari kemudian meningkat menjadi 100 – 200 cc/hari. Kotoran yang dikeluarkan bayi pada hari – hari pertama disebut mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastrointestinal bayi yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu.

Bayi Ny. F diberi minum ASI setiap 2 jam dibantu dengan susu formula, Menurut Tando (2016) ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi dan mengandung zat gizi yang sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitas. ASI diberikan sesuai kebutuhan bayi, biasanya bayi merasa lapar setelah 2-4 jam. Jangan beri susu formula sebelum usis bayi 6 bulan

Tali pusat bayi dibungkus dengan menggunakan kasa steril dan kering tanpa dibubuhi ramuan atau alcohol, segera dibersihkan jika terkena kotoran, kasa diganti setiap mandi atau saat kotor. Menurut Tando (2016) Sisa tali pusat sebaiknya dipertahankan dalam keadaan terbuka, di tutupi kasa bersih / steril, jika tali pusat terkena urine/feses, harus segera dicuci dengan menggunakan air bersih dan sabun kemudian dikeringkan.

Pada pemeriksaan keadaan umum bayi baik, pemeriksaan tanda-tanda vital bayi didapatkan hasil TD: 60/30 mmHg, Nadi : 102 x/i, Respirasi: 33x/i, Suh: 36,3°C. Menurut Tando (2016) suhu bayi normal adalah 36,5 – 37,5⁰C dan pernafasan bayi normal adalah 30 – 60 x/menit. Sedangkan menurut (Kristianansari, 2011).

Pemberian imunisasi HB 0 pada kasusnya dilakukan saat 8 jam setelah bayi lahir. Hal ini tidak sesuai dengan jadwal imunisasi dasar lengkap yaitu imunisasi Hepatitis B digunakan untuk mencegah kerusakan hati. Menurut IDAI 2018

Pemberiaan Hb0 saat usia 0-7 hari.

Bayi Ny.F bayi baru lahir normal, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, ku baik. Menurut Diana (2017) By.Ny....usia....dengan bayi baru lahir, Keadaan umum baik. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Semua poin dari intervensi dilaksanakan sebagai implementasi pada bayi, untuk implementasi selanjutnya dilakukan sesuai keluhan pasien. Ibu melaksanakan anjuran yang diberikan. Keadaan bayi sehat. Ini menunjukkan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Dimana 2 jam pertama bayi sudah diberikan minum asi dan Pemberian Hb0 dilakukan 8 jam setelah bayi baru lahir. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasie

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan Bayi Baru Lahir di BPM Hermayanti Pada Ny. F dengan menggunakan manajemen kebidanan Varney yang dilaksanakan mulai dari 30 juni-4 juli 2021 disimpulkan sebagai berikut.

1. Ny. F G₁P_{0A0} usia 23 tahun selama masa kehamilan tidak ada keluhan khusus yang mengganggu. Pada data obyektif, Penyusunan perencanaan dan pelaksanaan sesuai dengan teori pada kehamilan normal. Hasil evaluasi menunjukkan ibu memahami Konseling yang diberikan.
2. Pada proses persalinan Ny. F keadaan ibu dan janin pada kala I persalinan baik, kemajuan persalinan berlangsung normal. Setelah pembukaan lengkap, dilakukan pertolongan persalinan. Setelah bayi lahir, plasenta lahir lengkap. Pemantauan 2 jam post partum setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

Perencanaan sesuai dengan 60 langkah Asuhan Persalinan Normal. Penatalaksanaan sesuai dengan perencanaan yang disusun. Hasil evaluasi menunjukkan persalinan berlangsung normal, bayi lahir selamat, keadaan ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap, Terdapat laserasi derajat 2 , tidak ada perdarahan abnormal.

3. Hasil pengkajian setiap kunjungan nifas pada Ny.F tidak ada keluhan yang menggaggu, ada masalah pada payudara dan produksi ASI dimana asi belum keluar dan puting susu sebelah kanan terbenam, TFU turun sesuai teori, kontraksi keras, perubahan warna lochea normal, dan tidak ditemukan tanda –

tanda infeksi. Perencanaan sesuai dengan teori asuhan pada ibu nifas. Penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan hasil nifas berlangsung normal, laktasi tidak lancar, involusi dan lochea normal, bayi menyusu dengan susu formula. Hal ini ada kesenjangan antara pelaksanaan dan teori.

4. Bayi Ny.F dari hasil pengkajian tidak ada keluhan yang mengganggu sampai kunjungan yang terakhir. Penambahan berat badan bayi sesuai, TTV selalu normal, tidak ada tanda infeksi pada tali pusat, bayi menyusu kuat, reflek baik, tidak ada kelainan pada bayi. Perencanaan sesuai dengan teori asuhan kebidanan bayi baru lahir. Penatalaksanaan sesuai dengan perencanaan. Hasil evaluasi menunjukkan kebutuhan dasar bayi belum terpenuhi dengan asi eksklusif, dan penyuntikan Hb0 dilakukan pada 8 jam bayi baru lahir, keadaan bayi sehat. Sehingga masih ada kesenjangan antara pelaksanaan dan teori.

5.2 Saran

1. Bagi ibu dan keluarga

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

2. Bagi profesi bidan

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

3. Bagi pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk pengembangan

materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan. Sehingga mahasiswa mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidan

4. Bagi penulis

Senantiasa memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan yang telah didapat serta menggunakan sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan asuhan secara berkesinambungan yang di mulai pada ibu hamil TM III, sehingga menambah wawasan dan sebagai proses persalinan, nifas, dan Bayi Baru Lahir dapat berjalan fisiologis atau patologis.

5. Bagi Bidan Praktik Mandiri

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

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi., B. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rahima
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Sri., dkk. 2015. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC)*. Jakarta: Erlangga
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: DeePublish
- Diana, S. 2017. *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV. Kekata Grup
- Dewi, V.N.L., dan T. Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2013. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media
- JNPK – KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK – KR
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Medika
- Hidayat. (2010). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi 4*. Jakarta : EGC
- Manuaba, I.A.C. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan*. Ed. 2. Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC
- Manuaba, I., Manuaba, I. & Manuaba, I. F., 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. 2 ed. Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani, dan M. Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle*. Jakarta: Kemenkes
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rismalinda (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta

- Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A.Y., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*. Edisi Revisi. Jakarta:Trans Info Media.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Medika
- Sofian, Amru. 2013. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, A, dan Nurwandani W. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- Sondakh, J. J.2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir*. Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak*
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Widiastini, Luh Putu (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL*. Bogor : IN MEDIA
- Wulandari, Setyo Retno. (2011). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

DOKUMENTASI



