ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA Ny.A UMUR 28 TAHUN
DI PMB TRI UTAMI SARI S.SiT.
KECAMATAN SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG

KARYA TULIS ILMIAH

Oleh :

MELENIA KUSUMAWATI

043201006

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEBIDANAN

FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS NGUDI WALUYO

2021

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA Ny.A UMUR 28 TAHUN
DI PMB TRI UTAMI SARI S.SiT.
KECAMATAN SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Kebidanan

Oleh :
MELENIA KUSUMAWATI
043201006

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2021

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA Ny.A UMUR 28 TAHUN
DI PMB TRI UTAMI SARI S.SiT.
KECAMATAN SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG

disusun oleh :

MELENIA KUSUMAWATI
NIM.043201006

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO

Telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing serta telah diperkenankan untuk diujikan.

Ungaran, 15 Juni 2021

Pembimbing

Puji Lestari, S.Si.T., M.Kes
NIDN : 0606048902

HALAMANPENGESAHAN

KaryaTulis Ilmiah berjudul:

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA Ny.A UMUR 28 TAHUN DI PMB TRI UTAMI SARI S.SiT. KECAMATAN SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG

Disusun Oleh :

MELENIA KUSUMAWATI

043201006

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji Proposal Penelitian Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Ngudi Waluyo, Pada:Hari :Jum'at
Tanggal : 16Juli2021

TimPenguji:Ketua/Pembimbing

PujiLestari,S.Si.T.,M.Kes

NIDN.0606048902

PengujiI	**pengujII**
Risma Aliviani Putri,S.SiT.,MPH	**Rini Susanti,S.SiT,.M.Kes**
NIDN.0604068803	**NIDN.0621098002**

Ketua Program Studi DiplomaTigaKebidanan	**DekanFakultas IlmuKesehatan**
EtiSalafas,S.Si.T.,M.Kes	**Rosalina,S.Kp.,M.Kes**
NIDN:0625118001	**NIK:112112710699014**

PERNYATAAN ORISINILITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini saya,

Nama : Melenia Kusumawati

NIM : 043201006

Program Studi/ Fakultas : DIII Kebidanan / Fakultas Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah berjudul "ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA Ny.A UMUR 28 TAHUN DI PMB TRI UTAMI SARI S.SiT. KECAMATAN SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG" adalah karya ilmiah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik apapun di Perguruan Tinggi manapun
2. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan ide dan hasil karya murni saya yang dibimbing dan dibantu oleh tim pembimbing dan narasumber.
3. Karya Tulis Ilmiah ini tidak memuat karya atau pendapat orang lainyang telah dipublikasikan kecuali secara tertulis dicantumkan dalam naskahsebagai acuan dengan menyebut nama pengarang dan judul aslinya sertadicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hariterdapat penyimpangan dan ketidak benaran di dalam pernyataan ini, sayabersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah sayaperoleh dan sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo

Semarang, 1 Agustus 2021

Pembimbing,	Yang membuat pernyataan,
Puji Lestari, S.Si.T., M.Kes	Melenia Kusumawati
NIDN : 0606048902	NIM : 043201006

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini saya,

Nama : Melenia Kusumawati

NIM : 043201006

Program Studi : DIII Kebidanan

Fakultas : Fakultas Kesehatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan (Menyetujui/Tidak Menyetujui*) untuk memberikan kepada Universitas Ngudi Waluyo Hak Bebas Royalti Nonekslusif (Non-exclusive royalty-free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.A Umur 28 Tahun Di Pmb Tri Utami Sari S.SiT. Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang

Hak Bebas Royalti Nonekslusif ini Universitas Ngudi Waluyo berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas ahir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 16 Juli 2021

Pembimbing,	Yang membuat pernyataan,
Puji Lestari, S.Si.T., M.Kes	Melenia Kusumawati
NIDN :0606048902	NIM : 043201006

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama	: Melenia Kusumawati
Tempat tanggal lahir	: Jakarta, 26 Januari 2000
Alamat	: Jl. Mendut RT5/RW11, Kalipancur, Semarang
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	:

1. TK Hj. Isriati Baiturrahman 2 Semarang
2. SDN Kembangarum 01 Semarang
3. SMPN 1 Karanggede Boyolali
4. SMK Roudlotus Saidiyyah Semarang
5. Saat ini masih tercatat sebagai Mahasiswa Semester akhir Universitas Ngudi Waluyo Ungaran

MOTTO & PERSEMBAHAN

Motto :

"....."

Karya Tulis Ilmiahini Saya Persembahkan untuk :

A. Allah Subhanahu wa Ta'ala atas karunia dan Rahmat-Nya serta Junjungan Nabi Besar Muhammad Shallahu'alaihi wasallam atas perjuangan menegakkan Ajaran Islam.
B. Diri saya sendiri, terimakasih karena sudah mau berjuang sampai dititik ini.
C. Kedua Orang Tua saya yaitu ibu Setiyawati dan bapak Wahyu Adi Nugroho yang selalu memberikan doa, kasih sayang dan dukungan kepada saya.
D. Dosen Pembimbing saya, Ibu Puji Lestari, S.Si.T., M.Kes yang telah memberikan waktu dan ilmunya dalam membantu saya menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
E. Kepada teman-teman seperjuangan, khususnya kerabat Zulfa Cahya, Ersa Mutia, Ayun Furhatin dan mas Bagas Setiawan terimakasih atas support, dan bantuan, serta Do'a kalian.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullah wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, Dengan kekuatan dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.A di PMB Tri Utami Sari S.SiT Tahun 2021".

Maksud dan tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Subyantoro, M.Hum selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo.
2. Rosalina, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Universitas Ngudi Waluyo.
3. Eti Salafas, S.SiT., M.Kes, selaku Kaprodi DIII Kebidanan Universitas Ngudi Waluyo.
4. Puji Lestari, S.Si.T., M.Kes, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga dapat terselesaikan.
5. Seluruh dosen dan staf pengajar DIII Kebidanan Universitas Ngudi Waluyo.
6. Bidan Tri Utami Sari S.SiT, yang telah memberikan ijin untuk melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir di PBM Bidan Tri Utami Sari S.SiT.

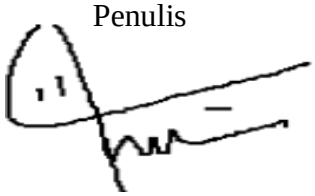
Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna kelancaran dan kesempurnaan penulis pada studi kasus yang akan datang. Penulis juga memohon maaf jika terdapat kesalahan dan kekurangan.

Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dalam menambah wawasan dan ilmu pengetahuan. Aamiin.

Wassalamu'alaikum Warohmatullahiwabarakatuh.

Ungaran, 16 Juli 2021

Penulis



Melenia Kusumawati

Universitas Ngudi Waluyo
Program Studi D-3 Kebidanan, Fakultas Kesehatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2021
Melenia Kusumawati
043201006

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."A" USIA 28 TAHUN DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI TRI UTAMI SARI S.SiT KECAMATAN SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG.
(XX + halaman + Bagan + Tabel + 1 Lampiran)

ABSTRAK

Latar Belakang: Proses Kehamilan, Persalinan, dan Nifas merupakan proses fisiologis, prosesnya sering ditemukan keadaan patologis yang kemudian menyebabkan peningkatan AKI dan AKB. Anga Kematan Ibu Provinsi Jateng mengalami peningkatan dari 88,05 per 100.000 kelahiran hidup saat tahun 2018 menjadi 78,60 per/ 100.000 kelahiran hidup saat tahun 2020. Perbandingan paling banyak dilihat dari seluruh Angka kematian ibu di Kota Semarang pada tahun 2019 dengan jumlah AKI hingga 10 kasus
Tujuan Penelitian : Melakukan asuhan kebidanan komprehensif dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.
Metode: Metode yang digunakan yaitu study penelaahan kasus (Case Study), dengan mengambil kasus ibu hamil trimester III dengan usia masa kehamilan 36 minggu, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.
Hasil: Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diberikan pada kasus Ny. A setelah dilakukan pengkajian sampai Evaluasi dari kehamilan, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir atau neonatus sejak tanggal 25 Mei 2021 sampai 17 Juni 2021. Evaluasi hasil Ny.A selama kehamilan ditemukan keluhan nyeri punggung yang diatasi dengan senam hamil trimester 3, selama bersalin ditemukan keluhan nyeri punggung yang diatasi dengan pijat effleurage, selama nifas ditemukan keluhan pengeluaran ASI sedikit yang diatasi dengan pijat oksitosin. Semua dapat diatasi dan tidak ditemukan kelainan komplikasi.
Simpulan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dari ibu hamil, bersalin, nifas hingga Bayi Baru Lahir terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yaitu saat kehamilan tidak diberikannya asuhan kehamilan fisiologis pada trimester 3, saat proses persalinan Kala I pemeriksaan dalam ke 2 dilakukan 6 jam, saat masa nifas tidak diberikannya asuhan nifas fisiologis, serta saat Bayi Baru Lahir tidak diberikannya asuhan bayi baru lahir fisiologis.
Kata Kunci: Asuhan kebidanan komprehensif, Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi baru lahir.

Ngudi Waluyo University
Midwifery D-3 Study Program, Faculty of Health
Scientific Writing, July 2021
Melenia Kusumawati
043201006

COMPREHENSIVE MIDWIFE CARE AT THE AGE OF 28 YEARS OLD IN MANDIRI PRACTICE TRI UTAMI SARI S.SiT, SEMARANG BARAT DISTRICT, SEMARANG CITY.
(XX + pages + Chart + Table + 1 Appendix)

ABSTRACT

Background: The process of Pregnancy, Childbirth, and Postpartum is a physiological process, the process is often found in pathological conditions which then lead to an increase in AKI and IMR. The Maternal Mortality Rate of Central Java Province has increased from 88.05 per 100,000 live births in 2018 to 78.60 per 100,000 live births in 2020. The comparison is most widely seen from all maternal mortality rates in Semarang City in 2019 with the number of MMR up to 10 cases.
Research Objectives: To provide comprehensive midwifery care using a midwifery management approach.
Method: The method used is a case study, by taking cases of pregnant women in the third trimester with 36 weeks of gestation, maternity, postpartum and newborns.
Results: Comprehensive obstetric care provided in the case of Mrs. A after the assessment was carried out until the evaluation of pregnancy, childbirth, postpartum, and newborns or neonates from May 25, 2021 to June 17, 2021. Evaluation of the results Mrs. A during pregnancy found complaints of back pain which were overcome by pregnancy exercise in the 3rd trimester, during childbirth There were complaints of back pain which were treated with effleurage massage, during the puerperium there were complaints of low milk output which were treated with oxytocin massage. All can be overcome and no complications were found.
Conclusion: After comprehensive midwifery care has been carried out from pregnant women, maternity, postpartum to newborns, there are several gaps between theory and facts, namely during pregnancy, physiological pregnancy care is not given in the 3rd trimester, during the first stage of labor, the 2nd examination is carried out 6 hours. during the postpartum period physiological postpartum care is not given, and when the Newborn is not given physiological newborn care.
Keywords: Comprehensive midwifery care, Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborn baby.

DAFTAR ISI

1. COVER JUDUL
2. HALAMAN PERSETUJUAN i
3. HALAMAN PENGESAHAN ii
4. PERNYATAAN ORISINILITAS iii
5. PERNYATAAN PUBLIKASI iv
6. RIWAYAT HIDUP PENULIS v
7. MOTTO PERSEMBAHAN vi
8. KATA PENGANTAR vii
9. ABSTRAK BAHASA INDONESIA viii
10. ABSTRAK BAHASA INGGRIS x
11. DAFTAR ISI xi
12. DAFTAR SINGKATAN xii
13. DAFTAR TABEL xv
14. DAFTAR GAMBAR xvi
15. DAFTAR BAGAN xvii
16. DAFTAR LAMPIRAN xviii
17. BAB I PENDAHULUAN 1
    a. Latar Belakang 1
    b. Rumusan Masalah 7
    c. Tujuan 7
    d. Manfaat 8
18. BAB II TINJAUAN PUSTAKA 10
    a. Tinjauan Teori Kehamilan 10
    b. Tinjauan Teori Persalinan 73
    c. Tinjauan Teori Masa Nifas 98
    d. Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir 129
    e. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Varney 152
    f. Kerangka Teoritis Asuhan Komprehensif 251
    g. Kerangka Konsep Asuhan Komprehensif 252
19. BAB III METODE PENELITIAN 253
    a. Desain Penelitian 253
    b. Lokasi Penelitian 253
    c. Subjek Penelitian 254
    d. Pengumpulan Data 254
    e. Prosedur Pengumpulan Data 256
    f. Pengolahan Data 258
    g. Teknik Analisis Data 260

20. BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 262
    a. Gambaran umum objek 262
    b. Pembahasan 263
21. BAB V PENUTUP 411
    a. Kesimpulan 411
    b. Saran 412
22. DAFTAR PUSTAKA 414
23. LAMPIRAN 418

DAFTAR SINGKATAN

AKB : Angka Kematian Bayi
AKI : Angka Kematian Ibu
AKN : Angka Kematian Neonatal
ANC : Ante Natal Care
BBL : Bayi Baru Lahir
BBLR : Bayi Baru Lahir Berat Rendah
CM : Catatan Medik
CO2 : Karbon Dioksida
COC : Continunity Of Care
DJJ : Denyut Jantung Janin
FE : Ferum
Hb : Hemoglobin
HCG : Human Chorionic Gonadotropin
HIV : Human Immuno Virus
PL : Human Placental Lactogen
IMD : Inisiasi Menyusu Dini
INC : Intra Natal Care
K1 : Kunjungan Pertama
K2 : Kunjungan Kedua
K3 : Kunjungan Ketiga
K4 : Kunjungan Keempat
KEK : Kurang Energi Kronis
KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
mmHg : Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
MTBS : Manajemen Terpadu Balita Sakit
O2 : Oksigen
PD : Pemeriksaan Dalam
PMS : Penyakit Menular Seksual
PMT : Pemberian Nutrisi Tambahan

SBR : Segmen Bawah Rahim

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TT : Toksoid Tetanus

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 *Proses Involusio Uterus*

Tabel 2.2 *Jenis-Jenis Lochea*

Tabel 2.3 *Kandungan Nutrisi Pada Ibu Nifas*

Tabel 2.4 *Apgar Score*

Tabel 2.5 *Jadwal Imunisasi Tt Ibu Hamil*

Tabel 2.6 *Tabel Indikator Penilaian IMT*

Tabel 2.7 *Tabel Tinggi Fundus Uteri*

Tabel 2.8 *Tabel Taksiran Berat Janin*

Tabel 2.9 *Tabel Leopoid*

Tabel 2.10 *Tabel Penurunan Kepala Teori Jnpk-Kr 2014*

Tabel 3.1 *Tabel Pemantauan Dengan Partograf*

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.*1 Letak Gambaran Potongan Melintang Ovarium*

Gambar 2.2 *Proses Pembentukam Sel Sperma*

Gambar 2.3 *Tahap Sperma Masuk Ovum*

Gambar 2.4 *Proses Pembuahan*

Gambar 2.5 *Proses Masuknya Kepala Ke Pintu Atas Panggul*

Gambar 2.6 *Penurunan Kala I Persalinan*

Gambar 2.7 *Kepala Flexi Kala I Persalinan*

Gambar 2.8 *Kepala Ekstensi Kala I Persalinan*

Gambar 2.9 *Pembukaan Serviks Sesuai Kurva Friedman*

Gambar 2.10 *Proses Pengeluaran Janin*

Gambar 2.11 *Proses Pengeluaran Plasenta*

Gambar 2.12 *Involusio Uterus Pasca Persalinan*

Gambar 3.1 *Peta Kecamatan Kota Semarang*

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 *Kerangka Teori Asuhan Kebidanan Komprehensif*

Bagan 2 *Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Komprehensif*

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat izin pengambilan kasus di bidan
2. Surat balasan bidan
3. Lembar konsultasi dengan pembimbing
4. Pendokumentasian tindakan asuhan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Continuity of Care (CoC) ialah salah satu bagian dari filosofi kebidanan, CoC memiliki makna jika seorang perempuan dapat mengembangkan mitra bersama bidan untuk memenuhi asuhan sepanjang masa hamil ibu, persalinan ibu, dan masa nifas ibu (Astuti, 2017). Menurut World Health Organization dalam Astuti (2017), ukuran awal dari CoC ialah saat proses ibu sebelum hamil, semasa hamil, dan hari pertama serta tahun awal kehidupan. Ukuran selanjutnya dari CoC ialah tempat pelayanan yang menghubungkan bermacam-macam tingkat pelayanan kesehatan dimulai dari rumah, penduduk serta sarana prasarana kesehatan. Oleh karena hal itu bidan bisa membagikan asuhan secara komprehensif.

CoC bisa diberikan lewat anggota bidan yang telah berbagi pengalaman permasalahan bertujuan membenarkan jika ibu mendapatkan seluruh asuhan dari satu tenakes ataupun bidan. Sesama tenakes atau bidan sanggup bekerjasama secara multidisiplin dalam melaksanakan konsultasi serta referensi dengan tenaga kesehatan yang lain. (Astuti, dkk, 2017)

Riset tentang pengalaman wanita selaku partisipan dalam proyek CoC diteliti oleh Hildingsson et angkatan laut (AL) (2020) riset ini dicoba pada 226 perempuan di Swedia, mereka memperoleh pendampingan saat hamil serta bersalin oleh bidan yang dikenalnya. Mereka didampingi selama kehamilan sampai 2 minggu pasca persalinan. Hasil riset menampilkan jika

perempuan yang menerima perawatan dari bidan yang diketahui dalam persalinan lebih cenderung mempunyai pengalaman kelahiran yang positif sehingga resiko baby blues syndrom sangat rendah. Upaya menambah kelangsungan serta mutu ibu dengan anak didekatkan dengan pendekatan CoC the life serta CoC of pathway, yang menekankan jika upaya promotif serta preventif sama berartinya dengan upaya kuratif serta rehabilitatif pada siklus kehidupan tiap masing-masing tingkat pelayanan. Mutu pelayanan ini didukung oleh SDM kesehatan yang berkompeten serta patuh terhadap standar, kesiapan sarana pendukung pelayanan yang lain disamping bayaran operasional serta supervisefasilitatif yang terus menerus. Upaya percepatan penyusutan AKI bisa dicoba dengan memberikan jaminan setiap ibu harus dapat mengakses kesehatan ibu hamil yang bermutu, semacam pelayanan kesehatan pada ibu hamil, pertolongan persalinan dengan tenakes yang sudah tersertifikat di sarana kesehatan, perawatan setelah persalinan untuk ibu dengan bayi, dan perawatan spesial serta referensi apabila adanya komplikasi serta pelayanan keluarga berencana (KB) pasca persalinan.

Salah satu penanggulangan Angka Kemtian Ibu (AKI) dapat dipantau dari hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu, dan dengan memantau kunjungan ibu hamil yaitu kunjungan K1 dan kunjungan K4. Kunjungan K1 merupakan jumlah ibu hamil yang telah menerima pelayanan pertama kali yang telah diberikan bidan atau tenkes, perbandingan beberpa ibu hamil dalam jangka waktu satu tahun. Sedangkan kunjungan K4 merupakan hasil dari ibu hamil yang mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kemampaun minimal 4x

sesuai jadwal yang diberikan setiap trimester, perbandingan jumlah ibu hamil di suatu daerah kerja dalam jangka waktu satu tahun. Alat ukurnya dapat memperlihatkan akses ketika melayani ibu hamil dan tingkat patuhnya ibu pada aturan memeriksakan kehamilannya ke bidan atau tenaga kesehatan. Saat tahun 2006 hingga 2008 kunjungan pelayanan ibu hamil K4 mengalami peningkatan, dibandingkan dengan sasaran Kementrian Kesehatan pada 2018 sebanyak 78% , dan pada tahun 2018 telah mencapat sasaran sebesar 88,03% (Profil Kesehatan 2018)

Selain dapat dinilai dari kunjungan K1 dan Kunjungan K4, pemerintah pada 2011 mengeluarkan JAMPERSAL (Jaminan Persalinan), ialah jaminan yang digunakan untuk periksa hamil, persalinan, nifas dan Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan serta bayi baru lahir (BBL) yang biayanya ditanggung oleh Pemerintah.

Ketika persalinan biasanya juga diberikan asuhan komplementer. Menurut Qonitun, dkk, (2018) hasil yang diperoleh dari asuhan murottal tilawati qur'an dapat memberikan semangat diri saat diri merasa tidak nyaman, saat stres, tubuh lelah, emosional sangat bermanfaat untuk mengurangi perasaan cemas ataupun tegang. Selain asuhan tersebut, ada pula asuhan relaksasi pernapasan dan teknik kneading supaya ibu relaks dan merasa nyaman saat terjadi kontraksi pada rahim, lakukan terapi atur nafas dalam dan pemijatan punggung ataupun pinggang. (Faujiah, dkk,2018) cara ini sangat bermanfaat untuk mengurangi sakit dan meningkatkan kinerja darah. pemijatan ini dilakukan selama 10-20 menit setiap jamnya. Kemudian atur nafas untuk

membantu merelaksasikan ibu saat persalinan berlangsung. Hasil dari penelitian yang dilakukan terdapat penurunan nyeri 1,75%.

Menurut Kemenkes Republik Indonesia (2016) jumlah program pemerintah ketika melakukan kunjungan bayi/neonatus 3 kali yaitu kunjungan bayi/neonatus K1 saat usia 6 hingga 48 jam sesudah bayi dilahirkan, kunjungan bayi/neonatus K2 saat usia 3 hingga 7 hari sesudah bayi dilahirkan, dan kunjungan K3 bayi/neonatus pada usia 8 hingga 28 hari sesudah bayi dilahirkan. Lochea rubra yang dikeluarkan pada saat hari 1 hingga hari ke 3 setelah ibu melahirkan dengan warna darah merah kehitaman. Saat ibu 6 jam setelah melahirkan, Kunjungan K2 pada usia 7 hari, kemudian kunjungan K3 ketika usia bayi 16 hari. (Marmi, 2017)

Bayi Baru Lahir juga harus dilakukan kunjungan yang dilaksanakan 3 kali pada kunjungan K1 saat 6 jam sesudah bayi lahir, Kunjungan K2 saat usia 7 hari, dan kunjungan K3 saat bayi berusia 16 hari, Menurut Kementrian kesehatan Republik Indonesia(2016) jumlah program pemerintah pada saat kunjungan bayi baru lahir sebanyak 3 kali yaitu kunjungan K1 saat usia bayi 6-48 jam setelah bayi lahir, kunjungan K2 saat usia bayi 3-7 hari setelah dilahirkan, dan kunjungan K3 saat usia bayi 8-28 hari setelah dilahirkan. Kunjungan bayi baru lahir pertama atau K1 yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan kepada keluarga bahwa keadaan keeluruhan bayi baik, memberikan konseling untuk selalu menyetarakan suhu tubuh bayi supaya tidak terjadi hipotermi, melakukan rawat tali pusat, dan selalu menganjurkan ibu untuk selalu menyusui bayinya kapanpun. Pelayanan kesehatan ibu&anak

sudah menjadi kewajiban bidan sebagai penjalan (*caregiver*) dalam pelayanan kebidanan, karena sehatnya ibu dan anak memiliki peranan penting sebagai tingkat indikator kesejahteraan bangsa indonesia (Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak, 2015).

Angka Kematian Ibu adalah suatu pedoman untuk memantau derajat kesehatan ibu serta menjadi komponen pembangunan maupun kualitas hidup bangsa (Sumarmi, 2017). Menurut Ketua Komite Ilmiah International Conference on Indonesia Family Planning and Reproductive Health (ICIFPRH) tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi, dengan 305 per 100.000 kelahiran hidup. Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2019) mengatakan bahwa tingginya Angka Kematian Ibu adalah salah satu tantangan, sehingga menjadi prioritas pertama, dengan mengakhiri kematian ibu saat hamil dan melahirkan. Menurut pakar Ilmu Kebidanan serta Penyakit Kandungan, salah satu penyebab Angka Kematian Ibu yang paling tinggi yaitu pendarahan. Dan menurut Mc Charty J. Maine DA dijabarkan oleh Nurul Aeni (2013), kematian ibu adalah kejadian yang penyebabnya karena beberapa faktor, biasanya dibedakan atas determinan dekat, determinan antara, dan determinan jauh. Determinan dekat yang berhubungan langsung dengan kematian ibu yaitu pendarahan, pre eklamsi/eklamsi, infeksi atau penyakit lain yang pernah atau sedang di derita ibu dan lebih memperburuk kondisi kehamilan ibu seperti penyakit jantung, TBC, ginjal, malaria dan Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Cara menurunkan AKI adalah salah satu target yang harus di capai oleh Kementerian Kesehatan. Banyak program yang sudah dilakukan yaitu, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di setiap puskesmas kabupaten kota, ada pula Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan Safe Motherhood Initiative (SMI) merupakan kebijakan untuk memastikan ibu mendapatkan perawatan yang dibutuhkan selama kehamilan, persalinan serta Gerakan Sayang Ibu (Mi'raj, 2017).

Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2020 yaitu 530 kasus, lalu adanya peningkatan tahun 2019 yaitu 416 kasus. Karena itulah Anga Kematan Ibu Provinsi Jateng mengalami peningkatan dari 88,05 per 100.000 kelahiran hidup saat tahun 2018 menjadi 78,60 per/ 100.000 kelahiran hidup saat tahun 2020. Perbandingan paling banyak dilihat dari seluruh Angka kematian ibu di Kota Semarang pada tahun 2019 dengan jumlah AKI hingga 10 kasus, seringnya terjadi karena ibu tidak memiliki akses jalan untuk pergi ke tenaga kesehatan yang lebih berkualitas, terutama pada pelayanan gawatdarurat yang lebih efisien yang diawali karena terlambatnya mengenali tanda bahaya serta pengambilan keputusan. Selain itu salah satu penyebab dari kematian ibu yang lain juga tidak lepas dari keadaan ibu.Salah satu kriteria 4 "terlalu", yaitu terlalu tua saat melahirkan (lebih dari 35tahun), terlalu muda ketika melahirkan (lebih dari 20tahun), terlalu banyak memiliki anak (lebih dari 4 anak), terlalu rapat jarak kelahiran dengan anak sebelumnya (kurang dari 2tahun). (Profil Jateng, 2019).

Maksud dan tujuan saya mengambil kasus ini ialah dengan ada kesepakatan inform consent antara dua belah pihak dimana pihak Ny.A bersedia dirawat serta diasuh oleh saya. Dengan memberikan keyainan serta kepercayaan diri kepada Ny.A bahwa saya berani dan mampu Ny.A sangat yakin atas pertimbangan pertimbangan yang sudah saya berikan dari mulai pengalaman yang sudah saya lalui komunasi yang terjalin serta tindakan yang tepat dalam menanggapi sebuah kasus yang ada.

Atas pertimbangan latar belakang diatas saya bermaksut untuk mengambil kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif yang dimulai dari pengkajian hingga evaluasi pada ibu hamil, lalu diikuti dengan ibu bersalin, ibu nifas, serta bayi baru lahir/neonatus di daerah PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan cuplikan latar belakang tersebut maka disimpulkan adanya suatu masalah yaitu " Bagaimana asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.A usia 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang? "

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dengan CoC pada Ny.A usia 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang

2. Tujuan Khusus

Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dengan melakukan pengkajian sampai evaluasi menggunakan managemen asuhan kebidanan meliputi :

a. Memberikan asuhan kebidanan pada kehamilan secara komprehensif Ny. A usia 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang
b. Memberikan asuhan kebidanan pada persalinan secara komprehensif Ny. A usia 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang
c. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas Ny. A usia 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang.
d. Memberikan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir/neonatus pada bayi Ny.A usia ibu 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang
e. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara komprehensif yang sudah dilakukan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, serta bayi baru lahir/neonatus di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang

D. Manfaat

1. Bagi Penulis

   Penulis mampu memberikan asuhan secara komprehensif dan nyata pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, serta bayi baru lahir/neonatus

2. Bagi Institusi Pendidikan Universitas Ngudi Waluyo

Hasil dari studi kasus ini diharapkan berguna serta memberikan sedikit banyaknya gambaran tentang bagaimana cara memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif yang dilakukan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, serta bayi baru lahir/neonatus

3. Bagi Mahasiswa jurusan Kebidanan

   Sebagai penerapan mata kuliah kebidanan serta dapat mempraktikkan secara langsung dilapangan dengan teori yang sudah di pelajari untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.A di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang dimulai dari ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir/neonatus

4. Bagi Klinik dan Bidan

   Mampu meningkatkan serta memberikan pelayanan yang bermutu dengan memberikan Asuhan Kebidanan secara CoC pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, serta bayi baru lahir/neonatus

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekoloigi Internasional (FOGI), kehamilan adalah penyatuan (fertilisasi) dari spermatozoa dengan ovum dan dilanjutkan dengan penempelan (*implant*asi) (Yulistiana, 2015: 81). Dikutip dari Manuaba (2012), menyatakan bahwa kehamilan merupakan proses mata rantai yang bersinambungan yang terdiri dari *ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum*, konsepsi dan pertumbuhan *zigot,* penempelan *(implantasi*) pada rahim, pembentukan plasenta lalu tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Sholichah, Nanik, 2017:79-80). Dalam Manuaba (2010) menyatakan bahwa lama kehamilan biasanya berlangsung hingga aterm (cukup bulan) yaitu sekitar 280 sampai 300 hari atau selama 9 bulan (Kumalasari. 2015: 1).

Kehamilan merupakan masa dimulainya konsepsi hingga lahirnya janin, biasanya hamil normal 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) di hitung dari trimester pertama yang berawal dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester ke-2 dari bulan ke- 4 hingga 6 bulan, trimester ke-3 dari bulan ke-7 hingga ke-9 (Agustin, 2012:12). Kehamilan merupakan masa yang berat bagi seorang ibu,

karena itu ibu hamil sangat membutuhkan support dari berbagai pihak, terutama suami supaya dapat menjalani proses kehamilan hingga melahirkan dengan aman dan nyaman (Yuliana, 2015:1).

2. Proses Kehamilan

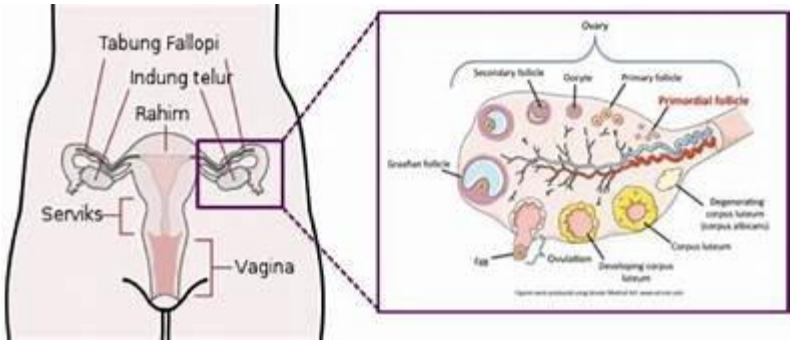
Bertemunya sel sperma dan sel ovum yang telah matang kemudian terjadilah pembuahan, proses inilah yang mengawali kehamilan. Ketika terjadi kehamilan harus ada sperma, ovum, pembuahan ovum (*konsepsi*), implantasi, penempelan (*nidasi*) yaitu perlekatan embrio pada dinding uterus, sehingga terjadilah pembentukan plasenta. Ketika proses pembuahan, ada dua unsur penting yang harus ada yaitu sel telur dan sel sperma. Sel telur diproduksi oleh indung telur atau ovarium wanita, saat terjadi pembuahan seorang wanita setiap bulannya akan melepaskan satu sel telur yang matang, kemudian seel telur tersebut ditangkap oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) lalumdibawa masuk kerahim melalui saluran telur (*tuba fallopi*), sel ini biasanya dapat bertahan hidup dalam kurun waktu 12-48 jam setelah ovulasi. Berbeda dengan wanita yang melepaskan sel telur setiap bulan, hormon pria dapat terus bekerja untuk menghasilkan sperma. Saat melakukan senggama (*coitus*), berjuta-juta sel sperma (*spermatozoon*) masuk kedalam rongga rahim melalui saluran tuba untuk mencari sel telur yang akan di buahi dan pada akhirnya hanya satu sel sperma terbaiklah yang dapat membuahi ovum.

a. Sel Telur (*ovum*)

Sel telur atau ovum berada di dalam indung telur atau ovarium. Sel telur atau ovum ini adalah bagian paling penting di dalam ovarium wanita. Setiap bulannya, 1-2 ovum dilepaskan oleh ovarium melalui ovulasi. Ovum dapat dibuahi apabila sudah melewati proses oogenesis yaitu proses pembentukan serta perkembangan sel telur didalam ovarium dengan waktu hidup sekitar 24-48 jam setelah ovulasi, sedangkan pada pria melalui proses spermatogenesis yaitu keseluruhan proses ketika memproduksi sperma matang. Sel telur mempunyai lapisan pelindung yang berupa sel-sel granula dan zona pellusida yang harus di tembus oleh sperma untuk dapat menempel pada sel telur lalu terjadi suatu pembuahan yang disebut kehamilan (Megasari, dkk, 2015: 25).

Ovarium terbagi menjadi dua, yaitu kiri dan kanan, didalam ovarium terdapat follicel primary (folikel yang belum matang) yaitu sekitar 100.000 (Sunarti, 2013: 24). Ovarium ini berfungsi untuk mengeluarkan sel telur/ ovum setiap bulan, dan meghasilkan hormon estrogen dan progesteron. Ovarium terletak di dalam daerah rongga perut (*cavitas peritonealis*) yaitu pada cekungan kecil di dinding posterior ligamen yang melekat pada kedua sisi rahim,

dengan kisaran ukuran 3cm x 2cm x 1cm dan beratnya kisaran 5-8 gram (Megasari, dkk, 2015:19). Didalam ovarium terjadilah siklus perkembangan folikel, yang dimulai dari folikel belum matang (*folikel primordial*) menjadi folikel yang sudah matang (*follicel de graff*).



Gambar 2.1

Letak dan Gambaran Potongan Melintang Ovarium

Sumber : kharisma-woman & education. de (diakses 20 Mei 2021)

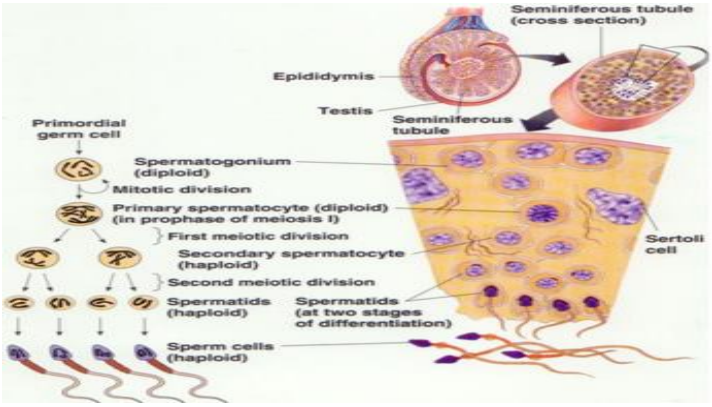
Pada siklus haid, folikel yang sudah matang akan pecah menjadi corpus rubrum yang mengeluarkan hormon esterogen, saat hormon LH (*luteinizing hormone*) meningkat sebagai reaksi tubuh akibat naiknya kadar hormon esterogen massa jaringan kuning di ovarium (*corpus luteum*) yang akan menghambat kinerja hormon FSH (*follicel stimulating hormone*) dengan menghasilkan hormon progesteron, jika tidak terjadi pembuahan korpus

ini akan berubah menjadi badan putih dan siklus baru pun dimulai (*corpus albican*)

b. Sel Sperma (*spermatozoa sel*)

Sperma ini mempunyai bentuk dan susunan yang sempurna yaitu kepala berbentuk lonjong agak gopeng berisi inti (*nucleus*), diliputi oleh akrosom dan membran plasma. Daerah Leher sperma menghubungkan kepala dan bagian tengah sperma. Ekor sperma mempunyai panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar, karena getaran itulah sperma dapat bergerak dengan cepat. Sama halnya seperti ovum yang melalui proses pematangan, sperma juga harus melalui proses pematangan (*spermatogenesis*) yang berlangsung di tubulus seminiferus testis. Meskipun begitu terdapat perbedaanya yang jelas yaitu setelah melalui proses penggandaan/ replikasi DNA dan pembelahan sel dengan jumlah kromosom yang sama (*mitosis*) serta proses pembelahan sel dengan pengurangan materi ginetik pada sel anak yang dihasilkan (*meiosis*) yaitu untuk satu oogonium diploid yang menghasilkan satu ovum haploid matang, sedangkan untuk satu spermatogonium diploid menghasilkan empat spermatozoa haploid matang. Pada sperma ini jumlahnya akan berkurang tetapi tidak

habis seperti ovum dan tetap akan selalu diproduksi meskipun pada lanjut asia.



Gamabar 2.2

Proses Pembentukan Sel Sperma Sember : http://jatim.bkkbn.go.id. proses-pembentukan-sperma diakses 20 Mei 2021).

Sperma juga memiliki enzim, yaitu enzim hyaluronidase yang berfungsi sebagai pelunak sel – sel graulosa (sel pelindung ovum) saat berada dituba fallopi. Dalam 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi, dengan kemampuan fertilisasi selama 2 – 4 hari, rata-rata biasanya selama 3 hari (Holmes, 2011: 26).

c. Pembuahan Ovum (*Konsepsi*)

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) konsepsi merupakan percampuran inti sel jantan dan inti sel betina, definisi lainnya yaitu pertemuan sel ovum dan sel

sperma (*spermatozoon*) kemudian membentuk zigot (Sunarti, 2013: 31).

Konsepsi ini terjadi sebagai dampak beberapa peristiwa yang mencakup proses pematangan spermatozoa dan oosit, transpor gamet didalam saluran genetalia wanita, kemudian peleburan sel gamet pria dan wanita, dan pembentukkan jumlah kromosom diploid (Holmes, 201:17). Sebelum terjadi konsepsi ada dua proses penting terjadi, yaitu yang pertama ovulasi (lepasnya ovum dari ovarium/ indung telur sebagai hasil pengeluaran dari folikel dalam ovarium yang telah matang (*matur*). Ovum yang sudah dilepaskan selanjutnya masuk kedalam rahim melalui (*tuba fallopi*) yang dibantu oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) untuk menyapunya hingga ke tuba. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam (Sunarti, 2013:32), apabila dalam kurun waktu tersebut sel telur gagal bertemu sperma, maka sel ovum akan mati dan hancur. Kedua inseminasi yaitu pemasukan sperma (*ekspulsi semen*) dari uretra pria kedalam vagina wanita. Berjuta-juta sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita setiap melakukan ejakulasi. Dengan menggerakkan ekor dan bantuan kontraksi muskular yang ada, sperma terus bergerak menuju tuba melalui uterus. Dari berjuta-juta sperma yang

masuk hanya beberapa ratus ribu yang dapat meneruskan ke uterus menuju tuba fallopi, dan hanya beberapa ratus yang hanya sampai pada ampula tuba (Sunarti, 2013:32).

Apabila pembuahan terjadi pada hari tersebut, ovum dapat segera di buahi oleh sperma yang memiliki cukup banyak *enzim hialuronidase* (enzim yang menembus selaput yang melindungi ovum). Hanya ada satu dari ratusan sperma yang dapat membuahi ovum dan membentuk zigot.

d. Fertilisasi

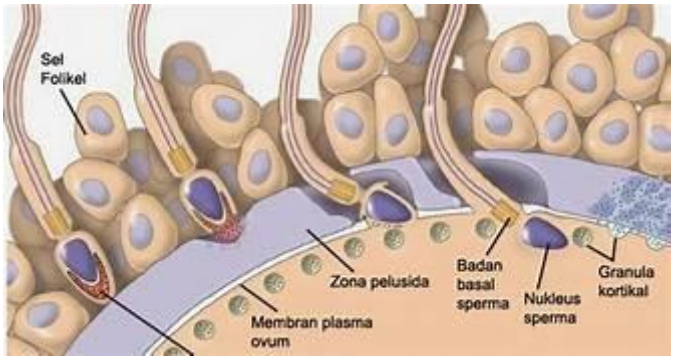
Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorlan (KSKD) pengertian dari fertilisasi (*fertilization*) adalah penyatuan gamet jantan dan betina untuk membentuk zigot yang diploid dan menimbulkan terbentuknya individu baru. Penyatuan ini adalah proses ketika gamet pria dan wanita bersatu, yang berlangsung biasanya selama kurang lebih 24 jam, idealnya proses ini terjadi di ampula tuba yaitu tabung kecil yang memanjang dari uterus ke ovarium pada sisi yang sama sebagai jalan untuk oosit menuju rongga uterus juga sebagai tempat biasanya terjadi fertilisasi. Sebelum kedua sel tersebut bertemu, terdapat tiga fase yang terjadi diantaranya:

a) Fase Penembusan Korona Radiata Dari 200-300 juta hanya sekitar 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi,

b) Fase Penembusan Zona Pellusida Yaitu sebuah perisai atau tameng glikoprotein di sekeliling sel telur yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa yang bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang memiliki kualitas terbaik mampu menembus oosit,

c) Fase Penyatuan Oosit dan Membran Sel Sperma Setelah menyatu maka akan menghasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid dan terbentuk jenis kelamin baru (Megasari, dkk, 2015:27). Zigot yang terdiri atas bahan genetik dari wanita dan pria, pada manusia terdapat 46 kromosom dengan rincian 44 dalam bentuk autosom (kromosom yang bukan kromosom seks) sedangkan lainya sebagai kromosom pembawa tanda seks, pada seorang pria satu kromosom X dan satu kromosom Y. Sedangkan pada wanita dengan tanda seks kromosom X. Jika spermatozoon kromosom X bertemu, terjadi jenis

kelamin wanita dan sedangkan bila kromosom seks Y bertemu, terjadi jenis kelamin pria, sehingga yang menentukan jenis kelamin adalah kromosom dari pria (Sunarti, 2013:32).



Gambar 2.3

Tahap Sperma Memasuki Ovum (Sumber:

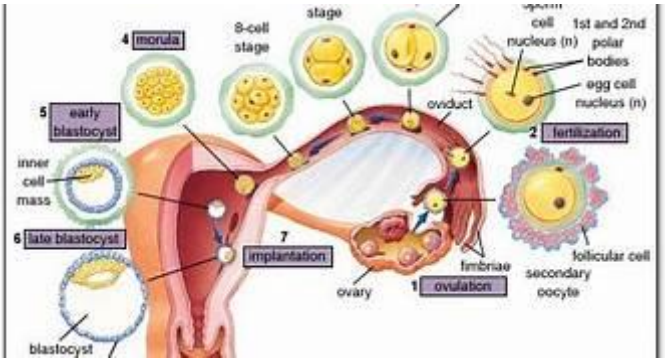
http://hypnobirthingsurabaya.com (diakses 20 Mei 2021)

Sekitar 24 jam setelah masa konsepsi, zigot mengalami pembelahan menjadi 4 sel, 8 sel hingga 16 sel yang sel tersebut dihasilkan dari pembelahan ovum yang sudah dibuahi (*blastomer)*. Setelah tiga hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel tersebut atau disebut dengan morula dalam waktu empat hari. Saat morula masuk kedalam rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida lalu masuk kedalam ruang sel yang ada dimassa sel dalam. Berangsur–angsur ruang

antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga (blastocoele) biasa disebut blastokista dalam waktu lima hari. Pada sel bagian dalam disebut embrioblas dan bagian luar disebut trofoblas. Seiring berjalannya waktu blastula menuju rongga uterus, zona pellusida/ membran luar blastula akan menipis dan akhirnya menghilang sehingga trofblas dapat memasuki dinding rahim/ endometrium dan siap berimplantasi di dalam dinding uterus.

d) Implantasi (*nidasi*) Pada hari keenam, lapisan trofoblas blastosis bersentuhan dengan endometrium uterus, biasanya terjadi di dinding posterior atas dan mulai berimplantasi. Pada lapisan luar sel (*trofoblas*), dapat mengeluarkan *enzim proteolitik* (enzim yang kaya protein) yang melarutkan sebagian endometrium. Jaringan endometrium banyak mengandung sel-sel desidua seperti sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen dan mudah dihancurkan oleh trofoblas, lalu sel-sel trofoblas (*sinsitiotrofoblas*) mensekresi enzim yang mengikis endometrium untuk membantu penyediaan nutrisi bagi embrio yang tengah berkembang serta membantu perlekatan embrio pada endometrium.

Blastula berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang biasanya disebut dengan (*tanda hartman*) (Megasari, dkk. 2015:28).



Gambar : 2.4

Proses Pembuahan (Fertilisasi) Dan Penanaman (Implantasi).

Sumber: http://hypnobirthingsurabaya.com (diakses 20 Mei 2021).

3. Tanda – Tanda Kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami kehamilan, ialah tanda pasti serta tanda tidak pasti. Tanda tidak pasti ini dibagi menjadi dua, yang pertama adanya tanda subjektif (presumtif) yaitu diduga hamil atau perkiraan wanita mengalami kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau tanda mungkin hamil.

a. Tanda Pasti

1) Terdengar *Denyut Jantung Janin* (DJJ) Denyut jantung janin ini dapat didengarkan dengan linec pada minggu ke 17-18. Serta dapat didengarkan dengan stetoskop ultrasonik (*Doppler*) sekitar minggu ke 12. Auskultasi pada janin dilakukan untuk mengidentifikasi bunyi-bunyi lain yang meyertai seperti bising tali pusat, bising rahim ibu, dan nadi ibu (Kumalasari, 2015:3).
2) Melihat, kemudian meraba dan mendengar pergerakan janin saat melakukan pemeriksaan,
3) Melihat kerangka janin yang dilakukan pada pemeriksaan sinar rontgen atau dengan ultrasonografi (USG) (Sunarti, 2013: 60).

b. Tanda–Tanda Tidak Pasti/Tanda Subjektif (Presumtif/ Dugaan Hamil)

1) Amenorhea (Terlambat datang bulan) Yaitu kondisi perempuan yang sudah memenuhi kriteria mampu hamil, mengalami terlambat menstruasi. Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Pada perempuan yang terlambat menstruasi dan diduga hamil, perlu ditanyakan hari pertama haid terakhirnya (HPHT). Agar dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan

(TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegele yaitu TTP : (hari pertama HT + 7), (bulan - 3) dan (tahun + 1) (Kumalasari, 2015:12).

2) Mual (*nausea*) dan Muntah (*vomiting*) merupakan Pengaruhdari hormon estrogen dan progesteron yang meningkat menyebabkan peningkatan asam lambung yang berlebihan yang menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama saat pagi hari yang biasanya disebut dengan *morning sickness*. Akibatnya dari mual dan muntah ini ialah nafsu makan yang berkurang. Dalam batas yang normal fisiologis hal ini dapat diatasi Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis Untuk mengatasinya dan ibu dapat diberikan makanan ringan yang mudah dicerna dan tidak berbau menyengat (Kumalasari, 2015:2).
3) Mengidam. Perempuan hamil sering makan makanan terntentu, keinginan yang demikian disebut dengan mengidam, seringkali keinginan tersebut sangat kuat pada bulan–bulan pertama saat kehamilan. Namun hal ini akan berkurang dengan seiring bertambahnya usia kehamilan.
4) *Syncope* (pingsan) hal ini Terjadi karena gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan

iskemia susunan saraf pusat dan timbul syncope atau pingsan apabila berada pada suatu tempa-tempat ramai yang sesak dan padat orang. Keadaan ini akan mulai hilang sesudah usia kehamilan 16 minggu (Kumalasari, 2015:2)

5) Perubahan Payudara Akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya ketika kehamilan lebih dari 16 minggu (Sartika, 2016:8). Pengaruh dari hormon estrogen–progesteron dan hormon somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Pada masa ini Payudara mulai terlihat membesar dan tegang, ujung saraf pada payudara tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada usia awal kehamilan (Kumalasari, 2015:2). Selain itu, adanya perubahan lain seperti perubahan warna (pigmentasi) pada puting susu, serta sekresi kolostrum dan pembesaran vena yang bertambah diiringi perkembangan kehamilan.
6) Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang mulai membesar sesuai usia kehamilan. Gejala ini akan mnghilang pada trimester kedua kehamilan. Dan Pada trimester akhir, gejala ini kembali lagi karena kandung kemih

ditekan oleh kepala janin yang mulai masuk ke rongga panggul (Prawirohardjo, 2008: 100).

7) Konstipasi atau sembelit merupakan Pengaruh dari hormon progesteron yang menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga ibu hamil kesulitan untuk BAB (Sunarsih, 2011:111).

8) Pigmentasi kulit atau perubahan warna kulit, Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Hal ini Terjadi karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi daerah-daerah berikut ini :

   (a) Daerah pipi : tampaknya Cloasma gravidarum (penghitaman pada area dahi, hidung, pipi, serta leher)

   (b) Daerah leher : Terlihat tampak lebih hitam

   (c) Dinding perut : tampaknya Strie livide/ gravidarum yaitu tanda yang terbentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan merenggang, warnanya kebiruan, kadang dapat menyebabkan gatal (pruritus), tampaknya linea alba atau garis keputihan di perut menjadi lebih hitam (linea nigra atau garis

gelap vertikal mengikuti garis perut (dari pusat simpisis) (Sunarti, 2013:45).

(d) Sekitar payudara : terdapat hiperpigmentasi areola mamae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang berwarna merah muda pada wanita yang kulit putih, coklat tua pada wanita yang berkulit coklat, dan hitam pada wanita yang berkulit hitam. Selain itu, terdapat kelenjar montgomeri yang menonjol dan pembuluh darah menifes sekitar daerah payudara.

(e) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

(f) Epulis Hipertropi papilla ginggivae gusi berdarah, sering terjadi pada trimester awal kehamilan.

(g) *Varises* (penampakan pembuluh darah vena) hal ini merupakan Pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi perempuan yang mempunyai bakat. Varises ini biasanya berada di sekitar genitalia eksterna, kaki, betis serta

payudara. Penampakan pembuluh darah ini biasanya menghilang setelah persalinan (Hani, 2011: 79).

c. Tanda Obyektif (Probability/ Kemungkinan hamil)

1) Pembesaran Rahim/ Perut

Rahim membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan usia 5 bulan keatas, karena janin bertumbuh besar secara otomatis rahim pun ikut membesar. Tetapi perlu di perhatikan pembesaran perut tidak semata-mata tanda pasti hamil, kemungkinan lain bisa disebabkan oleh mioma, tumor, atau kista ovarium.

2) Perubahan Bentuk dan Konsistensi Rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam, rahim membesar dan makin bundar, dan kadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh atau biasa disebut *tanda Piscasek*.

3) Perubahan Pada Bibir Rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam, hasil akan teraba keras seperti meraba ujung hidung, dan bibir rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga (Sunarti, 2013:62).

4) Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi rahim yang tidak biasanya muncul namun tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat dan beraturan menjelang akhir kehamilan dan mendekati persalinan. Pada waktu pemeriksaan dalam, terlihat rahim yang lunak seakan menjadi tegang karena kontraksi.

5) Adanya Ballotement

Ballotement adalah pantulan yang ada saat jari telunjuk pemeriksa janin yang mengapung dalam rahim, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali keposisinya semula serta bergerak bebas. Pantulan dapat terjadi pada usia 4-5 bulan, namun ballotement tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti hamil, karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam rahim ibu.

6) Tanda Hegar dan Goodells

Tanda hegar ialah melunaknya daerah yang mempertemukan leher rahim (isthmus uteri), dan badan rahim karena selama masa kehamilan, dinding –dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis sehingga ketika lakukan pemeriksaan dalam akan

teraba lunak, biasanya antara usia 6-8 minggu kehamilan dan tanda goodells yaitu lunaknya serviks akibat pengaruh hormon esterogen yang disebabkan oleh massa serta kandungan air meningkat sehingga membuat serviks menjadi lebih lunak (Kumalasari, Intan. 2015:4).

7) Tanda Chadwick merupakan Tanda yang berwarna kebiru-biruan, tanda ini dapat terlihat ketika akan melakukan pemeriksaan, adanya perubahan dari vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena meningkatnya vasekularitas dan pengaruh hormon esterogen yang ada pada vagina. Tanda ini tidak dapat dipastikan sebagai tanda pasti hamil, karena pada kelainan rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai pertumbuhan tumor.
8) Hyperpigmentasi Kulit yaitu Bintik –bintik hitam (*hyperpigmentasi*) pada muka disebut chloasma gravidarum. Hyperpigmentasi ini juga terdapat pada areola mamae atau lingkaran hitam yang mengelilingi puting susu, pada *papilla mamae* (puting susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan

oleh faktor alergi makanan, kosmetik, obat-obatan seperti pil kontrasepsi (Sunarti, 2013:63).

Beberapa test yang dapat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya suatu kehamilan yaitu:

1) Tes Urine

Tes urine ini dapat dilakukan dirumah atau di tenaga kesehatan. Tespack atau alat tes kehamilan yang banyak digunakan oleh pasangan suami istri secara mandiri yaitu ada beberapa jenis tes pack baik yang berbentuk strip (sekali pakai), berbentuk pena, atau batangan kecil. pada prinsipnya cara kerja tes pack tersebut sama, yaitu untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan hormon kehamilan HCG (*Human Chorionic gonadotropin*) di dalam tubuh. Jika memang pasti hamil, hormon ini terdapat di dalam urine dan darah. Peningkatan HCG terjadi kurang lebih satu minggu setelah ovulasi, sehingga disarankan agar melakukan tes minimal tujuh hari supaya hasil yang diperoleh lebih akurat. penggunaanya juga mudah yaitu dengan cara mencelupkan atau menetesinya dengan urin pengguna, tunggu selama beberapa menit hingga muncul tanda positif negatif atau berapa jumlah strip

yang muncul (sesuai petunjuk penggunaan sebelum menggunakanya).

Tes ini sebaiknya dilakukan di pagi hari, karena saat pagi hari (bangun tidur) urine dalam keadaan murni belum tercampur oleh zat-zat makanan yang telah dikonsumsi (Siswosuharjo, dkk, 2010:28-29).

2) Tes Darah

Prinsipnya sama dengan tes urine ialah menguji ada tidaknya hormon HCG dalam tubuh. Bedanya, tes darah ini tidak dapat dilakukan sendiri dirumah, melainkan dilakukan di laboratorium dengan jalan mengambil sampel darah. Jika terdapat peningkatan HCG didalam darah, maka dinyatakan positif hamil, demikian juga sebaliknya.

3) Tes USG (*Ultra Sonography*)

Tes ini hanya dapat di lakukan oleh seorang dokter dengan memastikan kehamilan dengan suatu alat yaitu ultrasonography yang dapat melihat bagian dalam tubuh manusia. Dari gambaran yang ditampilkan alat tersebut, dokter akan melihat didalam rahim terdapat embrio/janin atau tidak. Jika kehamilan sudah berjalan lebih dari 6 minggu, alat ini sangat membantu dokter untuk mengetahui taksiran persalinan, perkiraan usia

kehamilan, serta perkiraan berat badan dan panjang janin, jenis kelamin janin (Siswosuharjo, dkk, 2010:30).

4. Perubahan Fisiologis dalam Masa Kehamilan

Banyaknya perubahan-perubahan yang terjadi setelah hamil dan berlanjut sepanjang kehamilan. Berikut ini merupakan perubahan anatomi fisiologis pada wanita hamil, diantaranya adalah :

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Vagina dan Vulva

Ketika vagina pada minggu ke-8 terjadi peningkatan vaskularisasi atau penumpukan pembuluh darah dan pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan warna kebiruan pada vagina *tanda Chadwick*. Perubahan pada dinding vagina ini meliputi peningkatan ketebalan mukosa vagina, pelunakan jaringan penyambung, dan pertumbuhan abnormal jaringan pada otot polos yang merenggang (*hipertrofi),* karena inilah perenggangan vagina menjadi lebih lunak.

Respon lainnya pengaruh hormonal ialah seksresi sel-sel vagina yang mulai meningkat, sekresi tersebut berwarna putih dan bersifat sangat asam karena

adanya peningkatan PH asam sekitar (5,2 – 6). Peningkatan asam ini berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit pada vagina (Kumalasari, Intan. 2015:4)

2) Uterus/ Rahim

Perubahan yang sangat jelas terjadi pada rahim yaitu sebagai tempat untuk menyimpan calon janin yang sedang tumbuh. Perubahan ini disebabkan oleh:

(a) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah (*Hipertrofi)* dan pertumbuhan dan perkembangan jaringan abnormal (*hiperplasia)* yang meyebabkan otot-otot rahim membesar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin yang semakin bertambah..

(b) Perkembangan desidua atau sel-sel selaput lendir rahim selama hamil. Ukuran uterus normal sebelum hamil sekitar 8 x 5 x 3 cm dengan berat 50 gram (Sunarti, 2013:43). Uterus bertambah berat sekitar 70-1.100 gram selama masa hamil dengan ukuran uterus saat umur kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas ± 4.000 cc. Pada

perubahan posisi uterus di minggu ke 32 pertama berbentuk seperti alpukat, empat bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Pada rahim yang normal sebelum hamil sebesar telur ayam, usia dua bulan kehamilan sebesar telur bebek, dan usia tiga bulan kehamilan sebesar telur angsa (Kumalasari, Intan. 2015:5). Dinding – dinding rahim yang melunak dan elastis menyebabkan fundus uteri dapat didefleksikan yang disebut dengan Mc.Donald, serta bertambahnya lunak korpus uteri dan serviks di minggu ke-8 usia kehamilan yang dikenal dengan tanda Hegar. Perhitungan lain berdasarkan perubahan tinggi fundus uteri menurut Kusumawati (2008) dalam Sartika, Nita. (2016: 9) yaitu jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis maka diperoleh, usia kehamilan 22-28 minggu : bekisar 24-26 cm, 28 minggu : bekisar 26,7 cm, 30 minggu : bekisar 29-30 cm, 32 minggu : bekisar 29,5-30 cm, 34 minggu : bekisar 30 cm, 36 minggu :

bekisar 32 cm, 38 minggu : bekisar 33 cm, 40 minggu : bekisar 37,7 cm.

3) Serviks

Akibat dari pengaruhnya hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami penigkatan vaskularisasi dan pembengkakan karena meningkatnya suplai darah serta terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak yang disebut tanda (*Goodel*) dan berwarna kebiruan (*Chadwic*) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan.

4) Ovarium

Menurut Manuaba mengemukakan bahwa dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Sinta, Janing. 2012) Pada kehamilan ovulasi berhenti, corpus luteum terus tumbuh hingga terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormon estrogen dan progesteron.

b. Perubahan Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh hormon yang mempengaruhi warna kulit (*Melanocyte Stimulating Hormone*) pada lobus hipofisis anterior serta pengaruh kelenjar suprarenalis (kelenjar pengatur hormon adrenalin). Hiperpigmentasi ini terjadi di daerah perut (*striae gravidarum*), garis gelap mengikuti garis yang ada pada perut (*linia nigra*), areola mamae, papilla mamae, pipi (*cloasma gravidarum*). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan berkurang dan hilang dengan sendirinya.

c. Perubahan pada Payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada kebanyakan wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi ASI yang merupakan makanan pokok untuk bayi baru lahir. Perubahan yang terlihat diantaranya:

1) Payudara membesar, tegang dan sakit hal ini dikarenakan karena adanya peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli serta suplai darah yang meningkat akibat perubahan hormon selama hamil.
2) Terjadi pelebaran pembuluh darah vena dibawah kulit payudara yang membesar dan lama kelamaan akan terlihat jelas.

3) Hiperpigmentasi pada areola mamae dan puting susu serta munculnya areola mamae sekunder atau tampak warna kehitaman pada puting susu yang menonjol dan teraba keras.

4) *Kelenjar Montgomery* atau kelenjar lemak yang berada di daerah sekitar puting susu yang berada di dalam areola mamame kemudian membesar dan dapat terlihat dari luar. Kelenjar ini banyak mengeluarkan cairan minyak supaya puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.

5) Payudara ibu akan mengeluarkan cairan apabila di pijat. Mulai dari usia kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan tersebut warnanya jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan tersebut agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu hingga bayi lahir, cairan yang keluar lebih kental, warnanya kuning, dan banyak sekali mengandung lemak. Cairan ini di sebut (*colostrum*) (Saminem. 2008:2-3).

d. Perubahan Sistem Sirkulasi Darah (*Kardiovaskular*)

Volume darah ketika hamil semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodelusi)*. Volume darah ibu akan meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam serta air yang disebabkan oleh sekresi aldosteron dari hormon adrenalin oleh estrogen. Cardiac output atau curah jantung akan meningkat sekitar 30%, serta jantung memompa meningkat 30% setelah kehamilan 3 bulan dan kemudian melambat hingga usia kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi akan menjadi stabil dan normal kembali (Kumalasari, Intan. 2015:5).

Jumlah sel darah merah seakan lebih meningkat, hal ini terjadi untuk mengimbangi pertumbuhan janin yang ada didalam rahim, namun pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia atau kekurangan sel darah merah fisiologis (Saminem. 2008:4). ketika terjadinya hemodelusi, kepekatan darah berkurang sehingga tekanan darah tidak mudah tinggi meskipun volume darah bertambah.

e. Perubahan Sistem Pernafasan *(Respirasi*)

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering sekali mengeluhkan sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena usus ibu tertekan ke arah diafragma akibat dorongan rahim yang semakin membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat karena selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan tugas paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin.

f. Perubahan Sistem Perkemihan (*Urinaria*)

Selama kehamilan ginjal akan bekerja lebih berat karena menyaring darah yang volumenya meningkat kurang lebih sampai 30%-50%, serta pembesaran rahim yang menekan kandung kemih yang menyebabkan ibu sering berkemih (Sunarti. 2013:48).

Selain itu terjadinya *hemodelusi* yang menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah. Faktor penekanan dan meningkatnya pembentukan air seni inilah yang menyebabkan meningkatnya beberapa hormon yang dihasilkan yaitu hormon fekuensi untuk berkemih. Gejala ini akan 37 menghilang pada trimester 3 kehamilan dan pada akhir kehamilan gangguan ini akan muncul kembali karena

turunnya kepala janin ke rongga panggul yang akan menekan kandung kemih ketika mendekati proses persalinan.

g. Perubahan Sistem Endokrin

Plasenta merupakan sumber utama setelah terbentuk yang menghasikan hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotrophin*) merupakan hormon utama yang akan menstimulasi pembentukan esterogen dan progesteron yang di sekresi oleh korpus luteum, perannya adalah mencegah terjadinya ovulasi kembali dan membantu mempertahankan ketebalan uterus atau rahim. Hormon yang lainya yang dihasilkan yaitu hormon HPL (*Human Placenta Lactogen*) dan hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (*Human Chorionic Thyrotropin*) serta hormon penggatur aktivitas kelenjar tyroid, kemudian hormon MSH (*Melanocyte Stimulating Hormon*) atau hormon yang berpengaruh pada perubahan warna kulit.

h. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Perubahan yang terjadi ketika sistem gasrointestinal ialah pengaruh dari beberapa faktor-faktor hormonal saat kehamilan. Tingginya kadar hormon progesteron yang mengganggu keseimbangan cairan tubuh dapat meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi

otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (*peristaltik*) berkurang serta bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari rahim yang semakin membesar sehingga pada ibu hamil trimester 3 sering mengeluh konstipasi/sembelit. Selain itu adanya pengaruh hormon esterogen yang tinggi dapat menyebabkan pengeluaran asam lambung lebih tinggi dan sekresi kelenjar air liur (*saliva*) sama meningkat karena menjadi lebih asam dan lebih banyak. Hal ini menyebabkan daerah lambung terasa panas bahkan hingga dada biasanya sering disebut heartburn yaitu kondisi dimana makanan terlalu lama berada dilambung karena relaksasi spingter ani di kerongkongan bawah yang memungkinkan isi lambung kembali ke kerongkongan (Kumalasari, Intan. 2015:7). Kemudian keadaan lain juga menimbulkan rasa mual dan pusing /sakit kepala pada ibu terutama di pagi hari (morning sickness) jika disertai muntah yang berlebihan hingga mengganggu aktivitas ibu yang disebut *dengan Hyperemesis gravidarum* (Sunarti. 2013:47).

5. Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan

   a. Trimester I

      Ketika hamil mengakibatkan banyak perubahan serta adaptasi pada ibu hamil dan pasangannya. Pada Trimester 1

sering disebut dengan periode penyesuaian, penyesuaian ibu hamil terhadap kenyataan bahwa ibu sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi, terutama sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun, berbeda pula pada ibu hamil yang hamil dengan direncanakan ibu akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual pada awal kehamilan yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seksual.

b. Trimester II

Menurut Ramadani & Sudarmiati (2013), pada Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, karena ibu mulai merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu *fase praquickening dan pasca-quickening*. Di masa fase ini ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Pada trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya yang menimbulkan ambivalensi pada ibu

hamil yang mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun dari keluarganya (Rustikayanti, 2016:63).

c. Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga ini sering disebut sebagai fase penantian dengan rasa waspada. Ketika periode ini ibu hamil akan mulai menyadari kehadiran bayi sebagai mahluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan hadirnya seorang bayi. Ibu akan kembali merasa tidak nyaman secara fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan pada periode ini. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan seksual (Rustikayanti, 2016:63).

6. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

supaya janin dapat berkembang secara maksimal, maka dalam proses pertumbuhan dan perkembanganya perlu dipenuhi oleh zat gizi yang lengkap, baik berupa vitamin , mineral, kalsium, karbohidrat, lemak, protein dan mineral. Maka dari itu selama proses kehamilan seorang ibu hamil dianjurkan sekali untuk mengkonsumsi makanan dengan kualitas gizi yang sehat dan seimbang, karena pada dasarnya saat hamil berbagai zat gizi yang dikonsumsi ibu akan berdampak langsung pada kesehatan dan

perkembangan janin pada ibu. Selain gizi yang cukup, kebutuhan dasar selama ibu hamil juga harus diperhatikan, karena hal tersebut sangat berpengaruh sekali terhadap kondisi ibu baik fisik maupun psikologis umtik mengingat reaksi terhadap perubahan selama masa kehamilan antara satu dengan ibu hamil yang lain dalam penerimaan tidaklah sama.

Menurut Romauli (2011) kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya:

a. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester I

1) Diet

Eta hamil Ibu dianjurkan untuk selalu makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi untuk menghindari adanya rasa mual muntah begitu pula nafsu makan ibu yang mungkin akan menurun. ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4 - 0,8 mg/hari), kalori ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 23000 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium). Makan dengan porsi sedikit namun sering dengan

frekuensi sedang. Ibu hamil juga harus cukup minum 6-8 gelas sehari.

2) Pergerakan dan gerakan badan

Selain menyehatkan badan, dengan bergerak akan meminimalkan rasa malas pada ibu untuk melakukan aktivitas selama hamil, bergerak juga mendukung sistem kerja tubuh ibu selama hamil sehingga ibu yang memiliki nafsu makan yang tinggi dan berat badan yang lebih dapat terkontrol dan meminimalisir terjadi nya obesitas/ kegemukan selama masa kehamilan. Pergerakan badan ibu sebagai bentuk olahraga tubuh juga sangat bermanfaat melatih otot-otot dalam ibu menjadi lebih lentur sehingga memudahkan jalan lahirnya untuk calon bayi ibu saat memasuki proses persalinan.

3) Hygiene dalam kehamilan

Ketika hamil ibu boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari namun tidak boleh terlalu lelah sehingga harus di selingi dengan istirahat. Istirahat yang dibutuhkan ibu yaitu 8 jam pada malam hari serta 1 jam pada siang hari. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badannya untuk mengurangi

adanya infeksi, setidaknya mandi 2-3 kali perhari, kebersihan gigi juga harus dijaga, untuk menjamin perencanaan yang baik.

4) Koitus

Pada umumnya koitus diperbolehkan etika masa hamil jika dilakukan dengan hati-hati. Pada trimester 3, lebih baik dihentikan karena dapat menimbulkan rasa sakit dan perdarahan. Pada ibu yang memiliki riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda hingga usia kehamilan 16 minggu karena saat itu plasenta sudah berbentuk. Pola seksual pada trimester III saat persalinan semakin dekat, umumnya keinginan seksual kembali menurun drastis dibandingkan pada trimester pertama. Perut yang semakin buncit akan membatasi gerakan serta posisi nyaman saat berhubungan intim. Pegal dipunggung dan pinggul, tubuh bertambah berat, nafas lebih pendek (karena besar janin mendesak dada dan lambung). Selain fisik, turunnya hasrat seksual juga berkaitan dengan cemas dan khawatirnya ibu ketika menjelang persalinan.

Hubungan seksual lebih diutamakan karena menjaga kedekatan emosional daripada rekreasi fisik karena pada trimester terakhir dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme dan berlangsung biasanya sekitar 30 menit dan menyebabkan ketidak nyamanan. Jika kontraksi berlangsung lebih lama, menyakitkan, menjadi lebih kuat, atau ada indikasi lain yang menandakan bahwa proses kelahiran akan mulai. namun, jika tidak terjadi penurunan seksual pada trimester ketiga ini, hal itu normal saja. Ibu hamil berhak mengetahui pola seksual karena dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan oleh orgasme. (Sartika, Nita. 2016:16).

b. Kebutuhan ibu hamil trimester II

1) Pakaian Selama kehamilan

Ibu dianjurkan untuk menggunakan pakaian nyaman digunakan dan yang berbahan katun untuk mempermudah menyerap keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang.

2) Pola Makan

Nafsu makan akan meningkat dan pertumbuhan yang pesat maka ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi protein, vitamin, juga zat besi. saat hamil kebutuhan zat besi sangat meningkat. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama hamil. Besarnya angka kejadian anemia ibu hamil yang disebabkan karena kurangnya asupan sel darah merah. Efek samping tablet Fe ialah kadang terjadi mual karena bau tablet, muntah, perut tidak enak, susah buang air besar, tinja berwarna hitam, namun hal ini tidak berbahaya. Waktu yang dianjurkan minum tablet Fe adalah pada pada malam hari menjelang tidur, karena dapat mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya.

3) Ibu diberi imunisasi TT3.

c. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Cukupnya gizi ibu hamil di ukur dari berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 lebih banyak dari sebelumnya. Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-

0,5 kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30gram lebih banyak dari biasanya.

2) Seksual

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu:

a) sebelumnya Pernah mengalami arbotus,
b) sebelumnya ada Riwayat perdarahan pervaginam,
c) Terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir, Walaupun ada beberapa indikasi tentang bahayanya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya hasrat seksual pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan intim dengan pasanganya, ketidaknyamanan seperti pegal/ nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal

inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III.

3) Istirahat Cukup

Istirahat dan tidur yang cukup dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu serta tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/ hari.

4) Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, kebersihan lain yang juga penting di jaga yaitu persiapan laktsi, serta penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

5) Mempersiapkan kelahiran

kemungkinan darurat kerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk menanyakan penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk persiapan biaya persalinan. Kerja sama dengan ibu, serta keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk:

Menyiapkan kemana harus pergi dan transportasi untuk ke tempat tersebut, Mempersiapkan donor darah, Mengadakan persiapan finansial, Menyiapkan pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.

6) Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan, Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus diwaspadai :
   a) Rasa sakit karena adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
   b) Keluarnya lendir bercampur darah (*show*) yang banyak karena robekan kecil pada serviks.
   c) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
   d) Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan adanya pembukaan.

7. Tanda – Tanda Bahaya pada Ibu Hamil

   a. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

      Tanda bahaya kehamilan ialah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama hamil, jika tidak segera terdeteksi dapat menyebabkan kematian pada ibu (Asrinah, 2010: 154). Menurut Pillitteri

(2011), tanda bahaya kehamilan yang muncul biasanya adalah perdarahan pervaginam, edema pada wajah dan tangan, demam tinggi, ruftur membran, penurunan pergerakan janin, dan muntah persistens (Isdiaty, Nur, 2013:19).

b. Tanda bahaya kehamilan

Menurut Yuni dkk (2011) adanya perdarahan pervaginam, mengalami sakit kepala yang berat, penglihatan mata kabur, terdapat bengkak di wajar dan jari-jari tangan, keluarnya cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, dan nyeri abdomen yang hebat (Sartika, 2016:15).

a. Macam – Macam Tanda Bahaya Kehamilan :

1) Tanda Bahaya Kehamilan Muda

(a) Hyperemesis Gravidarum

Maulana (2011), mendefinisikan hyperemesis gravidarum sebagai suatu keadaan yang ditandai dengan rasa mual dan muntah yang berlebihan, kehilangan berat badan, gangguang keseimbangan elektrolit, ibu terlihat lebih kurus, turgor kulit berkurang serta mata terlihat cekung. Jika tidak ditangani segera masalah yang

timbul seperti peningkatan asam lambung yang dapat menyebabkan gastristis. Peningkatan asam lambung akan semakin memperparah hyperemesis gravidarum atau mual muntah (Rahma, 2016:52). Menurut Ningsih (2012), mual muntah yang terjadi timbul karena adanya perubahan dari berbagai hormon dalam tubuh pada awal masa kehamilan. Presentase hormon HCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan plasenta. Diperkirakan hormon inilah yang mengakibatkan mual muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung. Sehingga semakin meningkatnya hormon HCG , semakin cepat juga ransangan untuk muntah (Rahma, 2016:52). Menurut Manuaba (2010) dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu dapat menimbulkan menurunnya asupan O2, gangguan fungsi sel liver hingga terjadi ikterus atau kuning. Mual muntah yang berkelanjutan dapat menimbulkan

gangguan fungsi alat-alat vital serta lenih parahnya dapat menimbulkan kematian (Rahma, 2016:52). Hyperemesis gravidarum dikaitkan pula dengan peningkatan resiko untuk Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kelahiran Prematur, kecil usia kehamilan, serta kematian pada masa perinatal.

Klasifikasi hyperemesis gravidarum menurut Manuaba (2011), yaitu:

(1) Tingkat I Hyperemesis gravidarum ditandai dengan muntah yang terus menerus disertai dengan penurunan nafsu makan dan minum.

(2) Tingkat II Pada hyperemesis gravidarum tingkat II, pasien memuntahkan semua yang dimakan dan yang diminum, berat badan cepat turun, dan adanya rasa haus yang hebat.

(3) Tingkat III Hyperemesis gravidarum. Keadaan ini ialah kelanjutan dari hyperemesis tingkat II yang ditandai dengan muntah yang berkurang atau

bahkan berhenti, tetapi kesadaran menurun (delirium hingga koma) serta mengalami ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung dan dalam urin ditemukan billirubin dan protein (Rahma, 2016:52).

(b) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan yang usia kandungan kurang dari 22 minggu. ketika awal kehamilan, ibu biasanya akan mengalami perdarahan yang sedikit (*spotting*) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah *perdarahan implantasi* (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan tanda Hartman dan ini normal terjadi. Pada waktu lain, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (*erosi*). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat tanda-tanda infeksi.

Perdarahan pervaginam patologis biasanya ditandai dengan tanda-tanda seperti darah

yang keluar berwarna merah dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang hebat. Perdarahan ini bisa disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa. Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan kurang dari usia kehamilan 20 minggu dengan berat janin kurang dari 500 gram atau sebelum plasenta selesai (Kusmiyati, 2011).

Jenis-jenis abortus menurut Kusumawati (2014) , diantaranya: 1) Abortus spontan merupakan abortus yang terjadi secara alamiah tanpa (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut. 2) Abortus provokatus (induced abortion) merupakan bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat–obatan mau pun dengan alat–alat. 3) Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker, ataupun kelainan pada janin 4) Abortus kriminalis merupakan abortus yang

terjadi karena tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis. 5) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) merupakan bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua atau plasenta, kemudian Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan ibu. 6) Abortus imminens ialah Abortus yang mengancam terjadi di mana perdarahan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kram perut bagian bawah tanpa dilatasi serviks. 7) Abortus insipiens ialah abortus yang berlangsung dimana keluarnya hasil konsepsi belum terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondosi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan banyak, dan nyeri kram peut bagian bawah. 8) Abortus tertunda (missed abortion). Menurut WHO, missed abortion ialah kondisi embrio atau janin tidak tumbuh tetapi tidak dikeluarkan secara

spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu).

(c) *Mola hidatidosa*

Menurut Kemenkes Republik Indonesia (2013), mola hidatidosa merupakan bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada villi khoironok yang disebabkan oleh poliferasi trofoblastik dan pembengkakan. Diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG. Beberapa tanda gejala *mola hidatidosa* menurut pendapat Varney (2011), yaitu: (1) adanya mual dan muntah yang intens, terkadang menjadi parah, (2) Terdapat perdarahan uterus pada minggu ke-12 disertai bercak darah dan perdarahan hebat, namun biasanya berupa rabas yang bercampur darah, dan cenderung berwarna merah, (3) Tampak ukuran rahim yang membesar namun tidak ada perkembangan/ aktivitas janin, (4) Terdapat nyeri tekan pada ovarium, (5) Tidak ada denyut jantung janin, (6) Saat palpasi, bagian-bagian janin

tidak diteraba/ tidak ditemukan, (7) Komplikasi hipertensi akibat kehamilan, preeklampsi/ eklampsi sebelum usia kehamilan 24 minggu.

(d) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Hampir 95% kehamilan ektopik terjadi diberbagai segmen tuba fallopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum dan didalam serviks. Jika terjadi ruptur disekitar lokasi implantasi kehamilan maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu (RI, Kemenkes, 2013:114). Faktor-faktor predisposisi kehamilan ektopik meliputi: memiliki riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi tubektomi, penggunaan IUD, infertilitas, riwayat abortus dan riwayat inseminasi buatan/ teknologi bantuan reproduktif (assisted

reproductive technology/ ART). Gejala awal yang timbul yaitu perdarahan pervaginam dan bercak darah, biasanya disertai nyeri panggul (Varney, 2007). Diagnosa kehamilan ektopik dapat ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG.

(e) Anemia WHO menetapkan standar hemoglobin normal (Hb 11%) pada ibu hamil, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Departemen kesehatan Republik Indonesia (2009) mengklasifikasikan anemia pada ibu hamil berdasarkan berat badannya, yaitu : anemia ringan dan berat. Anemia ringan apabila kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%. Anemia berat apabila kadar Hb dalam darah kurang dari 8 gr% (Nurhidayati, 2013:4). Komplikasi anemia pada ibu hamil menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/ keguguran serta dampak pada janin yang menyebabkan berat lahir rendah.

Macam-macam anemia dalam kehamilan meliputi:

(1) Anemia defisiensi zat besi. Anemia yang ditandai keluhan seperti lemas, pucat dan mudah pingsan, karena kekurangan zat besi dalam darah dan kadar Hb < 11 gr%. Dapat ditanggulangi dengan mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi seperti sayur-sayuran dan daging.

(2) Anemia megaloblastik. Anemia yang terjadi karena kelainan proses pembentukan DNA sel darah merah yang disebabkan kekurangan (defisiensi) vitamin B12 dan asam folat.

(3) Anemia hipoplastik. Anemia yang terjadi karena kelainan sumsung tulang yang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

(4) Anemia hemolitik. Anemia yang terjadi karena kerusakan sel darah merah yang berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Pada masa kehamilannya ibu yang mengalami kenaikan takanan

sistolik sebanyak 30 mmHg atu diastolik sebanyak 15 mmHg perlu dipantau lebih lanjut (Lindarwati, 2012: 4). Hipertensi disebabkan oleh peningkatan tekanan darah yang dipengaruhi oleh faktor perubahan curah jantung, sistem saraf simpatis, autoregulasi, dan pengaturan hormon. Hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu: hipertensi kronis, preeklamsi, superimposed, hipertensi gestasional dan eklamsia. Hipertensi gestasional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/ 90 mmHg atau lebih untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi belum mengalami proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transien apabila tidak terjadi preeklampsia dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu postpartum. Hipertensi gestasional dapat memperlihatkan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan preeklampsia, seperti nyeri kepala, nyeri epigastrium, trombositopenia (Lindarwati, 2012:4).

2) Tanda Bahaya Kehamilan Lanjut

a) Perdarahan Pervaginam

Menurut Kusumawati (2014) Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai dengan sebelum persalinan. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan kadang banyak kadang tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah

(1) Plasenta Previa.

Plasenta previa ialah plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati ostium serviks interna. Beberapa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa diantaranya kehamilan ibu sudah usia lanjut (lebih dari35 tahun), multiparitas, serta mempunyai riwayat seksio caesaria

sebelumnya. Gejala umum yang terjadi pada kasus plasenta previa yaitu terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri secara tiba-tiba dan kapan saja, rahim tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul. Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

(a) Plsenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan,

(b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja,

(c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna,

(d) Plasenta previa letak rendah. yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

(2) Solusio Plasenta

Ketika persalinan normal, plasenta akan lepas setelah bayi lahir, namun karena keadaan abnormal plasenta

dapat lepas sebelum waktunya atau yang disebut solusio plasenta. Beberapa faktor komplikasi sebagai penyebab solusio plasenta yaitu hipertensi, adanya trauma abdominal, kehamilan gemelli, kehamilan dengan hidramnion, serta defisiensi zat besi. Tanda gejala yang ditimbulkan biasanya terjadinya perdarahan dengan nyeri yang menetap, hilangnya denyut jantung janin (gawat janin), uterus terus menegang dan kanin naik, perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya, syok.

(3) Ruptur Uteri

Ruptur uteri ialah robeknya uterus pada saat kehamilan/ persalinan, pada saat umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Klasifikasi ruptur uteri yaitu: (a) Menurut keadaan robekan Ruptur uteri inkomplit (subperitoneal). Yaitu keadaan¬ ruptur yang hanya terjadi pada dinding uterus yang robek

sedangkan lapisan serosa (pritoneum) tetap utuh, Ruptur uteri komplit (transperiyoneal). Yaitu keadaan¬ ruptur selain pada dinding uterus yang robek, lapisan serosa (pritoneum) juga robek sedingga dapat berada di rongga perut. Ruptur uteri pada waktu kehamilan (ruptur uteri gravidarum) yang terjadi karena dinding uterus lemah yang disebabkan oleh adanya bekas sectio caesaria, bekas mioma uteri, bekas kuratase/ plasenta manual. Sepsis post partum, atau terjadi hipoplasia uteri/ uterus abnormal (Dewi, 2015: 111).

(4) Sakit kepala

Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristriahat. Terkadang karena sakit kepala yang hebat tersebut, penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklampsi. Perubahan

visual (penglihataan) secara tiba-tiba (pandangan kabur) dapat berubah pada masa kehamilan (Kusumawati, 2014). Nyeri kepala hebat pada masa kehamilan dapat menjadi tanda gejala dari pre eklamsi, dan jika tidak segera diatasi dapat mnyebabkan komplikasi kejang maternal, stroke, koagulapati hingga kematian mendadak. Sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lengkap baik bengkak pada tangan/ kaki, tekanan darah, dan protein urin ibu sejak dini.

(5) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah selama masa kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Jika masalah visual yang mengindikasikan perubahan mendadak, misalnya pandangan menjadi kabur dan berbayang disertai rasa sakit kepala yang hebat, ini sudah menandakan gejala pre eklamsi (Pantiawati, 2011).

Penglihatan kabur karena sakit kepala hebat, sehingga terjadi oedem pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat yang dapat menimbulkan kelainan serebral, dan gangguan penglihatan.

(6) Nyeri Perut Hebat

Nyeri pada daerah perut yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), abortus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lainya (Kusumawati, 2014).

(7) Bengkak Pada Muka dan Ekstremitas

Ibu ketika hamil biasanya akan mengalami pembengkakan yang normal pada kaki yang biasanya dimulai saat sore hari dan dapat hilang jika beristirahat atau bisa juga meninggikan posisi kaki lebih tinggi daripada kepala. Bengkak disini akan menjadi masalah apabila ditandai dengan: Muncul pembengkakan pada daerah muka, tangan dan ekstremitas lainya, Bengkak tersebut tidak bisa hilang ketika beristirahat, Bengkak yang disertai dengan keluhan fisik yang lain. Dapat menjai tanda –tanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun pre eklampsia. Gejala anemia bisa muncul dengan bentuk oedema (bengkak) karena adanya penurunan dari kekentalan darah pada penyakit anemia, hal tersebut disebabkan karena berkurangnya kadar hemoglobin ata sel darah merah (Hb,

sebagai pengangkut oksigen dalam darah). Pada darah yang kadar Hb-nya rendah, biasanya cairannya lebih tinggi dibandingkan dengan kadar hemoglobinnya (Kusumawati, 2014).

(8) Bayi kurang bergerak seperti biasa,

Ibu hamil akan mulai merasakan gerakan janin yang dikandungnya pada usia kehamilan ±16-18 minggu jika pada ibu hamil yang sudah pernah melahirkan lebih dari 3x, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan ±18-20 minggu (pada primigravida, baru pertama kali hamil). Jika bayi dalam keadaan tidur, gerakannya akan melemah. Kemudian bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10x gerak dalam waktu 12 jam). Gerakan janin tersebut akan lebih mudah dirasakan apabila ibu berbaring/beristirahat, ataupun ketika ibu makan dan minum. (Kusumawati, 2014). Jika ibu tidak merasakan adanya

gerakan janin setelah usia 22 minggu/ memasuki persalinan, maka harus diwaspadai adanya gawat janin atau kematian janin dalam rahim.

(9) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

ketuban dapat pecah sebelum waktu persalinan yang biasanya disebabkan karena kurangnya kekuatan membran/ meningkatnya tekanan uterus yang juga bisa disebabkan adanya infeksi yang asalnya dari vagina dan serviks kemudian dapat dinilai dari cairan ketuban dari vagina. Pecahnya selaput ketuban bia terjadi pada usia hamil ibu 37 minggu belum cukup bulan maupun kehamilan cukup bulan.

(10) Demam Tinggi

apabila suhu ibu hamil lebih dari 38°C ketika hamil, hal tersebut dapat menandakan ibu demam, Demam pada kehamilanbiasanya tanda dari infeksi kehamilan. Dapat ditangani dengan miringkan posisi badan ibu kearah kiri,

anjurkan untuk mencukupi kebutuhan cairan serta kompres hangat guna menurunkan suhu ibu. komplikasi yang ditimbulkan apabila ibu hamil mengalami demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kencing) serta infeksi saluran kemih bagian atas.

8. Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)

Menurut Manuaba (2011) mengartikan bahwa Antenatal care (ANC) ialah pemeriksaan pada ibu hamil untuk memastikan kesehatan mental serta fisik ibu hamil supaya ibu sanggup menghadapi persalinan, masa nifas, pemberian ASI, dan pulihnya kesehatan reproduksi secara normal (Kumalasari, 2015:8). Menurut Mansjoer (2011), asuhan kehamilan tersebut bertujuan untuk :

a. Memantau adanya kemajuan kehamilan dan memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembangnya bayi,
b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayinya,
c. Mengskrining secara dini ada atau tidaknya komplikasi yang kemungkinan terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan serta riwayat bedah,
d. Mempersiapkan persalinan aterm, melahirkan dengan kuat selamat, ibu maupun bayinya dengan minimal trauma,

e. Mempersiapkan ibu supaya masa nifas berjalan normal dan ibu dapat memberikan ASI eksklusif,
f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Kumalasari, 2015:9).

Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar, ibu hamil hendaknya sedikitnya melakukan empat kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu: 1) Satu kali kunjungan selama trimester 1 (usia kehamilan < 14 minggu), 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (usia kehamilan antara minggu 14-28), 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke- 28-36 dan sesudah minggu ke-36), 4) Perlu segera periksa kehamilan apabila dirasakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam (Kumalasari, 2015:9).

B. Tinjauan Teori Persalinan

1. Pengertian persalinan

Menurut Sulistyawati (2012) mengemukakan persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang sudah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sholichah, Nanik 2017:80).

Menurut Ahli lain, Varney mengemukakan persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, di mulai dengan kontraksi persalinan, yang ditandai oleh perubahan pada servixs, dan diakhiri dengan lahirnya plasenta (Fritasari, 2013:15). Persalinan merupakan peristiwa fisiologis yang melibatkan perubahan sekuensial di dalam miometrium, desiduas, dan serviks uterus yang terjadi secara bertahap selama beberapa hari sampai beberapa minggu. Perubahan jaringan ikat biokimia di serviks uterus muncul untuk mendahului kontraksi rahim dan pelebaran serviks, dan kejadian ini biasanya terjadi sebelum pecahnya membran janin. atau proses persalinan yaitu proses pengeluaran janin yang matang dan telah melewati masa kehamilan normal (Asgari, et al, 2013:214).

Persalinan merupakan proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, oleh karena itu, setiap *wanita usia subur* (WUS), ibu hamil (bumil), ibu bersalin (bulin), dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Persalinan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana angka kematian Ibu bersalin yang masih cukup tinggi. Keadaan ini disertai dengan komplikasi yang mungkin saja timbul selama persalinan, sehingga memerlukan pengetahuan dan keterampilan

yang baik dalam bidang kesehatan, dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan menurunkan angka kematian, kesakitan ibu dan perinatal (Purwandari, dkk, 2014:47).

Persalinan normal yaitu persalinan yang diawali secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko rendah pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik, merupakan Definisi lain mengenai persalinan dan kelahiran normal menurut Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014:2) yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam. Tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

2. Jenis - Jenis Persalinan

   a. Persalinan Spontan, ialah persalinan yang prosesnya berlangsung dengan adanya kekuatan ibunya sendiri serta jalan lahir (Oktarina, Mika. 2016:2).
   b. Persalinan Buatan, ialah persalinan yang prosesnya dibantu dengan tenaga dari luar misalnya dengan forceps, vakum, atau operasi sectio caesarea.
   c. Persalinan Anjuran, ialah persalinan yang dibantu dengan adanya rangsangan misalnya pemberian induksi oksitosin. biasanya persalinan terjadi jika bayi sudah cukup besar

untuk hidup didalam rahim, namun tidak begitu besar sehingga dapat timbul kesulitan dalam proses melahirkan. Sama halnya pada persalinan yang tidak segera mulai dengan sendirinya namun dilakukan dengan bantuan, seperti amniotomi/ pemecahan ketuban (Damayanti, Ika Putri dkk 2014:4).

3. Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalianan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori :

a. Faktor – Faktor Hormonal Yang Menyebabkan Persalinan

1) Rasio Estrogen Terhadap Progesteron

Hormon Progesteron menghambat adanya kontraksi uterus selama masa hamil, sehingga pengeluaran janintak terduga tidak terjadi. Sedangkan hormon esterogen sendiri dapat meningkatkan kontraksi uterus karena jumlah otot-otot saling berhubungan satu sama lain (gap injection) antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan saat permulaan inpartu. Ketika masa kehamilan hormon estrogen dan progesteron disekresikan kedalam jumlah yang terus meningkat setiap waktu. Tetapi mulainya bulan ke-7 dan seterusnya hormon estrogen terus meningkat namun progesteron tetap pada kondisi

konstan atau mungkin menurun. Dari hal tersebut diduga bahwa rasio estrogen dan progesteron dapat menjadi penyebab terjadinya persalinan.

2) Pengaruh Oksitosin Pada Uterus

Oksitosin merupakan hormon yang dihasilkan oleh Neurohipofisis Posterior yang dapat menyebabkan kontraksi rahim. Dimana yang terjadi:

a) Otot –otot akan mengalami peningkatan reseptor-reseptor oksitosin dan meningkatnya respon terhadap oksitosin,
b) Cepatnya proses sekresi oksitosin oleh neuro hipofisis dapat meningkat pada saat persalinan,
c) Serviks merengang atau mengalami iritasi serviks ketika proses melahirkan dapat menyebabkan refleks neurogenik yang mengakibatkan neurohipofifis yang dapat meningkatkan sekresi oksitosin.

3) Pengaruh Hormon janin pada rahim

Kelenjar hipofisis pada janin juga dapat mensekresikan oksitosin yang dapat meningkat jumlahnya seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. kelenjar adrenaln pada janin dapat

menghasilkan hormon kortisol yang bisa menstimulasi uterus. Membran janin yang menghasilkan tingginya prostaglandin ketika saat melahirkan, prostaglandin dapat meningkatkan kontraksi rahim (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 4-6).

b. Teori Yang mengaitkan Mulai adanya Kekuatan His dari Beberapa teori yang menyatakan bahwa itu merupakan kemungkinan proses perasalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 7-9) yaitu:

1) Teori Kerenggangan

Otot rahim memiliki kemampuan merenggang dengan batas tertentu, Setelah melewati batas tersebut sehingga timbulnya kontraksi dan persalinan dapat dimulai, Contohnya pada hamil kembar hal tersebut sering terjadi kontraksi setelah kerenggangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2) Teori Penurunan Progesteron

ketika usia kehamilan 28 minggu plasenta mengalami penuaan, dimana terjadi adanya timbunan jaringan ikat, dan adanya penyempitan pada pembuluh darah serta adanya penurunan produksi progesteron, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap reaksi

oksitosin, Akibat dari hal tersebut setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu akan mengalami kontraksi pada uterus. Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim ini menyebabkan :

(a) penurunan kepala dan masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul terutama pada ibu hamil yang telah memiliki anak lebih dari 3, pada minggu ke- 36 sesak dapat timbul dibagian bawah karena adanya proses penurunan kepala diatas simpisis pubis ibu akan merasakan selalu ingin buang air kecil karena adanya kandung kemih tertekan oleh kepala janin.

(b) fundus uteri akan turun dan perut mulai melebar

(c) Ibu akan meraakan nyeri pada daerah pinggang, hal ini disebabkan karena kontraksi ringan otot rahim dan tetekannya pleksus Frankenhauser yang terletak disekitar serviks

(d) Karena adanya kontraksi rahim maka serviks akan melunak

(e) Ketika lendir penutup serviks dilepaskan akan ada pengeluaran lendir

3) Teori Oksitosin Internal

pada kelenjar hipofisis posterior disitulah okstosin diproduksi, perubahan sensitivitas otot rahim dapat disebabkan karena adanya perubahan keseimbanan hormon estrogen dan progesteron, sehingga sering terjadi kontraksi palsu. persalinan dapat dimulai karena adanya proses penurunan konsentrasi progesteron akibat tuanya aktivitas

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin mulai meningkat sejak usia kehamilan bekisar 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua, Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga konsepsi dikeluarkan, karena itulah Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

5) Teori Hipotalamus Pituitari

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Adanya maturitas janin dikarenakan adanya pemberian kortikosteroid, induksi hal tersebut menunjukkan hubungan antara

pituitari dengan persalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 7-8).

4. Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya :

a. Menurut Rose (2010) secara umum tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta serta untuk menyiapkan mulut rahim supaya adanya pembukaan (Fritasari, 2013: 16-17).

b. Keluarnya Lendir Bercampur Darah Lendir merupakan poliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir tersebut awalnya menyumbat di leher rahim, sumbatan tersebut mengalami penebalan pada mulut rahim lalu terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim bahwa mulut rahim menjadi lunak membuka. Leher inilah yang di maksud *blood slim* (Fritasari, 2013: 19).

c. Menurut Maulana, (2008) Keluarnya Air Ketuban merupakan proses penting menjelang persalinan yaitu pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Fritasari, 2013: 20-21).

d. Membukanya leher rahim merupakan respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini dapat dirasakan oleh ibu namun dapat diketahui secara pasti hanya dengan pemeriksaan dalam (vagina toucher), oleh dokter atau bidan untuk melakukan pemeriksaan guna menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim (Sumkin, 2008 dalam Fritasari 2013: 21).

Tanda – tanda persalinan menurut Kumalasari (2015), diantaranya: a. karena adanya kontraksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkat kekuatan frekuensi dan durasi akan mulai sering timbulnya rasa sakit, b. Rabas vagina yang mengandung darah (bloody show), c. Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya, d. Pada pemeriksaan dalam, adanya pembukaan serta serviks telah mendatar.

Menurut Stoppart Adanya kontraksi Palsu, kontraksi ini terjadi pada trimester tiga dan sering salah membedakan

dengan kontraksi awal persalinan. Kontraksi palsu tersebut sangat kuat namun kadang disalah artikan sebagai tanda persalinan semakin dekat. Dan ini di kenal dengan persalinan palsu. Kontraksi dapat dihitung selama kurang lebih dari satu jam dan jika kontraksi tersebut terjadi berdekatan satu sama lain dan berlangsung lama, hal itu mungkin persalinan (Fritasari, 2013:21-22).

Pada usia kehamilan minggu ke-36 pada primigravida, akan mulai muncul lightening, lightening sendiri merupakan penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Beberapa penyebab ligtening yaitu:

1) Adanya kontraksi palsu
2) Dinding perut mulai ada penegangan
3) Ligamentum rotumdum mengalami penegangan
4) Adanya gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Proses masuknya kepala janin ini juga dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda diantaranya:
    a. rasa sesak mulai berkurang karena bagian atas sudah mulai turun
    b. Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
    c. Sulit untuk berjalan

d. Selalu ingin buang air kecil

5. Faktor – faktor yang berperan dalam persalinan

Menurut Manuaba (2007) dalam Fritasari, Defi 2013: 22) yaitu:

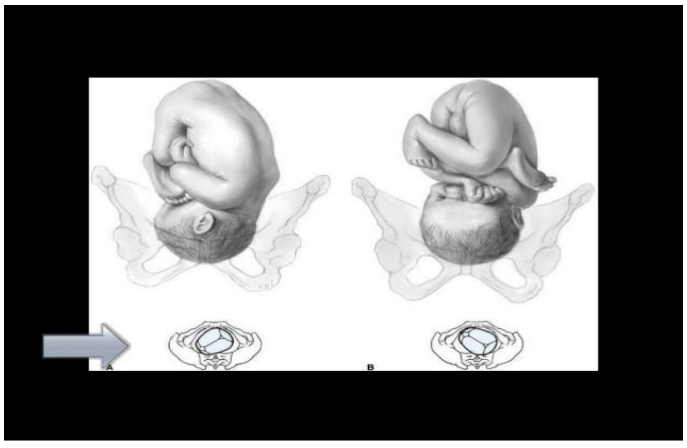
1. Power : Kekuatan his adekuat dan adanaya kekuatan ibu untuk mengejan
2. Passage : Jalan lahir tulang, jalan lahir otot
3. Passanger : Janin, plasenta dan selaput ketuban.
4. Terjadinya His Permulaan Pada ibu hamil kontraksi braxton his sering dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang dimbulkannya. Biasanya keluhan yang dirasakan berupa sakit pinggang yang menjalar ampai ke bagian punggung, terutama pada ibu dengan ambang rasa sakit yang dirasakannya. oksitosin semakin meningkat karena adanya perubahan kadar hormon estrogen, dan progesteron menyebabkan kontraksi dan timbulnya kontraksi permulaan

6. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan yaitu terfokus pada perubahan posisi dan sikap yang diambil janin selama proesnya keluar melalui jalan lahir. Mekanisame persalinan ini untuk presentasi verteks dan panggul ginekoid. Hubungan antara kepala dan tubuh janin dengan panggul ibu dapat berubah ketika janin mulai turun melalui

panggul. Hal ini sangat penting karena diameter tengkorak janin ada pada setiap kala penurunan. Tahapan mekanisme persalinan ini diantaranya:

a. Engagement Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal/ pada posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas penggul. Engegement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara. Bilangan perlimaan kepala janin yang dapat dipalpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari 2/5 kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum engaged.



Gambar 2.5

Proses masuknya bagian terbesar kepala janin kedalam pintu atas panggul. (Sumber: Sutopo, 2014. http://www. slideshare.net/HendrikLidapraja/meknismepersalinan-belakang-kepala diakses tanggal 20 Mei 2021).

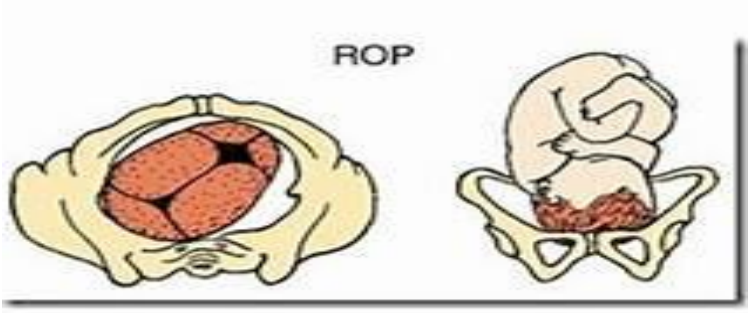
b. Penurunan (Descent) Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun ke pintu atas panggul. Proses ini dipercepat adanya ketuban pecah dan keinginan ibu untuk mengejan.

Gambar 2.6

Penurunan (Descent) Selama kala I persalinan (Sumber: Sutopo, 2014. diakses tanggal 20 Mei 2021).

c. Fleksi Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin merupakan gerakan pasif, sebagian karena struktur disekitarnya, dan penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi

perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.



Gambar 2.7

Kepala flexi kala I persalinan (Sumber: Sutopo, 2014. diakses tanggal 20 Mei 2021).

d. Rotasi Internal Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagital kini terletak di diameter anterior posterior pintu bawah panggul (diameter terluas panggul). Resistensi adalah dinamika rotasi yang penting. Jika janin mencapai engagement dalam posisi oksipitoposterior, rotasi internal (putar paksi dalam) dapat terjadi dari posisi oksipitorposterior sampai posisi oksipitoranterior. Rotasi internal yang lama ini, bersama dengan diameter presentasi tengkorak janin yang lebih besar, menjelaskan peningkatan durasi persalinan akibat kelainan posisi ini. Posisi ini dikaitkan dengan ekstensi

kepala janin yang akan meningkatkan diameter presentasi tengkorak janin pada pintu bawah panggul. Posisi ini dapat menyebabkan obstruksi persalinan dan memerlukan pelahiran dengan alat bantu atau bahkan perlu dilakukan sectio caesaria.

e. Ekstensi Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sakrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistensi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini dikenal sebagai crowning kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hanpir bertindak sebagai titik tumpu wajah, dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. Ekstensi dan gerakan ini meminimalkan trauma jaringan lunak dengan menggunakan diameter terkecil kepala janin untuk kelahiran.

Gambar 2.8

Kepala ekstensi kala I persalinan (Sumber: Sutopo, 2014. diakses tanggal 20 Mei 2021).

f. Restitusi adalah rotasi internal yg mengakibatkan lepasnya putaran kepala janin. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui 1/8 lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring).

g. Rotasi Eksternal supaya mudah dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior – posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal.

h. Pelahiran Bahu dan Tubuh Janin Ketika restutusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior – posterior. Bahu anterior berada di bawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya.

Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, seringkali „traksi lateral‟ ini dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dan bawah simfisis pubis. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior dipandu ke atas, pada perinum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke arah abdomen ibu (Holmes, Debbie. 2011: 224-225).

7. Tahapan persalinan

   a. Kala I (Pembukaan)

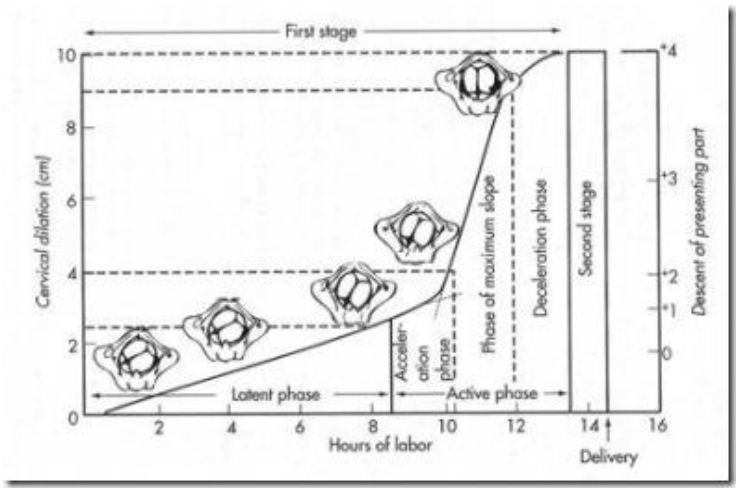
      Kala satu persalinan ini dimulai ketika terjadinya kontraksi uterus yang frekuensi dan kekuatannya teratur serta meningkat hingga serviks mengalami pembukaan hingga lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu:

      1) Fase Laten

         Fase laten dimulai ketika adanya kontraksi yang menimbulkam penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.

      2) Fase Aktif

Fase aktif merupakan kontraksi uterus yang frekuensi serta lama menigkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, uterus akan mengeras ketika kontraksi, lalu serviks mlai membuka. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/ jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Pada fase aktif kala II terjadi penurunan bagian terendah janin tidak boleh berlangsung lebih dari 6 jam.



Gambar 2.9

Pembukaan serviks sesuai Kurve Friedman (Sumber: Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12 diakses tanggal 20 Mei 2021).

Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu:

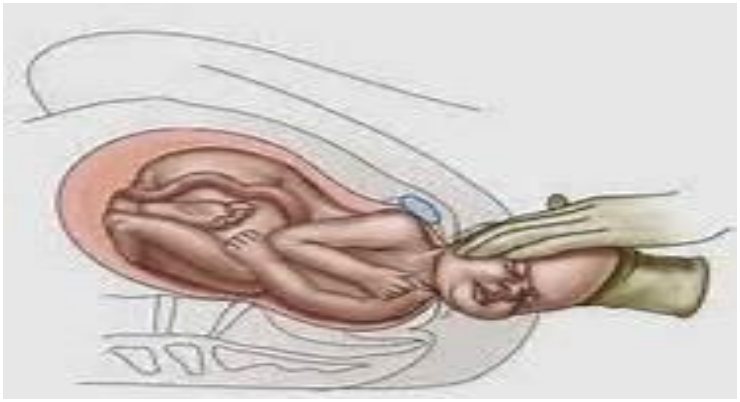
a) Fase Akselerasi. Pada primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam
b) Fase Dilatasi Maksimal. Pembukaan serviks berlangsung lebih cepat, yaitu 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam
c) Fase Deselerasi.

   Pembukaan serviks melambat dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm) dalam waktu 2 jam (Sursilla, ilah. 2010:5-6). Lamanya untuk primigravida berlangsung 12-14 jam sedangkan pada multigravida sekitar 6-8 jam (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12).

b. Kala II (Pengeluaran Janin)

Persalinan kala II dimulai saat pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala II ini pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Karena adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara

reflektoris atau otomatis menimbulkan rasa ingi mengejan, Kepala janin telah turun masuk keruang panggul,. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dan anus membuka. Ketika saat kontraksi, kepala janin sudah mulai tampak, vulva mulai membuka dan perineum akan merenggang. Dengan kontraksi yang ada, ibu mulai dipimpin untuk mengejan maka lahirlah kepala bayi, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam (Kumalasari, Intan. 2015:98).



Gambar 2.10

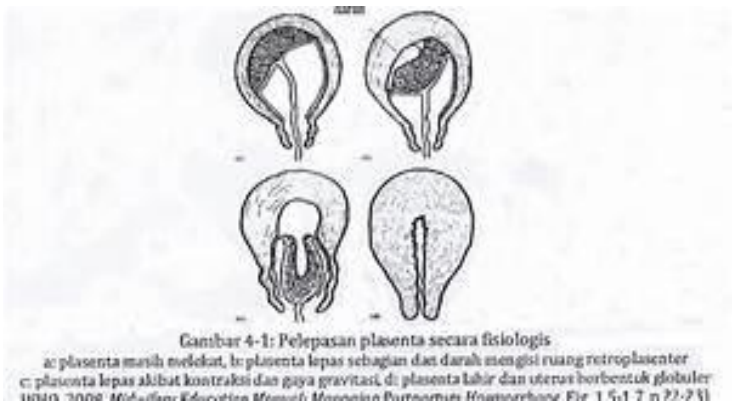
Proses pengeluaran janin (Sumber: Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12 http://2.bp.blogspot.com/-yIbQJQgD58c/U diakses tanggal 20 Mei 2021).

c. Kala III

Kala III merupakansaat dimana plasenta mulai lepas. Proses ini berlangsung setelah kala II dan tidak boleh lebih dari 30 menit, kontraksi uterus akan berhenti sekitar 5-10

menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta melepaskan dari lapisan Nitabusch atau jaringan ikat longgar yang melapisinya di dalam rahim. Berikut beberapa tanda terlepasnya plasenta, diantaranya:

1) Uterus akan mulai longgar kembali
2) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta terlepas ke segmen bawah rahim
3) Tali pusat semakin memanjang
4) Terjadinya semburan darah.
5) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede (pelepasan plasenta seperti memeras jeruk dan dilakukan untuk melahirkan plasenta yang belum lepas) pada fundus uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 13).



Gambar 2.11

Proses pengeluaran plasenta (Sumber: Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12 http://2.bp.blogspot.com/-yIbQJQgD58c/U diakses tanggal 20 Mei 2021).

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV persalinan merupakan diawali dari lahirnya plasenta hingga dua jam pertama srtelah persalinan berlangsung (Kumalasari, Intan. 2015:99). Beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan adalah:

1) Kontraksi uterus harus baik,
2) Tidak ada perdarahan yang keluar dari vagina atau dari alat genetalia lain, darah yang keluar lebih dari 500cc
3) Memastikan Plasenta dan selaput ketuban sudah lahir lengkap,
4) Kandung kemih harus kosong,
5) Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hematoma/ pembekuan darah,
6) Resume/ observasi keadaan umum ibu serta bayi (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014:14).

8. Perubahan Fisiologis dan Psikilogis pada Kala I Persalinan

Beberapa perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama proses persalinan yaitu:

a. Meningkatnya tekanan darah selama kontraksi yang desertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10 – 20) mmHg dan diastolik rata-rata (5 – 10) mmHg ketika saat saat kontraksi

tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan adanya peningkatan tekanan darah tersebut wanita yang memang memilki riwayat hipertensi resikonya akan meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan pada bagian otak. Terdapat beberapa faktor yang dapat merubah tekanan darah ibu diantaranya:

1) Menurunnya aliran darah pada arteri uterus karena adanya his, kemudian aliran darah tersebut diarahkan kembali pada pembuluh darah perifer.
2) Ketika tekananan darah mulai meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat akan timbul tahanan perifer
3) Rasa sakit, takut dan cemas dapat meningkatkan tekanan darah ibu

b. Metabolisme jantung Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini di sebabkan oleh ansietas (kondisi emosional seperti cemas, takut / khawatir) dan aktifitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

c. Arena adanya peningkatan metabolisme , maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan

segera setelah persalinan. Peningkatan suhu yang terjadi tidak boleh melebihi 0,5 - 1° Celcius.

d. Denyut Nadi dan Detak Jantung Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Pada setiap kontraksi 400 ml darah yang keluar dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. hal ini menyebabkan meningkatkan curah jantung sekitar 10% hingga 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% 89 hingga 50% pada tahap kedua persalinan (Supriatiningsih, 2015:5).

e. Perubahan Pada Ginjal (*Poliuria*) atau gangguan berkemih berlebihan ketika persalinan dapat terjadi karena meningkatnya kardiak output, glomerulus berfiltrasi, dan aliran plasma ginjal mengalami peningkatan. Hal lain yg jadi penyebab sulitnya berkemih pada perempuan yaitu: bengkak pada jaringan akibat bagian presentasi mengalami penekanan, rasa tidak nyaman, rasa malu, serta posisi ibu ketika bersalin terlentang.

f. Perubahan Pada Saluran Cerna Saat persalinan, mobilitas dan absorbsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, hal ini juga diperburuk oleh penurunan sekresi asam lambung selama persalinan, sehingga saluran cerna bekerja lambat dan menjadi lebih lama.

g. Perubahan Hematologi selama persalinan Perubahan hematologi meningkat sampai 1,2 % gr/1-00, dan akan kembali pada tingkat normal sebelum persalinan dan sehari setelah pasca bersalin kecuali adanya perdarahan postpartum

C. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa Nifas merupakan adanya darah yang keluar dari rahim yang disebabkan kaarena melahirkan atau setelah melahirkan, selama masa nifas wanita tidak dianjurkan shalat, puasa dan berhubungan intim dengan suaminya. Masa nifas (puerperium) ialah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil). Sulistyawati (2010) mengatakan bahwa berlangsungnya masa nifas yaitu selama kurang lebih 6 minggu. ketika masa pemulihan berlangsung, ibu akan mengalami perubahan secara fisik dan psikologis. (Satukhilmiyah, 2013:1). Masa nifas adalah waktu dimana organ-organ reproduksi kembali ke keadaan semula/ tidak hamil dengan membutuhkan waktu sekitar kurang lebih 6 minggu (Farrer. 2001 dalam Kirana, 2015:26).

Nurul Jannah (2011) bahwa masa setelah melahirkan merupakan masa perubahan dimana masa pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian alat-alat reproduksi, seperti sebelum hamil biasanya kurang lebih 6 minggu atau 40 hari

setelah melahirkan disebut dengan masa nifas (dalam Aprilianti, 2016:1). Periode post partum adalah periode yang dimulai segera setelah kelahiran anak dan berlanjut selama sekitar 6- 8 minggu setelah melahirkan dimana ibu kembali kekeadaan semula sebelum hamil (Alkinlabil, et al, 2013: 254).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Heryani (2010) masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu:

a. masa Puerperium Dini merupakan Suatu masa pulihnya ibu dimana ibu boleh berdiri serta berjalan.
b. Masa Puerperium Intermedial merupakan Suatu masa pulihnya organ genetalia ibu selama kirang lebih 6 minggu.
c. Masa Remote Puerperium merupakan Waktu yang dibutuhkan untuk pemulihan dan kembali sehatnya ibu dalam keadaan sempurna terutama ketika selama ibu hamil atau sewaktu persalinan mengalami komplikasi.

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas diantaranya:

a. Perubahan Sistem Reproduksi :
    1) Involusi uterus

    pengerutan uterus (*involusi uterus*) ialah suatu proses yaitu kembalinya uterus pada masa sebelum ibu hamil

dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini diawali segera setelah plasenta dilahirkan yang diakibatkan kontraksi otot polos pada uterus. (Kumalasari, 2015:156). Involusi uterus ini melibatkan penanggalan desidua/ endometrium, reorganisasi, pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan uterus, warna, dan jumlah pengeluaran lochia (Heryani, 2010:24).

Proses involusi uterus ini diantaranya:

(a) Iskemia Miometrium.

Penyebabnya ialah kontraksi dan retraksi uterus sesudah keluarnya plasenta sehingga serat otot menjadi atrofi serta menjadikan uterus lebih relatif anemi serta menyebabkan Atrofi pada Jaringan. Ini Terjadi karena saat pelepasan plasenta adanya penghentian hormon esterogen.

(b) Autolysis.

ketika berada didalam otot uterus tubuh akan mengalami Proses penghancuran. Yang dibantu oleh Enzim proteolitik yang bertugas memendekkan jaringan otot yang mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil

yang terjadi saat masa kehamilan disebabkan karena adanya penurunan hormon esterogen dan progesteron.

(c) Efek Oksitosin.

Aanya efk oksitosin dapat menjadi penyebab munculnya kontraksi dan retraksi otot pada uterus yang akan menekan pembuluh darah sehingga berakibat kurangnya suplai darah ke uterus. Adanya proses ini sangat membantu tempat implantasi plasenta dan mengurangi adanya perdarahan (Heryani, 2010:28). Setelah melahirkan, uterus harus memiliki kontraksi yang baik dengan fundus sekitar 4 cm dibawah umbilikus atau 12 cm diatas simfisis pubis. Hingga sekitar 2 minggu, uterus tidak lagi dapat dipalpasi diatas simfisis (Holmes, 2011:282).

Tabel 2.1

Proses involusi uterus

No	Waktu involusi uterus	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1	Setelah Bayi lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak

2	Setelah Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3	Setelah 1 minggu masa nifas	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4	2 Minggu masa nifas	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1 cm
5	6 Minggu masa nifas	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

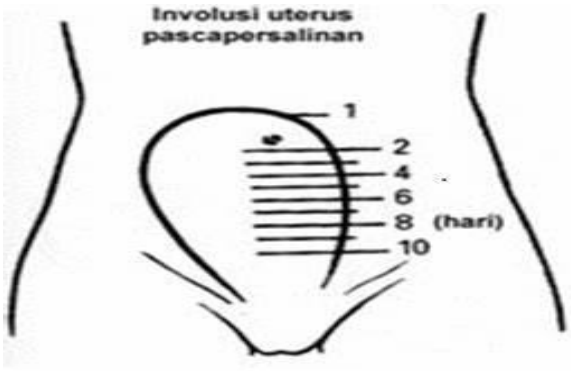
Sumber: (Kumalasari, Intan, 2015: 156)

Proses Involusio uteri dari luar dapat dilihat dengan memeriksa letak fundus uteri dengan cara sebagai berikut;

(1) setelah persalinan lakukan pemeriksaan dengan segera, cek TFU 2 cm dibawah pusat, Kemudian cek kembali 12 jam TFU 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap harinya,

(2) saat hari kedua sesudah proses melahirkan TFU berada 1 cm di bawah pusat. Ketika hari ke- 3-4 TFU berada 2 cm dibawah pusat,

(3) saat hari ke- 5-7 TFU setengah pusat simfisis. Dan ketika hari ke-10 TFU sudah tidak teraba (Kumalasari, 2015:156).



Gambar 2.12 Involusi Uterus Pascapersalinan

(Sumber: Kumalasari, Intan, 2015: 157).

Apabila uterus tidak mengalami proses involusi biasanya disebut dengan subinvolusi. Hal ini dapat disebabkan karena adanya infeksi dan adanya sisa plasenta dan perdarahan lanjut setelah melahirkan (postpartum haemorrhage). Dan ada beberapa faktor lain yang menjadi penyebab lambatnya uetrus

berinvolusi diantaranya: 1) Kandung kemih teraba penuh, 2) adanya isi didalam rektum, 3) Infeksi uterus, 4) Retensi hasil konsepsi, 5) Fibroid, 6) Hematoma ligamentum latum uteri (Holmes, 2011:282).

2) Perubahan Ligamen

Ligamen, diagfragma, pelvis, serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, serta jalan lahir, perlahan akan mengecil seperti sediakala.hal ini dapat terjadi setelah melahirkan diantaranya: Ligamentum rotundum, fasia, jaringan penunjang alat genetalia akan mengendor sehingga dapat mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi (Heryani, 2010:29).

3) Perubahan Serviks setelah melahirkan

Ketika korpus uteri mulai kontraksi menyebabkan serviks menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk seperti corong. sedangkan jika tidak kontraksi, akan muncul perbatasan antara korpus dan serviks yang bentuknya seperti cincin (Heryani, 2010:30). Warna serviks akan menjadi merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Akan terasa lunak, dan kadang terdapat

laserasi/ luka. Maka dari itu, adanya robekan kecil di daerah ostium eksternum ssaat proses dilatasi serviks, serviks tidak bisa kembali lagi seperti saat keadaan sebelum hamil. (Kumalasari, Intan, 2015:157).

4) Lokia (Lochea)

Akibat dari involusio uterus, lapisan luar desidua yang mengelilingi plasenta akan mengalami nekrotik. Desidua yang sudah mati akan keluar bersamaan dengan sisa-sisa cairan. Adanya campuran antara darah dan desidua ini disebut dengan *lokia* (Heryani, 2010:30). Menurut Kemenkes Republik Indonesia tahun (2014), pengertian lochea ialah ekskresi cairan rahim saat masa nifas. Lochea tersebut mengandung darah serta sisa jaringan desidua yang mengalami nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea ini meliputi perubahan warna dan bau kerana lochea memiliki ciri khas berbau amis atau khas darah apabila adanya bau busuk berarti adanya tanda-tanda infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea pada masa nifas yaitu ratarata 240 hingga 270 ml.

Lochea dibagi menjadi 4 jenis tahapan yaitu:

(a) Lochea Rubra/ Merah (Cruenta). Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa

postpartum. Warna cairan ini merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium.

(b) Lochea Sanguinolenta Cairan ini warnanya merah kecoklatan dan bercampur lendir. Berlangsung dari ketika hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

(c) Lochea Serosa warna lokia ini kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/ laserasi pada plasenta. Dan Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

(d) Lochea Alba/ Putih lokia ini Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan serabut jaringan yang sudah mati. Lochea ini biasanya berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. Ketika wanita mengeluarkan sedikit lochea saat berbaring dan mengeluarkan darah lebih banyak saat berdiri/ bangkit dari tempat tidur. Ini merupakan akibat dari adanya penggumpalan darah forniks pada vagina atau ketika perempuan mengalami posisi rekumben. Variasi dan durasi lochea ini umum terjadi, namun warna lochea akan cenderung

semakin terang, ketika warna berubah dari merah segar menjadi merah tua kemudian cokelat, lalu merah muda. Aliran lochea yang keluar secara tiba-tiba akan berwarna merah segar, hal itu bukan merupakan temuan yang normal terjadi serta memerlukan evaluasi. Biasanya disebabkan oleh aktifitas fisik berlebihan, bagian plasenta tertingal atau selaput janin yang tertinggal dan atonia pada ueterus. (Heryani, 2010:32)

Tabel 2.2

Jenis-jenis lochea

LOKIA	**WAKTU**	**WARNA**	**CIRI-CIRI**
Rubra/ Merah (Cruenta).	1-3 Hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah
Lochea	3-7 Hari	Putih	Sisa darah

Sanguinolenta		bercampur merah	bercampur lendir
Lochea Serosa	7-14 Hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Lochea Alba/ Putih	>14 Hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: (Heryani, 2010: 32)

b. Perubahan Vulva, Vagina dan Perineum

selama proses persalinan Vulva dan vagina akan mengalami penekanan dan peregangan kemudian akan kembali

seperti semula selama 6-8 minggu setelah persalinan. turunnya hormon estrogen pada masa postpartum memiliki peran penting dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4. Keadaan Perineum setelah persalinan akan menngendur karena ketika persalinan teregang tekanan kepala bayi yang bergerak turun. kembalinya tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 mingu setelah melahirkan. Senam nifas berguna untuk mempertahankan elastisitas otot perineum serta organ yang lain. Luka episiotomi akan sembuh dalam 7 hari postpartum. apabila terjadi infeksi, luka episiotomi akan terasa nyeri, panas, merah dan bengkak dan biasanya akan mengeluarkan nanah (Aprilianti, 2016:10-11).

c. Perubahan Sistem Pencernaan

Ketika hormon progesteron turun, usus akan memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal, dan hal ini akan merakibat pada pola nafsu makan ibu. Karena itulah biasanya ibu setelah persalinan akan mengalami konstipasi.penyebabnya adalah ketika ibu melahirkan seluruh alat pencernaan mendapatkan tekanan dari bayi sehingga kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan pada waktu persalinan (dehidrasi), hemoroid, dan laserasi jalan lahir.

d. Perubahan Sistem Perkemihan

Kadang juga ibu akan mengalami sulit BAK karena tertekannya otot spingter uretra oleh kepala janin dan (kejang otot) oleh iritasi muskulus spingter ani saat proses persalinan, atau karena pembengkakan pada kandung kemih selama persalinan. Saat hamil sistem hormonal akan meningkat. Namun jika setelah melahirkan kadarnya akan turun sehingga terdapat penurunan fungsi pada ginjal. Umumnya urin akan banyak dikeluarkan dalam waktu 12-36 jam pascapersalinan. Disini Fungsi ginjal akan kembali normal selang satu bulan setelah melahirkan.

e. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pada saat umur kehamilan semakin bertambah akan terjadi perubahan sistem muskuloskeletal. Adaptasi muskuloskeletal ini termasuk dalam meningkatnya berat badan, gesernya pusat yang akibatkan oleh pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun, pada saat setelah persalinan sistem muskuloskeletal akan perlahan kembali pulih dan normal kembali. Ambulasi dini dapat dilakukan segera setelah persalinan, untuk mencegah komplikasi dan mempercepat involusio pada uterus (Heryani, 2010:36).

f. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan terkait perubahan sistem endokrin diantaranya:

1) Hormon Plasenta *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG)

   Hormon HCG ini akan mengalami penurunan ketika plasenta mulai lepas dari dinding uterus lalu kemudian lahir, dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum. Hormon ini akan normal lagi setelah hari ke7.

2) Hormon *Pituitary*

   Hormon pituitary diantaranya: Prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin ini memiliki peran dalam pembesaran payudara untuk memproduksi ASI. Pada wanita yang menyusui, kadar prolaktin ini akan selalu tinggi. FSH dan LH akan mengalami peningkatan saat minggu ke-3 (fase konsentrasi folikuler) dan LH akan berada pada posisi tetap rendah hingga menjelang ovulasi.

3) Hormon Oksitosin

   Hormon oksitosin ini disekresi oleh kelenjar otak belakang (Glandula Pituitary Posterior) yang bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Hormon ini memiliki peran penting ketika pelepasan plasenta, dan mempertahankan kontraksi supaya mencegah perdarahan saat persalinan dilakukan. Selain itu, isapan bayi ketika menyusu pada ibunya juga dapat merangsang produksi

ASI lebih banyak dan mensekresi oksitosin yang tinggi, sehingga mempercepat proses involusio uterus.

4) *Hipotalamik Pituitary Ovarium*

Ketika proses menstruasi pada wanita menyusui ataupun tidak menyusui hormon inilah yanng bertugas. Perempuan menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pascamelahirkan kisaran 16% dan 45% setelah 12 minggu setelah melahirkan. Dan juga bagi perempuan yang tidak menyusui, mendapatkan menstruasi kisaran 40% setelah 6 minggu setelah melahirkan dan 90% setelah 24 minggu (Heryani, 2010:41).

5) Hormon Estrogen dan Progesteron, hormon Estrogen yang tinggi akan memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan progesteron akan mempengaruhi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva dan vagina (Heryani, 2010: 42).

g. Perubahan Sistem Kardivaskuler

Cardiac Output akan mengalami peningkatan selama persalinan dan berlanjut setelah kala III saat besar volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Namun mcardiac output akan mengalami penurunan setelah hari pertama masa

nifas dan kembali normal pada minggu ke-3. Karena lebih banyak mengalir ke payudara untuk persiapan laktasi Penurunan ini terjadi pada darah. Hal ini membuat darah lebih mampu melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas yang dapat meningkatkan risiko trombosis

h. Perubahan Tanda-Tanda Vital Pada Masa Nifas

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas diantanya:

1) Suhu.

Suhu badan setelah persalinan dapat naik lebih dari 0,5°C dari keadaan biasanya, namun tidak melebihi 39°C setelah 2 jam pertama pasca melahirkan. Dan kembali normal seperti biasanya. Dan apabila suhu melebihi 38°C waspadailah adanya infeksi.

2) Nadi.

Pada nadi normal ialah 60-80 denyut per menit namun setelah persalinan berlangsung nadi akan mengalami penurunan yang disebut bradiikardi (denyut nadi menurun). Apabila adanya takikardi (denyut jantung meningkat) diatas 100 kali permenit harus diwaspadai adanya infeksi atau perdarahan pasca persalinan.

3) Tekanan Darah.

Tekanan darah ketika normal ialah sistolik 90-12- mmHg serta diastolik 60-80 mmHg. Pada persalinan biasanya

tekanan tidak mengalami perubahan, namun ketika pasca persalinan biasanya tekanan darah cenderung menurun karena adanya. Kemudian Tekanan darah akan tinggi apabila terjadi pre-eklampsi.

4) Pernapasan.

Pernapasan normal orang dewasa yaitu 16-24 kali per menit. Dan Pada ibu setelah melahirkan umumnya melambat ataupun normal karena sedang berada pada fase pemulihan. Keadaan pernapasan akan berhubungan dengan suhu serta denyut nadi. Bila suhu serta nadi tidak normal, maka pernapasan juga akan mengikutinya kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

5) Perubahan Hematologi Pada awal postpartum,

junlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit bervariasi, hal ini disebabkan karena tingkat volume darah yang sering berubah. Penurunan volume darah serta meningktnya sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan pada peningkatan hematokrit dan hemaglobin pada hari ke-3 hingga ke-7 pasca melahirkan dan akan normal kembali pada minggu ke-4 hingga ke-5 pasca melahirkan. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, pada minggu pertama pasca melahirkan berkisar 500- 800 ml dan

selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Heryani, 2010:45).

4. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Menurut teori Reva Rubin, Tahapan adaptasi psikologis pada masa nifas yaitu:

a. Periode Taking In (hari ke 1-2 post partum)
    1) Ibu masih pasif dan bergantung dengan orang lain,
    2) Ibu sangat khawatir dengan perubahan tubuhnya,
    3) Ibu akan mengingat kembali pengalaman ketika melahirkan,
    4) Ibu membutuhkan ketenangan ketika tidur untuk pemulihan,
    5) Nafsu makan ibu biasanya akan mulai bertambah sehingga pada masa ini adanya peningkatan nutrisi. Apabila Kurangnya nafsu makan hal itu menjadi tanda proses pemulihan tidak berlangsung normal.
b. Periode Taking On/ Taking Hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
    1) Ibu mulai memperhatikan kemampuan untuk menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya,
    2) Ibu perhatiannya akan terfokus pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuhnya,

3) Ibu akan mulai berusaha untuk dapat merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok,
4) Ibu akan cenderung terbuka menerima segala nasehat dan masukan terhadap siapapun
5) Kemungkinan ibu akan mengalami stres setelah persalinan karena ibu merasa tidak mampu merawat bayinya.

c. Periode Letting Go (berlangsung 10 hari setelah melahirkan).
1) Periode ini biasanya setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga,
2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial,
3) Depresi pasca persalinan sering terjadi pada masa ini (Pitriani, Risa. 2014:7-8).

5. Kebutuhan dasar pada masa nifas
a. Nutrisi dan Cairan Selama masa nifas, diet sehat sangat dianjurkan pada ibu setelah melahirkan untuk dapat mempercepat proses pemulihan serta peningkatan produksi ASI. Diet yang dilakukan harus sesuai dengan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan

karbohidrat serta banyak mengandung cairan dan serat untk mencegah konstipasi.

Beberapa asupan yang dibutuhkan ibu pada masa nifas diantaranya:

1) Mengkonsumsi makanan tambahan 500 kalori tiap hari (3-4 porsi setiap hari)
2) Ibu dianjurkan minum minimal 3 liter per hari, untuk mencukupi kebutuhan cairan agar tidak dehidrasi.
3) Rutin mengkonsumsi vitamin tambah darah setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
4) Serta tidak dianjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung kafein/ nikotin.
5) Minum kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali yaitu satu kali setelah melahirkan dan yang kedua diberikan setelah 24 jam selang pemberian kapsul vitamin A pertama. Pemberian kapsul vitamin A 2 kali dapat menambah kandungan vitamin A dalam ASI sampai bayi berusia 6 bulan, dibandingkan pemberian 1 kapsul hanya cukup meningkatkan kandungan sampai 60 hari.

Tabel 2.3

Kandungan nutrisi ibu nifas

no	Zat Gizi	Satuan	Wanita	Wanita

			Hamil	Tidak Hamil
1	Energi	Kkal	2485	2200
2	Protein	G	60	48
3	Vitamin A	Mcg	700	500
4	Vitamin D	Mcg	15	5
5	Vitamin E	Mg	18	8
6	Vitamin K	Mcg	130	65
7	Vitamin C	Mg	110	75
8	Vitamin B1	Mg	1,5	1,2
9	Vitamin B6	Mg	1,7	1,3
10	Vitamin B12	Mg	2,6	2,4
11	Thiamin	Mg	1,2	1,0
12	Riboflavin	Mg	1,4	1,2
13	Niacin	Mg	9,1	9
14	Asam Folat	Mcg	300	150
15	Piridoksin	Mg	3,8	1,6
16	Kalsium	Mg	900	500
17	Fosfor	Mg	650	450
18	Zat Besi	Mg	46	26
19	Seng	Mg	20	15
20	Yodium	Mcg	175	150
21	Selenium	Mcg	70	55

Sumber: (Hutahaean, 2013).

b. Ambulasi Ambulasi dini (*early ambulation*)

Secepat mungkin bidan dapat membantu ibu untuk bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu untuk berjalan. Ibu tidak diperbolehkan ambulasi dini ketika ibu dalam maasa nifas dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam, dan sebagainya (RI, Kemenkes: 2014: 140). Pada ibu dengan postpartum normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan partus sectio caesarea ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat/ tidur. Tahapan ambulasi ini dimulai dengan miring kiri/kanan terlebih dahulu, kemudian duduk. Lalu apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan).

Beberapa manfaat ambulasi dini diantaranya:

1) Membuat ibu merasa sehat dan lebih kuat,
2) Mempercepat proses pemulihan fungsi semua sistem dan organ
3) Mempermudah ketika mengajarkan ibu cara merawat bayinya,
4) Mencegah terjadinya trombosis akibat pembekuan darah,
5) Eliminasi.
    (a) Buang Air Kecil (BAK)

Ketika 6 jam pasca melahirkan ibu sudah dapat melakukan BAK secara spontan. Miksi normal terjadi setiap 3-4 jam postpartum. Namun apabila dalam waktu 8 jam ibu belum dapat berkemih sama sekali, maka katerisasi dapat dilakukan apabila kandung kemih penuh dan ibu sulit berkemih. Kesulitan BAK antara lain disebabkan otot spingter uretra yang ditekan oleh kepala janin serta kejang otot (spasmus) oleh iritasi muskulo spingter ani saat persalinan, atau adanya pembengkakan pada kandung kemih saat persalinan.

(b) Buang Air Besar (BAB)

setelah hari ke-2 postpartum, ibu diharapkan sudsh dapat BAB, Jika pada hari ke-3 ibu belum bisa BAB, maka penggunaan obat untuk memperlancar buang air besar dapat diberikan. Kesulitan BAB (konstipasi) pada ibu biasanya disebabkan selain perineum yang sakit juga takut luka jahitan perineum terbuka, adanya hemoroid atau diberikannya obat analgesik selama proses persalinan. Kesulitan BAB ini dapat diatasi dengan melakukan mobilisasi dini, konsumsi makanan tinggi serat, mencukupi kebutuhan asupan cairan

dapat membantu memperlancar BAB ibu dengan baik.

c. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Kebersihan diri ibu dapat mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan rasa nyaman ibu. Beberapa langkah yang dapat dilakukan ibu setelah melahirkan dalam menjaga kebersihan dirinya antara lain:

1) Pastikan ibu mandi (2 kali/ hari) dan menjaga kulit tetap kering untuk mencegah infeksi dan alergi
2) Membersihkan daerah genetalia dengan sabun dan air, yaitu dari arah depan ke belakang, setelah itu anus. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari. anjurkan ibu cuci tangan dengan sabun dan air setiap sebelum dan selesai membersihkan daerah kemaluan. Jika ibu mempunyai luka episiotomi, ibu dianjurkan untuk tidak menyentuh daerah luka agar terhindar dari infeksi.
3) Melakukan perawatan payudara secara teratur,dengan dimulai 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan rutin dibersihkan setiap 2 kali sehari.
4) Mengganti pakaian serta alas tempat tidur. Anjurkan ibu menggunakan pakaian yang longgar serta yang dapat menyerap keringat, sehingga daerah seperti payudara tidak terasa tertekan dan kering. pada daerah lipatan

paha, gunakan pakaian dalam yang longgar yang tidak menyebabkan iritasi kulit disekitar selangkangan akibat lokea.

5) Jika ibu mengalami kerontokan rambut akibat adanya perubahan hormon, ibu dianjurkan menggunakan pembersih rambut/ kondisioner secukupnya, dan menyisir rambut dengan sisir yang lembut.

d. Istirahat dan Tidur

Selama proses pemulihan kondisi fisik dan psikologis ibu pada masa nifas kebutuhan istirahat ibu harus tercukupi. Ibu dapat beristirahat dengan tidur siang selagi bayi tidur, atau melakukan kegiatan kecil dirumah seperti menyapu dengan perlahan-lahan. Jika ibu kurang istirahat maka dampak yang terjadi seperti jumlah produksi ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, serta meyebabkan depresi dan ketidakmampuan ibu dalam merawat bayinya.

e. Aktivitas Seksual

Ibu dapat melakukan aktvitas seksual dengan suami ibu kapan saja, selama ibu sudah siap, secara fisik aman dan tidak merasakan nyeri daerah genetalia.

f. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu normal (pulih kembali). Senam

nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas dapat dilakukan saat ibu merasa benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit selama masa nifas. Selain memulihkan kondisi tubuh ibu senam nifas dapat mempercepat proses involusi uteri dan mengembalikan elastisitas otot-otot dan jaringan yang merenggang waktu persalinan.

6. Tanda Bahaya Masa Nifas Setelah ibu melahirkan

selanjutnya ibu memasuki tahap masa nifas yang biasanya disebut *puerperium*. Masa nifas ini dimulai 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari). Menurut Saifuddin, asuhan masa nifas sangat perlu diperhatikan, oleh karena itu perhatian penuh dari bidan serta keluarga sangat diperlukan salah satunya dengan memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berkualitas secara optimal. Dampak yang tmbul apabila pelayanan yang diberikan rendah, hal tersebut dapat menyebabkan permasalahan pada ibu nifas seperti perdarahan post partum, infeksi saat masa nifas, dan masalah obstetri lainya pada masa nifas (Wahyuni, Sri, 2014: 58).

a. Tanda bahaya masa nifas yang perlu diwaspadai oleh ibu diantaranya:

1) Perdarahan Pascasalinan

ialah perdarahan pervaginam yang terjadi melebihi 500 ml setelah bayi lahir. menurut Kemenkes RI (2014) Perdarahan pascasalin dibagi menjadi 2, yaitu:

(a) Perdarahan pascasalin primer (*Early Postpartum Haemorrhage*), yaitu perdarahan yang timbul dalam 24 jam pertama pasca melahirkan dan terjadi dengan segera. Disebabkan oleh atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta yang tertinggal, dan robekan jalan lahir.

(b) Perdarahan pascasalin sekunder (*Late Postpartum Haemorrhage*), yaitu perdarahan yang muncul setelah 24 jam pertamasetelah melahirkan. Disebabkan oleh robeknya jalan lahir, sisanya plasenta/membran yang tertinggal serta Sakit kepala yang hebat. Adanya bengkak pada bagian wajah, tangan serta kaki. Payudara memerah, panas dan sakit. Ibu melakukan diet yang tidak dianjurkan, istirahat yang kurang serta anemia mudah mengalami infeksi.

2) Infeksi Masa Nifas

salah satu penyebab infeksi setelah persalinan yaitu adanya bakteri. Dapat disebabkan pula karena kurangnya ibu menjaga kebersihan, faktor lain seperti adanya luka bekas pelepasan plasenta, robekan pada saluran genetalia

termasuk luka episiotomi pada perineum ataupun dinding vagina dan serviks. Gejala umum yang dapat terjadi:

(a) Suhu mulai >38°C,

(b) Ibu bernapas cepat (takikardi) ataupun nafas lambat (bradikardi) secara drastis, disertai tekanan darah yang tidak teratur,

(c) Ibu mulai merasa lemah, gelisah, sakit kepala dan kondisi ibu yang lebih buruk ialah tidak sadar/ koma,

(d) Proses involusi uteri terganggu,

(e) Lokia atau cairan yang keluar berbau dan bernanah.

(f) Demam, Muntah dan ibu cenderung mengalami peningkatan suhu badan dan nyeri saat berkemih serta nyeri. Nyeri yang timbul disebabkan oleh luka bekas episiotomi, atau laserasi periuretra yang menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu. Demam dengan suhu >38°C menandakan adanya infeksi, dan terjadinya diuresis dan overdistensi yang menyebabkan infeksi pada saluran kemih.

(g) Hilangnya Nafsu Makan Dalam jangka waktu Yang Lama. Bisanya ibu setelah melahirkan akan merasakan lelah yang berlebih, karena tenaga ibu banyak terkuras saat menjalani proses persalinannya.

Karena kelahan tersebut akhirnya dampak yang timbul adalahnafsu makan ibu turun. Pada masa ini dibutuhkan dukungan keluarga dalam membantu ibu untuk tetap mencukupi kebutuhan nutrisinya dengan baik.

(h) Apabila Payudara Berubah Kemerahan, Panas, dan Terasa Sakit. Apabila ASI ibu tidak disusukan pada bayinya maka akan menjadikan bendungan ASI, dan menyebabkan payudara memerah, panas, dan terasa sakit yang berlanjut pada mastitis, atau terjadi peradangan pada payudara

(i) Bengkak Pada Wajah dan Ekstremitas. Waspadai preeklamsi yang timbul dengan tanda-tanda:

(1) Tekanan darah tinggi,

(2) Terdapat bengkak di wajah dan ekstremitas.

(3) Pada pemeriksaan urine ditemukan protein urine +.

7. Asuhan Ibu Pada Masa Nifas Normal

Menurut Saleha (2011), asuhan kebidanan masa nifas ialah pentalaksanaan yang diberikan pada ibu mulai dari saat setelah bayi lahir sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati sebelum hamil (Aprilianti, 2016:22). Asuhan ini sangat diperlukan karena merupakan masa pemulihan

baik ibu maupun bayinya. Dapat diperkirakan bahwa 60% kematian ibu merupakan akibat kehamilan yang yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas yang terjadi dalam 24 jam pertama (Kumalasari, 2015:164).

Asuhan ini mengacu pada pelayanan sesuai standar kebidanan, sehingga permasalahan pada masa nifas dapat diminimalisir atau bahkan tidak terjadi sama sekali. Asuhan ini memiliki beberapa tujuan diantaranya:

a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun pikologinya,
b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/ merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya,
c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat,
d. Serta memberikan pelayanan keluarga berencana (Kumalasari, 2015: 164).

Kebijakan Program Nasional masa nifas paling sedikit 4x kunjungan pada masa nifas dalam rangka menilai status ibu dan bayi baru lahir, mencegah, mendeteksi dan mengurangi masalah yang terjadi pada masa nifas, diantaranya:

1) Kunjungan I (6 – 48 jam postpartum)

Asuhan yang diberikan antara lain:

(a) Mencegah perdarahan masa nifas yang disebabkan oleh atonia uteri,

(b) Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak adanya tanda-tanda infeksi,

(c) Memberikan hubungan antara bayi dan ibu (bounding attachment),

(d) Menganjurkan serta mengajarkan pada ibu pemberian ASI lebih awal (ASI ekslusif).

2) Kunjungan II (4 hari – 28 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

(a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal,

(b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal,

(c) Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat

(d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit,

(e) Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III (29 hari – 42 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

(a) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas,

(b) Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Kumalasari, 2015: 165).

D. Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir/ Neonatus

1. Pengertian Bayi Baru Lahir/ Neonatus

Menurut Saifuddin pengertian bayi baru lahir ialah bayi yang baru dilahirkan selama satu jam pertama kelahiran (Dwiendra, 2014:4). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang adalah kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR lebih dari 7 dan tanpa cacat bawaan. Definisi bayi baru lahir menurut Marmi (2012), ialah bayi yang baru dilahirkan dan usianya 0-28 hari. Masa neonatal merupakan masa sejak bayi lahir sampai dengan usia 4 minggu (28 hari), setelah lahir, ada tiga masa yaitu neonatus adalah bayi berusia 0 (baru lahir) hingga usia 1 bulan sesudah lahir, Neonatus dini adalah usia 7 hari dan Neonatus lanjut adalah usia 7- 28 hari (Sholichah, Nanik :2017:80).

2. Ciri - Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Kumalasari (2015: 209-210) ciri – ciri bayi baru lahir diantaranya:

a. Berat badan 2500-4000 gram,
b. Panjang badan lahir 48-52 cm,
c. Lingkar dada 30-38 cm,
d. Lingkar kepala 33-35 cm,
e. Frekuensi jantung 120-160 kali/ menit, 40 – 60 kali/ menit,±f. Pernapasan
f. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup,
g. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna,
h. Kuku agak panjang dan lemas,
i. Genetalia : Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada,
j. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik,
k. Reflek moro/ gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, m. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Klasifikasi bayi baru lahir beradasarkan usia gestasi menurut Proverawati & Ismawati (2010), yaitu:

a. Bayi Pematur Yaitu bayi yang lahir kurang 37 minggu lengkap (< 259 hari), dengan berat badan antara 1000 – 2499 gram,

b. Bayi Matur Yaitu bayi yang lahir mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 hari sampai 293 hari), dengan berat antara 2500 – 4000 gram,

c. Bayi Postmatur Yaitu bayi yang lahir 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari) (Purnamasari, Rahma, 2013: 11).

4. Tahapan Bayi Baru Lahir

Beberapa tahapan yang terjadi pada bayi baru lahir yaitu:

a. Tahapan I

Tahapan ini terjadi segera setelah lahir, selama beberapa menit pertama bayi dilahirkan. Pada tahap ini adanya sistem scoring APGAR ialah pemeriksaan fisik dan *scoring gray* untuk interaksi ibu dan bayi.

b. Tahapan II Tahapan ini disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II ini dilakukan pengkaajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku bayi.

c. Tahapan III

d. Tahapan ini disebut juga tahap periodik. Pada tahap ini dilakukan pengkajian setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

5. Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir adalah:

a. Evaporasi : yaitu hilangnya panas yang terjadi karena adanya penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh yang dilakukan oleh panas bayi sendiri karena setelah bayi lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga dapat terjadi apabila bayi yang cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
b. Konduksi : hilangnya panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan daerah bayi.
c. Konveksi : hilangnya panas tubuh bayi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
d. Radiasi : hilangnya panas tubuh bayi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi (Dwiendra, 2014).

6. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus Beberapa adaptasi fisiologis yang terjadi setelah bayi lahir menurut Buda S, Endang (2011: 29-46), yaitu:

a. Sistem Pernafasan

Ketika didalam rahim janin mendapatkan O2 dan melepaskan CO2 melalui plasenta. Paru-paru janin mengandung cairan yang disebut surfaktan. Fungsi Surfaktan adalah untuk mengurangi tekanan permukaan alveoli dan

menstabilkan dinding alveoli sehingga tidak kolaps. Pada saat melahirkan terjadi tekanan mekanik didalam dada yang berakibat pengempisan paru-paru dan tekanan negative pada intra toraks sehingga merangsang udara masuk. Ketika tali pusat dipotong maka akan terjadi pengurangan O2 dan akumulasi CO2 di dalam darah bayi, sehingga akan merangsang pernafasan untuk memulai pernafasan pertama. Pernafasan pertama bayi memiliki fungsi untuk mengeluarkan cairan yang ada dalam paru dan mengembangkan jaringan alveoli paru-paru untuk pertama kali sehingga merangsang udara masuk. Saat bernafas, udara akan memenuhi paru-paru dan sisa surfaktan akan diserap oleh pembuluh darah dan limfe sehingga semua alveoli terisi oleh udara. pada saat ini maka terjadi peningkatan tekanan O2 dalam alveolar sehingga pembuluh darah paru-paru meningkat dan memperlancar pertukaran gas dalam alveoli sehingga terjadi perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim. Pernafasan bayi baru lahir tidak teratur kedalaman, kecepatan dan iramanya serta bervariasi 30-60 kali per menit, sesuai kecepatan nadi, kecepatan pernafasan juga dipengaruhi ketika bayi menangis. Pernafasan mudah dilihat dengan melihat pergerakan abdomen karena

pernafasan neonatus sebagian besar dibantu oleh diafragma dan otot-otot abdomen.

b. Sistem Sirkulasi Darah

Saat bayi lahir sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok. Foramen ovale, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikus dan vena umbilikalis dan arteri hepatika menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan oleh bayi baru lahir membuat paruparu mengembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner, sehingga darah dapat mengalir, tekanan arteri pulmoner menurun. Rangkaian peristiwa tersebut ialah mekanisme yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan masuk ke kanan bagian kiri sehingga tekanan dalam atirum kiri meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup. Selama beberapa hari pertama kehidupan, tangisan dapat mengembalikan aliran darah melalui foramen ovele sementara dan mengakibatkan sianosis ringan. Frekuensi jantung bayi rata-rata 140x per menit saat lahir, dengan variasi berkisar antara 120-140x per menit. Frekuensi saat bayi tidur 124 berbeda dari frekuensi saat bayi bangun. Pada saat usia satu minggu frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 128x per menit dan 163x per menit saat bangun.

Aritmia sinus (denyut jantung yang tidak teratur pada usia ini dapat dipersepsikan sebagai suatu fenomena fisiologis dan sebagai indikasi fungsi jantung yang baik. Saaat dilahirkan bayi memiliki kadar haemoglobin yang tinggi yaitu sekitar 17 gr/dl dan terdiri dari haemoglobin fetal type (HbF). Jumlah HbF yang tinggi ketika didalam rahim sangat penting untuk meningkatkan kapasitas pengangkutan O2 dalam darah saat darah yang teroksigenasi dari plasenta bercampur dengan darah dari bagian bawah janin. Keadaan ini tidak akan berlangsung lama, saat bayi lahir banyak sel darah merah tidak diperlukan sehingga terjadi hemolisis sel darah merah. Hal ini menyebabkan ikterus fisiologi pada bayi baru lahir dalam 2-3 hari pertama kelahiran.

c. Sistem Pencernaan Bayi baru lahir

Pada bayi cukup bulan, bayi mampu menelan, mencerna, memetabolisme dan mengabsorbsi protein dan karbohidrat sederhana serta mengelmusi lemak. Mekonium ialah sampah pencernaan yang disekresi oleh bayi baru lahir. Mekonium diakomulasikan dalam usus saat usia kehamilan ibu mencapai 16 minggu. Warnanya hijau kehitam-hitaman dan teksturnya lembut, terdiri dari campuran mucus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekonium biasanya keluar sekitar 2-3 hari setelah bayi lahir.

Mekonium pertama dikeluarkan dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Ketika bayi sudah mendapatkan makanan faeces bayi berubah menjadi kuning kecoklatan, mekonium yang dikeluarkan menandakan anus yang berfungsi sedangkan faeces yang berubah warna menandakan seluruh saluran gastrointestinal berfungsi. Dalam waktu 4 atau 5 hari faeces akan menjadi kuning. Bayi yang diberi ASI, faecesnya lembut, kuning terang dan tidak bau. Sedangkan bayi yang diberi susu formula berwarna pucat dan agak berbau. Bayi yang diberi ASI dapat BAB sebanyak 5 kali atau lebih dalam sehari, ASI sudah mulai banyak diproduksi pada hari ke 4 atau ke 5 persalinan. Walaupun demikian setelah 3-4 minggu, bayi hanya BAB 1 kali setiap 2 hari. Sedangkan bayi yang diberi susu formula lebih sering BAB tetapi lebih cenderung mengalami kontipasi. Kapasitas lambung bayi baru lahir sekitar 15-30 ml dan meningkat dengan cepat pada minggu pertama kehidupan. Pengosongan lambung pada bayi baru lahir sekitar 2,5 – 3 jam. Imaturitas hati yang fisiologis menghasilkan produksi glukoronil transferase yang rendah untuk konjugasi bilirubin dan juga tingginya jumlah sel darah merah yang mengalami hemolisis mengakibatkan ikterus fisiologis yang dapat terlihat pada hari ketiga atau kelima. Simpanan glikogen cepat berkurang sehingga early feeding

diperlukan untuk mempertahankan glukosa darah normal. Early feeding diperlukan untuk menstimulasi fungsi liver dan membantu pembentukan vitamin K.

d. Sistem Pengaturan Suhu Tubuh Bayi baru lahir

Saat bayi baru lahir bayi memiliki suhu tubuh yang belum efisien dan masih lemah, sehingga penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi agar tidak terjadi penurunan dengan penatalaksanaan yang tepat misalnya dengan cara mencegah hipotermi. Proses kehilangan panas dari kulit bayi dapat melalui proses konveksi, evaporasi, konduksi dan radiasi. Hal ini dapat dihindari jika bayi dilahirkan dalam lingkungan yang hangat dengan suhu sekitar 21-24°C, dikeringkan dan dibungkus dengan hangat. Bayi baru lahir tidak akan mengalami kedinginan dan dapat meningkatkan produksi panas dengan cara ini. Simpanan lemak coklat sudah tersedia pada bayi saat dilahirkan, tetapi suhu tubuh bayi menurun lebih banyak energi yang digunakan untuk memproduksi panas ketika diperlukan saja. Lemak coklat diproduksi dibawah bahu, dibelakang sternum dileher disekitar ginjal dan kelenjar supra renal. Intake makanan yang adekuat juga penting untuk memproduksi. Jika suhu tubuh bayi menurun lebih banyak energi digunakan untuk memproduksi

panas daripada untuk pertumbuhan dan akan terjadi peningkatan penggunaan O2.

Bayi baru lahir yang kedinginan akan terlihat tidak aktif dan dia akan mempertahankan panas tubuhnya dengan posisi fleksi dan meningkatkan pernafasannya serta menangis. Sehingga terjadi peningkatan penggunaan kalori yang mengakibatkan hipoglikemi yang akan ditimbulkan dari efek hipotermi begitu juga hipoksia dan hyperbilirubinemia. Suhu yang tidak stabil juga mengindikasikan terjadinya infeksi sehingga setiap tindakan yang dilakukan harus menghindari terjadinya kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh bayi yang normal sekitar 36,5 – 37,5°C.

e. Sistem Ginjal

Janin mengeluarkan urina dalam cairan amnion selama kehamilan. Walaupun ginjal pada bayi sudah berfungsi, tapi belum sempurna untuk menjalankan fungsinya. Kemampuan filtrasi glomerular masih sangat rendah, maka kemampuan untuk menyaring urine belum sempurna. Sehingga cairan dalam jumlah yang banyak diperlukan untuk mengeluarkan zat padat. Jika bayi mengalami dehidrasi ekskresi zat padat seperti urea dan sodium klorida akan terganggu. Bayi baru lahir harus BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Awalnya urine yang 128 keluar sekitar 20-30 ml/ hari dan meningkat menjadi 100-

200 ml/ hari pada akhir minggu pertama ketika intake cairan meningkat.

f. Sistem Adaptasi Imunologi Dalam rahim

janin mendapatkan perlindungan infeksi oleh kantong ketuban yang masih utuh dan barier plasenta, walaupun demikian ada mikroorganisme tertentu yang dapat melewati plasenta dan menginfeksi janin. Bayi baru lahir sangat rentang terhadap infeksi terutama yang masuk melalui mukosa yang berhubungan dengan sistem pernafasan dan gastrointestinal. Bayi mempunyai beberapa imunoglobulin seperti IgG, IgA dan IgM. Selama trimester akhir kehamilan terjadi transfer transparental imonuglobulin IgG dari ibu ke janin. Hal ini memberikan perlindungan pada janin untuk memberikan pertahanan terhadap infeksi yang didapatkan dari antibody itu. Antibody yang terbentuk memberikan kekebalan pasif pada bayi sekitar 6 bulan, sedangkan IgM dan IgA tidak mampu untuk melewati barier plasenta tetapi dapat dihasilkan oleh janin beberapa hari setelah lahir. Tingkat imunoglobulin IgG bayi sama atau kadang lebih tinggi dari ibunya, hal ini disebabkan karena adanya kekebalan pasif selama bulan pertama kehidupan. Sedangkan IgM dan IgA rata-rata 20% dari orang dewasa yang dibutuhkan selama 2 tahun untuk sama 129 dengan orang dewasa. Tingkat IgM dan IgA yang relative

rendah dapat memudahkan terjadinya atau masuknya infeksi. IgA dapat memberikan perlindungan terhadap infeksi pada saluran pernafasan, gastrointestinal, dan mata. ASI terutama kolostrum dapat memberikan kekebalan pasif pada bayi sebagai perlindungan terhadap infeksi dalam bentuk Lactobacillua bifidus, lactoferin, lysozym dan pengeluaran IgA. Pemberian ASI juga membantu perkembangbiakan bakteri tertentu dalam usus yang akan mengakibatkan suasana asam yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri patogen. Oleh karena itu setiap tindakan pada bayi harus berprinsip untuk mencegah terjadinya infeksi.

g. Sistem Reproduksi Spermatogenesis

bayi laki-laki belum terjadi sampai mencapai pubertas, tetapi pada bayi perempuan sudah terbentuk folikel primodial yang mengandung ovum pada saat lahir. Pada kedua jenis kelamin ini pengambilan estrogen dari ibu untuk pertumbuhan payudara yang kadang-kadang disertai secret pada hari keempat atau kelima. Hal ini tidak membutuhkan perawatan karena akan hilang dengan sendirinya. Pada bayi perempuan kadang terjadi pseudomenstruasi dan labia mayora sudah terbentuk menutupi 130 labia minora. Pada laki-laki testis sudah turun kedalam skrotum pada akhir 36 minggu kehamilan.

h. Sistem Rangka Tubuh

Pertumbuhan otot lebih banyak terjadi dengan hipertropi dibandingkan dengan hiperplasia. Pemanjangan dan pengerasan tulang yang belum sempurna dapat memfasilitasi pertumbuhan episis. Tulang yang berada dibawah tengkorak tidak mengalami pengerasan. Hal ini penting untuk pertumbuhan otak dan memudahkan proses moulase pada waktu persalinan. Moulase dapat hilang beberapa hari setelah kelahiran. Fontanela posterior menutup setelah 6-8 minggu, sedangkan fontanela anterior membuka sampai 18 bulan. Pengkajian terhadap hidrasi dan tekanan intrakaranial dapat dilakukan dengan palpasi fontanel.

i. Sistem Syaraf

Jika dibandingkan dengan sistem tubuh lainnya, sistem syaraf belum matang secara anatomi dan fisiologi. Hal ini mengakibatkan kontrol yang minim oleh kortex serebri terhadap sebagian besar batang otak dan aktivitas refleks tulang belakang pada bulan pertama kehidupan walaupun sudah terjadi interaksi sosial. Adanya beberapa aktivitas refleks yang terdapat pada bayi baru lahir menandakan adanya kerjasama antara sistem syaraf dan sistem muskuloskeretal. Refleks tersebut antara lain :

1) Reflek Morro Reflek dimana bayi akan mengembangkan tangan lebarlebar dan melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Reflek dapat diperoleh dengan memukul permukaan yang rata yang ada didekatnya dimana dia terbaring dengan posisi terlentang. Bayi seharusnya membentangkan dan menarik tangannya secara sistematis. Jari-jari akan meregang dengan ibu jari dan telunjuk membentuk huruf C, kemudian tangan terlipat dengan gerakan memeluk dan kembali pada posisi rileks. Kaki juga dapat mengikuti gerakan serupa. Reflek Morro biasanya ada pada saat lahir dan hilang setelah usia 3-4 bulan.
2) Reflek Rooting Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu. Reflek Rooting ini berkaitan erat dengan reflek menghisap dan dapat dilihat jika pipi atau sudut mulut dengan pelan disentuh bayi, akan menengok secara spontan kearah sentuhan, mulutnya akan terbuka dan mulai menghisap. Reflek ini biasanya menghilang pada usia 7 bulan.

3) Reflek Sucking Reflek ini timbul bersama dengan reflek rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.
4) Reflek Batuk dan Bersin Reflek ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.
5) Reflek Graps Refleks yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup telapak tangannya. Respon yang sama dapat diperoleh ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, menyebabkan jari kaki menekuk. Ketika jari-jari kaki diletakkan pada telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam erat jari-jari. Genggaman telapak tangan bayi biasanya berlangsung sampai usia 3-4 bulan. Jari kaki akan menekuk kebawah, reflek ini menurun pada usia 8 bulan, tapi masih dapat dilihat sampai usia 1 tahun.
6) Reflek Walking dan Stapping Reflek ini timbul bila bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah kedepan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Reflek ini kadangkadang sulit diperoleh sebab tidak semua bayi kooperatif. Meskipun secara terus menerus reflek ini dapat dilihat. Menginjak

biasanya berangsur-angsur menghilang pada usia 4 bulan.

7) Reflek Tonic Neck Reflek jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini tidak dapat dilihat pada bayi yang berusia 1 hari, meskipun sekali reflek ini kelihatan, reflek ini dapat diamati sampai bayi berusia 3-4 bulan.
8) Reflek Babinsky Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.
9) Reflek Galant/ Membengkokkan Badan Ketika bayi tengkurap goreskan pada punggung menyebabkan pelvis membengkokkan kesamping. Jika punggung digores dengan keras kira – kira 5 cm dari tulang belakang dengan gerakan kebawah, bayi merespon dengan membengkokkan badan kesisi yang digores. Refleks ini berkurang pada usia 2-3 bulan.
10) Reflek Bauer/ Melangkah Reflek ini terlihat pada bayi aterm dengan posisi tengkurap, pemeriksa menekan telapak kaki. Bayi akan merespon dengan membuat gerakan merangkak. Reflek ini menghilang pada usia 6 minggu.

11) Intergumentary Sistem Kulit bayi sangat sensitive terhadap infeksi oleh karena itu penting untuk menjaga keutuhan kulit. Masuknya mikroorganisme dapat menyebabkan infeksi. Oleh karena itu Ig A tidak ada pada saat lahir dan baru terbentuk sekitar 2 minggu setelah lahir, maka imunitas kulit dan usus berkurang. Kelenjar keringat sudah ada pada saat lahir tapi kadang-kadang belum berfungsi secara efisien. Verniks kaseosa yang melindungi kulit bayi dan diproduksi oleh kelenjar sebasea sedangkan bintik-bintik putih kecil yang dinamakan milia sudah ada pada waktu lahir. Pengelupasan kulit hanya dimulai beberapa hari setelah lahir, sedangkan jika kulit bayi sudah mengelupas pada saat lahir hal ini mengidentifikasi bahwa sudah terjadi serotinus, IUGR atau infeksi intra uterin seperti sifilis.

7. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dimulai sejak proses persalinan hingga kelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehidupan). Dengan memegang prinsip asuhan segera, aman, dan bersih untuk bayi baru lahir (Kumalasari, Intan, 2015: 210). Asuhan segera yang dilakukan dengan memperhatikan aspek-aspek berikut:

a. Selalu menjaga bayi tetap kering dan hangat,
b. Usahakan kontak kulit ibu dengan bayi (skin to skin), segera setelah melahirkan badan:
    1) Secepat mungkin menilai pernafasan, serta bayi diletakkan diatas perut ibu,
    2) Dengan kain bersih dan kering membersihkan muka bayi dari lendir dan darah untuk mencegah jalan udara terhalang,
    3) Bayi sudah harus menangis/ bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir, jika bayi belum menangis bernafas dalam waktu 30 detik, segera cari bantuan, lalu mulai melakukan langkah – langkah resusitasi.
c. Jaga bayi tetap hangat (kontak skin to skin antara ibu dan bayi)
    1) Mengganti handuk/ kain yang basah dengan handuk kering, lalu segera bungkus bayi dengan selimut,
    2) Memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi tiap 15 menit:
        a) Bila keadaan tubuh bayi dingin segera periksa suhu axilla bayi,
        b) Bila suhu < 36,5°C, segera untuk menghangatkannya

d. Menilai pernafasan Periksa pernafasan dan warna kulit bayi tiap 5 menit:

1) Bila bayi tidak segera bernafas, segera lakukan : resusitasi,

2) Bila bayi mengalami sianosis/ sukar bernafas (frekuensi nafas < 30 atau > 60 X/menit) segera beri O2 kateter nasal.

e. Perawatan Mata Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1 %

untuk mencegah penyakit mata kerena klamidia (penyakit menular seksual yang dapat menginfeksi mata bayi), salep diberikan pada jam pertama setelah kelahiran.

8. Asuhan Bayi Baru Lahir Dalam waktu 24 jam,

tindakan penanganan yang dilakukan yaitu:

a. Melanjutkan pengamatan pernafasan, warna kulit dan aktifitas bayi,

b. Pertahankan suhu bayi tetap normal (36,5 – 37,5°C),

c. Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam,

d. Bungkus bayi dengan kain kering dan hangat, kepala tertutup.

Tabel 2.4

Apgar score

tanda	Nilai 1	Nilai 2	Nilai 3

Appeatance (Warna Kulit)	Pucat/ biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100	> 100
Grimace (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan kuat/ melawan
Activity (Aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Gerakan aktif / langsung menangis
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis

Sumber : (Dwiendra R, Octa, 2014: 6).

Keterangan :

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia Sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

e. Pemeriksaan fisik

1) Menggunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan,
2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut

3) Melakukan inspeksi (lihat), auskultasi (dengar) dan palpasi (raba/ rasakan tiap – tiap) daerah dari kepala sampai dengan kaki, bila ada masalah segera cari bantuan dan rekam hasil pemeriksaan.

f. Beri vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir. Bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan Vitamin K per oral 1 mg/ hari selama 3 hari. Bayi risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dosis 0,5 – 1 mg IM.

g. Perawatan lain

1) Perawatan tali pusat, dengan memastikan tali pusat dalam keadaan kering.
2) Dalam waktu 24 jam bila ibu dan bayi belum pulang, beri imunisasi BCG, Polio dan Hepatitis B.
3) Ajarkan cara perawatan bayi, seperti:
   (a) Memberikan ASI sesuai kebutuhan tiap 2 – 3 jam (4 Jam), sesring mungkin,
   (b) Pertahankan bayi tetap bersama ibu,
   (c) Jaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering,
   (d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering,
   (e) Pegang, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.

(f) Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

4) Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:
   (a) Keluhan pada bayinya
   (b) Penyakit yang diderita ibu yang mungkinkan berdampak pada bayi seperti (TBC, demam saat persalinan, KPD lebih dari 18 jam, hepatitis B atau C, siphilis, HIV/ AIDS, penggunaan obat).
   (c) Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
   (d) Warna air ketuban
   (e) Riwayat bayi buang air kecil dan besar
   (f) Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap
5) Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut:
   (a) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)

(b) Ketika melakukan Pemeriksaan dahulukan cek pernapasan dan tarikan dinding dada bagian bawah, denyut jantung dan perut.

9. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir yaitu :

a. Pernafasan lebih dari 60X/ menit,
b. Kehangatan lebih dari 37,5°C, 140
c. Warna kuning (24 jam I), biru/ pucat, memar,
d. Adanya tanda-tanda Infeksi, ditandai dengan:
    1) Suhu meningkat, kemerahan, bengkak (bernanah, baunya busuk, sulit bernafas),
    2) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/ nanah, baunya busuk serta keluar berdarah,
    3) Tinja/ berkemih dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, warna hijau tua, ada lendir dan darah pada tinja
    4) Bayi terlihat menggigil, sering menangis namun keadaan lemah, kejang dan lemas.

10. Jadwal Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan yang sesuai standar diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0-28 hari, baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah. Pelaksanaan kunjungan diantaranya:

a. Kunjungan ke-1 (KN 1) dilakukan pada 6-48 jam setelah lahir,
b. Kunjungan ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir,
c. Kunjungan ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir (Karwati, 2011: 126).

E. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Varney

1. DATA SUBYEKTIF

a. BIODATA (IDENTITAS PASIEN)

1) Nama Istri/ Suami

Mengetahui nama klien untuk membedakan seseorang dengan orang lain. Klien dipanggil dengan nama panggilan, bidan agar lebih dekat dengan pasiennya.

2) Umur

Umur dikaji untuk mengetahui apakah pasien itu beresiko atau tidak. Kategori reproduksi sehat antara 20 hingga kurang dari 35 tahun. Pada umur di atas 35 tahun sistem reproduksi umumnya sudah tidak optimal untuk pertumbuhan janin.

3) Agama

Menanyakan agama klien dan berbagai praktik agama yang dijalani. Informasi yang didapat bisa menuntun ke suatu topik tentang pentingnya agama

dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan, dan pada beberapa kasus, penggunaan produk darah.

4) Pendidikan

Menanyakan tingkat pendidikan klien, tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi pada saat ibu atau keluarga dilakukan penyuluhan kesehatan.

5) Suku/bangsa

Budaya suku bangsa dikaji karena budaya suku bangsa pada masa hamil jika tidak dapat dilakukan kadang menimbulkan stres dan kekhawatiran pada ibu yang perlu mendapat perhatian bidan.

6) Pekerjaan

Pekerjaan mungkin bisa beresiko bagi kehamilan dengan beban fisik ataupun paparan zat kimia berbahaya.

7) Alamat

Alamat rumah klien perlu diketahui bidan untuk memberi gambaran jarak rumah ibu dengan pelayanan kesehatan, serta mempermudah

kunjungan rumah saat bidan memerlukannya. (Widatiningsih,Dewi,2017;hal.162-163)

2. ALASAN KUNJUNGAN

Hal-hal yang mendasari kedatangan ibu hamil sesuai dengan ungkapan ibu, misalnya : ingin memastikan bahwa dirinya hamil, ingin periksa kehamilan rutin, ingin berkonsultasi tentang ketidaknyamanan yang dirasakan, ingin memastikan kondisi janinnya dan lain-lain. Jika alasannya jelas maka asuhan yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien. (Widatiningsih,Dewi,2017;hal.163164)

3. KELUHAN UTAMA

Masalah/kekhawatiran utama yang dikeluhkan ibu biasanya mengenai ketidaknyamanan yang dialami akibat kehamilan. Keluhan yang sering dijumpai pada TM III diantaranyapeningkatan frekuensi berkemih, nyeri ulu hati, konstipasi,kram tungkai, insomnia, nyeri punggung, sesak nafas, hemoroid. (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.164).

4. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat kesehatan meliputi :

1) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang atau pernah menderita penyakit menular maupun menurun, seperti :

2) Penyakit menular

a) Hepatitis

Kehamilan tidak memperberat virus hepatitis, namun jika terjadi infeksi akut pada kehamilan bias mengakibatkan terjadinya hepatitis fulminan yang dapat menimbulkan mortalitas tinggi pada ibu dan bayi. (Prawirohardjo,2014;hal.201)

b) HIV / AIDS

Penyakit ini tidak mempengaruhi janin dalam kandungan ,tetapi dapatasimtomatik saat dilahirkan atau hanya berupa BBLR, kemudian bisa berkembaang menjadi infeksi oportunistik yang menyebabkan kematian bayi.

c) GO *(NeisseriaGonorhea)*

Dapat menyebabkan abortus spontan, kelahiran mati, prematuritas, ketuban pecah dini. Bila tidak diterapi sampai kelahiran dapat menyebabkan optalmia gonokokus neonatorum, sepsis neonatus.

d) Sifilis*(spirochetatreponemapallilidum)*

Kongenital sifilis (hidops, osteitis, dan periotitis, pneumonia, hepatitis). Dengan

angka kematian perinatal kurang lebih 50%. Kongenital sifilis dapat pula muncul setelah umur 2 tahun yang ditandai dengan : kelainan gigi (gigihutchinson),tulang kering berbentuk pedang (sabershins).(Widatiningsih,Dewi, 2017;hal.87).

3) Penyakit menurun

a) Jantung

Bila jantung sudah bermasalah seperti penyakit pada katup jantung atau kelainan kongenital (defek septum atrium/ventrikel) perubahan yang terjadi selama kehamilan tidak dapat ditoleransi. Resiko yang terjadi antara lain: abortus, BBLR. (Widatiningsih, Dewi,2017 ;hal.83)

b) Hipertensi

Resiko yang terjadi akibat hipertensi dalam kehamilan bisa menyebabkan perdarahan, IUGR, gawat janin. Pada persalinan bisa menyebabkan perdarahan dan BBLR. (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.85)

c) Asma

Asma dalam kehamilan menunjukkan bahwa serangan asma berat selama kehamilan bisa mempengaruhi peningkatan insiden abortus, BBLR,kelahiran prematur. (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.84)

d) Diabetes Mellitus

Dugaan adanya kencing manis pada ibu hamil adalah : Ibu pernah melahirkan bayi besar, Janin mati dalam rahim dalam minggu-minggu terakhir, Ditemukan glukosa dalam air seni.

Diabetes bisa mempengaruhi timbulnya komplikasi dalam kehamilan yaitu Pre-eklamsia, kelainan letak janin. Penyulit dalam persalinan yaitu : Distosia bahu karena anak besar, Inersia uteri dan atoniauteri, Angka kematian lebih tingggi.

e) Anemia

Pengaruh anemia berat terhadap kehamilan antara lain dapat menyebabkan abortus, *intrauterinefetaldeath* (IUFD), lahir prematur, IUGR/ *intra uterinefetalgrowth*. Selain itu ibu juga mudah terinfeksi, serta

beresikodekompensasi jantung (bila Hb <6gr%). (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.83-85)

4) Riwayat kesehatan yang lalu dan Riwayat yang pernah atau sedang diderita

a) Jantung

Bila jantung sudah bermasalah seperti penyakit pada katup jantung atau kelainan kongenital (defek septum atrium/ventrikel) perubahan yang terjadi selama kehamilan tidak dapat ditoleransi. Resiko yang terjadi antara lain: abortus, BBLR.

b) Hipertensi

Resiko yang terjadi akibat hipertensi dalam kehamilan bisa menyebabkan perdarahan, IUGR, gawat janin.

c) Asma

Asma dalam kehamilan menunjukkan bahwa serangan asma berat selama kehamilan bisa mempengaruhi peningkatan insiden abortus, BBLR,kelahiran prematur.

d) Anemia

Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu dalam kehamilan. Berbagi penyulit dapat timbul akibat anemia antara lain :

Abortus, Partus prematurus, Partus lama karena inertiauteri, Perdarahan postpartum karena atoniauteri, Syok, Infeksi, baik inpartum maupun postpartum. (Widatiningsih,Dewi,2017;hal.83-85)

5) Riwayat kesehatan keluarga

Jika dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang bersifat menurun seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kelainan atau cacat bawaan, penyakit jiwa, kembar, preeklamsia, eklamsia pada ibu atau kakak atau adik kandung, maka klien akan berpotensi mengalaminya sehingga membahayakan kehamilannya. Jika ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular seperti TBC, hepatitis, typoid, herpes atau varicella maka akan beresiko menularkannya kepada ibu hamil. Selain itu jika suami menderita penyakit kelamin yang membahayakan seperti sifilis, GO, HIV/AIDS dapat

menular ke klien dan membahayakan kehamilan ini.(Widatiningsih, Dewi,2017;hal.172)

5. RIWAYAT OBSTETRI

a. Riwayat Haid

Data diperoleh untuk menggambarkan organ reproduksinya. Data yang harus diperoleh dari riwayat haid anatara lain sebagai berikut :

1) Menarche

Normalnya terjadi antara usia 11 s/d 16 tahun, namun rata-rata pada usia 11-13 tahun yang menandakan bahwa alat kandungannya mulai berfungsi dan merupakan ciri khas seorang wanita dimana terjadi perubahan-perubahan siklik dari alat kandungannya sebagai persiapan kehamilan.

2) Pola haid

Normalnya siklus haid adalah 21-35 hari, biasanya wanita mengalami siklus haid antara 28-30 hari. Lama haid normal 4-7 hari, namun 2-8 hari masih dianggap normal. Banyaknya darah dapat diperkirakan berdasarkan pembalut yang dikenakan setiap harinya. Umumnya volume darah haid dianggap normal jika pada hari pertama hingga kedua haid wanita mengganti pembalutnya tiap 4

jam (3-5x sehari) dengan kondisi pembalut ¾ penuh. Pada hari ke 3-4 ganti pembalut 3-4x sehari, ¼ penuh, sedangkan hari ke 5-6 darah normalnya berupa bercak-bercak kecoklatan saja.

3) Sifat dan warna darah

Paling banyak pada hari ke 1-3 dengan warna darah merah tua disertai sedikit bekuan darah. Selanjutnya berupa bercak-bercak merah kecoklatan dan bersih pada hari ke 6 atau 7.

4) Dismenorea

Disminorea primer adalah normal, disminore diawali pertama haid sampai sekarang. Wanita selalu merasakan nyeri perut pada permulaan haid.(Widatiningsih,Dewi,2017;hal.170-171)

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Dikaji :

a. Status Paritas

Status paritas ibu mencakup gravida (G) yaitu kehamilan yang ke berapa, para (P) yaitu berapa kali pernah melahirkaan janin yang variabel (>22 minggu), dan abortus (A) berapa kali. Klien yang pernah melahirkan lebih dari 4 kali tergolong kehamilan berisiko, begitu juga jika ada riwayat abortus. Status paritas yang baik adalah P tidak

lebih dari 4, sedangkan abortus adalah 0 atau tidak pernah mengalami abortus. (Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.165)

Menurut penelitian yang dilakukan Kurniawan dan Melaniani dengan judul "Hubungan Paritas Penolong Persalinan dan Jarak Kehamilan dengan Angka Kematian Bayi di Jawa Timur". Hasilpenelitian menunjukan paritas berhungan dengan status kematian. Hubungan positif dengan status kematian membuat semakin tinggi nilai paritas atau makin banyak anak yang dilahirkan akan membuat risiko ibu melahirkan bayi mati meningkat. Paritas sebagai variabel yang memilki hubungan terkuat dengan kematian bayi.

b. Usia Kehamilan

Didasarkan pada HPHT dan dikonfirmasi dengan pemeriksaan lainnya. (Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.165)

c. HPHT

Untuk menentukan umur kehamilan, jika ibu lupa dengan HPHT dapat ditanyakan menurut ibu yang nantinya akan dikonfirmasi dengan pemeriksaan lain seperti TFU, TBJ, dan sebagainya. (Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.165)

d. Hari Perkiraan Lahir/HPL

Ditentukan setelah mengkaji riwayat haid ibu untuk memperkirakan tanggal persalinan. Tanggal perkiraan tidak

selalu tepat. Hanya 5% klien yang bersalin sesuai dengan tanggal perkiraan, selebihnya bisa maju atau mundur dua minggu dari tanggal perkiraan. (Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.166)

e. Gerakan Janin

Biasanya gerakan bayi dirasakan ibu primigravida pada akhir bulan keempat (18-19 minggu). Pada ibu multigravida biasanya pada minggu ke 16-18 minggu. Ibu biasanya akan merasakan gerakan janin yang diharapkan minimal 10 gerakan dalam 12 jam merupakan salah satu indikator kesejahteraan janin. (Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.166)

f. Tanda bahaya yang dialami ibu

Adanya perdarahan, bengkak pada kaki-tangan-wajah, demam, janin yang tidak bergerak, muntah terus menerus, atau keluar air ketuban pada kehamilan yang sudah besar memerlukan tindakan segera. (Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.166)

g. Penggunaan jamu, obat, merokok, alkohol

Kebiasaan minum jamu merupakan kebiasaan yang beresiko bagi wanita hamil, karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin seperti menimbulkan kecacatan-abortus, BBLR, partus prematorus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorum,

kematian janin dalam kandungan dan malformasi organ janin.

Obat-obatan yang diberikan kepada ibu hamil dapat menimbulkan efek pada janin seperti kelainan bentuk anatomik atau kecacatan pada janin, kelainan faal alat tubuh, gangguan pertukaran zat dalam tubuh.

Merokok merupakan salah satu isu penting yang harus dikaji saat kehamilan karena efek yang muncul akibat merokok adalah BBLR, persalinan preterm, kematian perinatal. Alkohol yang dikonsumsi ibu hamil dapat membahayakan jantung ibu hamil, dan merusak janin, termasuk menimbulkan kecacatan/kelainan pada janin, kelahiran prematur, pertumbuhan janin terlambat, retardasi mental, kelainan jantung, dan masalah neonatal seperti*FetalAlcoholSyndrome*(FAS).

(Widatiningsih,Dewi,2017;hal.168)

h. Riwayat imunisasi Tetanus Toxoid

Menurut Widatinigsih dan Dewi (2017;hal.231) ibu hamil harus mendapat imunisasi TT untuk mencegah terjadinya tetanus neonatrorum. Pemberian imuniasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi tetanus ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus.

Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi TT pada ibu hamil

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

Sumber : Buku Kesehatan Ibu dan Anak,2016

i. Riwayat ANC

1) Trimester I

Frekuensi ANC pada trimester I setidaknya sudah 1 kali. Test kehamilan/PP test positif yang merupakan salah satu tanda kemungkinan hamil. Masalah yang dialami berkaitan dengan ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester I umumnya berupa mual-muntah, mudah lelah, merasa tidak sehat, dan sebagainya. Obatatausuplementasi mungkin sudah diberikan sesuai kebutuhan, serta nasihat/penkes yang harus harus sudah didapatkan ibu mengenai tanda-tanda kehamilan, tanda bahaya dalam kehamilan, jadwal kunjungan ANC, nutrisi ibu

hamil, program, program P4K,dll. (Widatingsih, Dewi,2017;hal.169)

2) Trimester II

Frekuensi ANC minimal pada trimester II sebanyak 1x. Keluhan yang dirasakan ibu umumnya berkaitan dengan ketidaknyamanan kehamilan pada trimester II. Gerakan janin yang dirasakan pertama kali pada usia 18-20 minggu pada primigravida, sedangkan pada multigravida biasanya pada umur 16-18 minggu. Obat atau suplementasi seperti multivitamin dan zat besi mungkin masih diberikan jika ibu memerlukan, dan imunisasi TT I (Umur kehamilan 16 minggu) dan TT 2 paling sedikit 4 minggu stelah TT I. Penkes yang harus sudah didapat ibu menganai tanda bahaya dalam kehamilan jadwal kunjungan ANC dan sebagainya sesuai kebutuhan. (Widatingsih,Dewi,2017; hal.169)

3) Trimester III

Frekuensi ANC 2 kali pada trimester III yaitu 1 kali pada usia 28-36 minggu dan 1 kali lagi setelah usia kehamilan 36 minggu. Keluhan ibu biasanya berkaitan dengan ketidaknyamanan pada trimester

III. Gerakan janin pada trimester III dirasakan kuat dan sering oleh ibu dengan frekuensi lebih dari 10x dalam 12 jam.

Multivitamin mungkin masih diberikan, zat besi minimal 90 tablet selama hamil. Nasihat/penkes yang diberikan antara lain tanda bahaya (mengingatkan kembali), persiapan persalinan, dan sebagainya sesuai kebutuhan. (Widatingsih, Dewi,2017;hal.169)

j. Riwayat Kebidanan yang lalu.

Dikaji data yang menyangkut kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu serta kondisi anak. Jumlah kehamilan (G) idealnya ≤ 4, anak yang lahir hidup P ≤ dengan riwayat persalinan aterm 37-40 minggu, tidak pernah mengalami abortus/kegagalan kehamilan, persalinantidak dengan tindakan (forcep, vakum atau SC). Tidak ada riwayat perdarahan atau hipertensi pada kehamilan, persalinan atau nifas yang lalu. Berat bayi sebelumnya ≥2500 g atau ≤ 4000g. Riwayat kebidanan yang lalu sangat membantu dalam mengelola menentukan kebutuhan konseling khusus, test, tindak lanjut, dan rencana persalinan. Kondisi anak diisi dengan keterangan apakah hidup/mati, sehat/sakit (tuliskan sakitnya), umur anak sekarang, meneteki atau

tidak serta lamanya meneteki. Jika anak meninggal maka tuliskan meninggal pada usia berapa dan apa penyebabnya supaya dapat dilakukan tindakan untuk mengantisipasi kejadian yang sama pada kehamilan yang sekarang ini. (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.170)

7. DATA PSIKOSOIAL-SPIRITUAL

   Ditanyakan :

   a. Riwayat perkawinan

      Status perkawinan syah, termasuk pernikahan ini yang ke berapa dan lamanya menikah. Ada tidaknya masalah hubungan dengan suami juga perlu ditanyakan untuk mengidentifikasi dukungan suami terhadap ibu hamil.

   b. Kehamilan ini diharapkan oleh ibu dan suami, serta respon dan dukungan keluarga terhadap kehamilan ini. Setiap kehamilan hendaknya diharapkan oleh ibu maupun suami dan keluarga.

   c. Mekanisme koping (cara pemecahan masalah) dalam keluarga perlu diuraikan

   d. Ibu tinggal serumah dengan siapa saja. Tingkat kepadatan penghuni rumah yang tinggi berpotensi menjadi stresor bagi ibu hamil.

   e. Pengambil keputusan utama dalam keluarga perlu dikaji, dan jika dalam kondisi emergensi apakah ibu dapat/tidak

mengambil keputusan sendiri atau harus menunggu keputusan dari orang lain. Ketergantungan ibu hamil secara finansial kepada suami sering menyebabkan ia tidak memiliki otonomi dan ini dapat membahayakan nyawa ibu jika ia harus segera mendapatkan penanganan sementara ia tidak dapat mengambil keputusan sendiri.

f. Orang terdekat ibu termasuk siapa yang menemani ibu untuk kunjungan ANC. Ibu hamil yang selalu ditemani oleh orang dekatnya setiaap kali ANC menunjukkan kuatnya dukungan dari keluarga terhadap ibu hamil. Penkes dapat dilakukan baik pada ibu hamil maupun keluarga yang mendampinginya.

g. Adat istiadat yang dilakukan ibu berkaitan kehamilan.

   Ibu yang memiliki keyakinan tentang adat tertentu dan merasa wajib melakukannya, maka hal ini mungkin menjadi masalah/stresor budaya jika tidak dilakukan.Rencana tempaat dan penolong persalinan yang diinginkan harus dikaji sejak awal. Jika ibu berencana bersalin dengan dukun beranak maka harus diberikan penyuluhan khusus.

h. Penghasilan perbulan (jika ibu mau menyebutkan). Jika ibu tidak ingin menyebutkan, maka menurut ibu apakah cukup/tidak untuk memenuhi kebutuhan pokok setiap hari dan biaya persalinan.

i. Praktik agama yang berkaitan dengan kehaamilan :

1) Jika ibu seorang muslimah dan berpuasa selama hamil, baik itu puasa wajib maupun sunah, maka tanyakan : frekuensi puasanya; kaji apakah ibu merasa lemah/lemes, pusing; gerakan janin menjadi berkurang saat puasa yang merupakan tanda dari hipoglikemia.

2) Keyakinan ibu tentang pelayanan kesehatan: (misal: ibu dapat menerima segala bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh nakes wanita maupun pria; tidak boleh menerima transfusi darah; tidak boleh diperiksa daerah genitalia, dan sebagainya).

j. Tingkat pengetahuan ibu : hal-hal apa yang sudah diketahui ibu, hal-hal apa yang ingin diketahui ibu. (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.177-179).

8. RIWAYAT KB

Mengkaji tentang alat kontrasepsi yang pernah dipakai berhenti dan alas an berhenti. Keluhan / masalah selama menggunakan alat kontrasepsi serta rencana KB setelah bersalin. (Widatiningsih,Dewi,2017;hal.172)

9. POLA HIDUP KESEHARIAN

a. Nutrisi

1) Makan

a) Sebelum hamil : frekuensi makan pokok umumnya 3x perhari. Komposisi berupa nasi atau penggantinya dengan porsi 1 piring makan. Lauk bervariasi baik dari produk hewani maupun nabati. Jika tidak bervariasi, maka perlu disebutkan jenisnya apa saja agar dapat dinilai kecukupan nutriennya. Sayuran juga harus bervariasi. Buah hendaknya selalu dikonsumsi minimal 1 kali sehari. Kudapan/camilan kadang diperlukan sebagai suplai energi di antara jam makan. Camilan dapat berupa makanan ringan yang tinggi karbohidrat, atau diganti dengan buah.Pantangan terhadap jenis makanan tertentu biasanya ada alasannya, misalnya karena alergi atau karena keyakinan budaya setempat. Pantang terhadap makanan tertentu dapat berisiko malnutrisi jika pantangan ibu mengandung nilai gizi yang sangat dibutuhkan tubuh.

b) Perubahan selama hamil : kebutuhan kalori meningkat yaitu 300 kalori per hari. Ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung cukup protein, vitamin dan zat besi. Kelebihan karbohidrat, gula dan garam akan menyebabkan janin tumbuh terlalu besar dan juga berpotensi terjadi preeklamsia. Asupan gizi harus seimbang.

2) Minum

a) Sebelum hamil : jumlah kebutuhan minum perhari orang dewasa sehat normalnya yaitu 8 gelas per hari atau 2 liter. Kebutuhan air adalah 30 ml/kg berat badan. Jika berat badan 60 kg, maka kebutuhan cairan sekitar 1800 ml.

b) Perubahan selama hamil : kebutuhan cairan ibu hamil bertambah 300 ml. Hindari minuman bersoda, batasi minum kopi. Sebaiknya mengkonsumsi susu untuk melengkapi kebutuhan nutrisi yang meningkat selama hamil.

2) Eliminasi

a) BAB

(1) Sebelum hamil : frekuensi perhari dikatakan lancar apabila teratur, misalnya sehari 1-2 kali, sehari 1 kali, atau 2 hari sekali hingga 3 hari sekali. Jika lebih dari 3 hari perlu diwaspadai. Selain itu juga tidak ada keluhan/masalah seperti diare atau faeses keras, disertai darah, nyeri anus, dan sebagainya.

(2) Perubahan selama hamil : bisa terjadi konstipasi akibat pengaruh hormon progesterone dan relaksin yang menurunkan tonus dan motilitas usus (sehingga penyerapan zat makanan menjadi lambat), terjadi penyerapan reabsorbsi cairan, dan peristaltik usus lebih lambat.

b) BAK

(1) Sebelum hamil : frekuensi perhari pada kondisi normal dengan intake minum 2 liter yaitu 4-7 kali perhari, warna urine yang baik yaitu jernih yang menandakan kecukupan cairan dan tidak ada keluhan yang dirasakan. Jika urine berwarna kuning dan pekat menunjukkan kekurangan intake cairan.

(2) Perubahan selama hamil : bila terjadi peningkatan frekuensi mikturisi dari kondisi sebelum hamil karena berkurangnya kapasitas kandung kemih akibat tertekan oleh pembesaran uterus.

3) Aktivitas

a) Sebelum hamil : menurut WHO setiap orang dewasa sebaiknya memenuhi kebutuhan aktivitas fisik, seperti latihan otot kerangka sebanyak 3-4 dalam seminggu.150 menit aktivitas fisik sedang, 75 menit aktivitas bert dalam seminggu.

Aktivitas fisik yang tergolong ringan : misalnya, mencuci piring, memasak, jalan-jalan santai di pusat perbelanjaan, dan melakukan peregangan otot.

Aktivitas fisik sedang : berjalan cepat, bersepeda, menggendong anak usia 2-6 tahun, naik tangga.

Aktivitas fisik berat : misalnya jogging, berenang, naik gunung

b) Perubahan selama hamil ini : wanita hamil tetap harus melakukan aktivitas fisik tetapi jangan terlampau berat, aktivitas terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan prematur.

4) Istirahat

a) Sebelum hamil : kebutuhan tidur seseorang berbeda-beda karena bergantung oleh berbagai faktor termasuk umur, pada orang dewasa kebutuhan tidur per hari 6-8 jam. Pola tidur yang sehat terbebas dari masalah tidur seperti mengalami kesulitan dalam tidur (insomnia), sleep apnea,hypersomnia,dansebagainya.

b) Perubahan selama hamil ini : pada awal kehamilan wanita akan tidur lebih lama beberapa jam daripada sebelum hamil, dikarenakan peningkatan metabolisme dan efek hormon kehamilan lainnya. Pola istirahat yang baik untuk ibu hamil tidur malam kurang lebih 8 jam dan tidur siang kurang lebih 1 jam. Namun, jika tidak biasa tidur siang maka tetapnya tetap beristirahat saja untuk memperbaiki sirkulasi darah dan mengatasi kelelahan.

5) Pola seksual

a) Sebelum hamil : frekuensi seksual sangat dipengaruhi banyak faktor, antara lain usia, lamanya pernikahan, kondisi kesehatan, dan sebagainya. Mayoritas hubungan seksual

usia 20-40 tahun pasangan yang sehat adalah 2-3 kali seminggu, tidak ada keluhan seperti nyeri, contactbleeding dan sebagainya.

b) Perubahan selama hamil : frekuensi dan libido pada trimester pertama umumnya mengalami penurunan, libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, dan kekhawatiran yang dirasakan. Pada trimester II libido mungkin lebih meningkat karena terlepas dari rasa kecemasan, rasa tidak nyaman yang dirasakannya pada trimester pertama. Pada TrimesterIII abdomen semakin besar dan rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, hasrat seksual yang akan menurun lagi.

6) Personal hygiene

a) Sebelum hamil : mandi yang baik frekuensinya 1-2x sehari, keramas 2-3x seminggu, ganti pakaian(termasuk pakaian dalam) minimal 2x sehari, kuku selalu pendek dan bersih, gosok gigi 2x sehari, kebiasaan memakai alas kaki saat di toilet dan keluar rumah sangat baik untuk mencegah infeksi cacing.

d. Perubahan selama hamil ini : mungkin ibu menjadi malas karena merasa mudah lelah. Seharusnya pola personal hygiene harus dijaga selama hamil terutama pola mandi

karena produksi keringat yang berlebihan mempermudah infeksi kuman.(Widatingsih,Dewi,2017;hal.173-177).

C. DATA OBYEKTIF

Pengkajian data obyektif dilakukan melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.Langkah-langkah pemeriksaannya adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum

      Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Pasien memperlihatkanrespon yang baik, secara fisik psien tidak mengalami kelemahan.

   b. Kesadaran

      Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis. Pasien sadar sepenuhnya dan bisa menjawab pertanyaan.(Widatiningsih,Dewi, 2017;hal.179)

   c. Tanda vital

      1) Tekanan darah

         Tekanan darah dinyatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat belanjut menjadi Preeklamsi danberujungkeeklamsiajika tidak ditangani dengan tepat. (Romauli,2015;hal.173)

2) Nadi

Dalam keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80 x/menit. Denyut nadi 100 x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk.jika denyut nadi ibu 100x/menit atau lebih, mungkin ibu mengalami salah satu atau lebih keluhan seperti tegang. Ketakutan atau cemas akibat masalah tertentu, perdarahan berat, anemia sakit/demam, gangguan tyroid, gangguan jantung. (Romauli,2015;hal.173)

3) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi system pernapasan, Normalnya 16-24 x/menit. (Romauli,2015;hal.173)

4) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5^{o}C. Suhu tubuh lebih dari 37^{o}C perlu diwaspadai adanya infeksi. (Romauli,2015;hal.173)

5) Berat Badan

Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,00 sampai 16,50 kg.(Romauli,2015;hal.173)

6) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi. (Romauli,2015;hal.173)

7) LILA (LingkarLenganAtas)

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR.(Romauli,2015;hal.173)

8) IMT

IMT untuk memprediksi lemak tubuh dan pengukurannya direkomendasikan federal untuk mengklarifikasi kelebihan berat badan dan obesitas. Cara mengukur IMT dihitung dengan rumus BB (dalam kg) dibagi TB kuadrat (dalam meter).(Widatiningsih,Dewi,2017;hal.180)

Table2.6 Indikator penilaian untuk IMT

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

Sumber : Prawirohardjo(2014;hal.180)

2. Status Present

a. Kepala

Mesochepal, kulit kepala tidak menunjukkan adanya kelainan kulit, rambut yang tidak mudah rontok.

b. Muka : simetris, tidak pucat, tidak oedema

c. Kelopak Mata : tidak cekung, tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih.

d. Telinga

Simetris, tidak ada sekresi (nanah, darah, cairan lain), tidak ada gangguan pendengaran.

e. Hidung

Hidung tidak ada massa, oedema mukosa, sekresi (lendir atau darah), tidak ditemukan gerak cuping hidung pada pernafasan.

f. Mulut

Bibir simetris, lidah dan mukosa mulut tidak ada sianosis, stomatitis, caries dentis, ginggivitis, tonsil tidak ada radang.

g. Leher

Tidak ada nyeri pada pergerakan, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan pembesaran kelenjar limpe.

h. Dada

Tidak ada retraksi otot interkostal, batuk, suara nafas vaskuler, tidak ada wheezing, ronchi, stridor,. Irama jantung teratur, tidak ditemukan bising jantung.

i. Ekstremitas

1) Atas (lengan – tangan)

Simetris, berfungsi normal, tidak ada oedema, sianosis bawah kuku, kaliper refill kurang 2 detik.

2) Bawah (tungkai – kaki)

Simetris, berfungsi normal, tidak ada oedema sianosis, kaliper refill kurang dari 2 detik, normalnya bervariasi dari 1+/1+ hingga 2+/2+.

j. Axilla

Tidak ada nyeri, pembesaran kelenjar limfe

k. Payudara

Teraba tegang, tidak ditemukan nyeri tekan massa abnormal.

l. Abdomen

Tidak ada kembung, tidak ada massa abnormal,tidak nyeri tekan, tidak pembesaran lien,tidak pembesaran hepar.

m. Kulit

Turgor kulit baik

n. Punggung

Tidak ada nyeri pergerakan, skoliosis, lordosis, kifosis, nyeri kostovertebra.

o. Genetalia

Tidak ada lecet, tidak oedema vulva, abses kelenjar bartholin, varises mungkin ditemukan atau tidak ditemukan, tidak ada PPV.

p. Anus

Hemorroid mungkin ada atau tidak, kehamilan menyebabkan vasodilatasi karena efek hormonal sehingga mungkin saja ditemukan hemorroid.(Widatiningsih,Dewi,2017;hal.181-182)

2. Pemeriksaan Obstetrik

a. Muka

Pada sebagian wanita hamil,cholasmagravidarum +

b. Mammae

Inspeksi : hiperpigmentasi areola dan kelenjar montgomery menonjol.

Palpasi : tidak teraba massa, kolostrum keluar atau tidak

c. Abdomen

a) Pembesaran abdomen bahwa mungkin sudah terlihat lineanigra +, striae mungkin terlihat atau tidak, tergantung pada elastisitas jaringan kolagen dibawah kulit. (Widatiningsih, Dewi,2017;hal.182)

b) Palpasi leopold :

a) Leopold I

Normal tinggi fundusuteri sesuai dengan usia kehmilan. Pada fundus teraba satubagian lunak dan tidak melenting (bokong).

b) Leopold II

Normal terabasatu bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan sisi lain teraba bagian kecil.

c) Leopold III

Normal pada bagian bawah janin teraba satubagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin).

d) Leopold IV

Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen).(Romauli,2015;hal.175)

d. TFU dalam cm (jika usia gestasi> 22 minggu). TFU akan sesuai dengan usia kehamilannya dalam minggu dengan rentang selisih +/- 2cm. Misalnya usia kehamilan 24 minggu TFU nya bisa saja 22 atau 23 cm atau 25 atau 26 cm masih dikatakan sesuai.(Widatiningsih, Dewi,2017;hal.183)

2.7 Tabel Tinggi Fundus Uteri

No	Tinggi Fundus Uteri (cm)	Umurkehamilandalamminggu
1	26,7 cm	28
2	29,5-30 cm	32
3	32 cm	36
4	37,7 cm	40

(Yuliani,Musdalifah,Suparmi,2017;hal.192)

e. Taksiran berat janin (TBJ)

Taksiran berat janin : (TFU dalam cm – N) x 155.

N = 13 jika kepala belum masuk PAP sama sekali

N = 12 jika kepala sudah masuk PAP namun masih di atas spina ischiadika (ditunjukkan dengan penurunan kepala 4/5-3/5) di atas simfisis.(Widatiningsih, Dewi,2017;hal.184)

2.8 Tabel Taksiran BeratJanin

No	Umurkehamilandalamminggu	TFU (cm)	TaksiranBeratJanin (TBJ) (gram)
1	28	26,7 cm	2278,5
2	32	29,5-30 cm	2712.5
3	36	32 cm	3100
4	40	37,7 cm	3983.5

f. Auskultasi

Normal terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau dibagian kanan). Mendengarkan denyut jantung bayi mengikuti frekuensi dan keteraturan. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-140 x/menit.(Romauli,2015;hal.176)

3. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin untuk semua ibu hamil yang dilaksanakan pada kunjungan pertama yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin,golongan darah dan rhesus, rapidtest (untuk menegakkan diagnose malaria), HbsAg (untuk menegakkan diagnosa hepatitis), test HIV, IMS dan TB. Pemeriksaan

laboratorium sesuai indikasi yaitu urinanalisis, kadar HB, sputum bakteri tahan asam (BTA), test sifilis, kadar gula darah. (Yuliani, Musdalifah,Suparmi, 2017;h.196-198)

b. Pemeriksaan lainnya yang dilakukan : USG .(Widatiningsih, Dewi,2017;hal.184-185)

D. ASSESMENT

1. DiagnosaKebidanan

   Ny X usia 20-35 tahun, G ≤4 P ≤3 A 0, umur kehamilan 36-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, puka/puki, fisiologis.

2. Masalah

   Masalah yang terjadi pada kehamilan TM III yaitu peningkatan frekuensi berkemih, nyeri ulu hati, konstipasi,kram tungkai, insomnia,nyeri punggung bawah, sesak nafas, hemoroid.

E. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kondisi kehamilannya, termasuk masalahnya jika ditemukan.

   Hasil: dari hasil pemeriksaan menunjukan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik dan sehat.

2. Memberikan pendkesketidaknyamanan pada Trimester III antara lain :

   a. Buang air kecil yang sering: disebabkan karena peningkatan progesteron dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun ke rongga

panggul, berikan nasehat agar mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2 jam sebelumtidur, janganmengurangikebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak di sianghari, dan lakukan senam kegel.

b. Nyeri Ulu hati : pada bulan-bulan terakhir disebabkan karena adanya progesterone serta tekanan dari uterus. Dapat diberikan nasehat tentang gizi, makan sedikit sedikit, minum susu, hindari makan yang pedas,gorengan atau yang berminyak, tinggikan bagian kepala tempat tidur.
c. Konstipati : pada bulan-bulan terakhir disebabkan oleh progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga efekterapi tablet zatbesi. Dapat diberikan nasehat makan makanan yang tinggi serat, buah dan sayuran, ektra cairan hindari makanan berminyak, anjurkan olahraga tanpa di paksa.
d. Insomnia :disebabkan oleh ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun tengah malam karena nocturia,dyspnea, heartburn, sakitotot, stress dan cemas. Cara mengatasinya yaitu: gunakan teknik relaksasi, mandi air hangat, minum-minuman hangat (susu) sebelum tidur ,melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur (Marmi,2017;hal.138)

e. Kram kaki :sering terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Penyebab terjadinya karena kekurangan asupan kalsium, ketidakseimbangan rasio kalsium-fosfor, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh dasar pelvic dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya yaitu :kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi) dam cari yang high calcium, berlatih dorsi fleksi pada kaki untuk merenggangkan otot-otot yang terkena kram, gunakan penghangan untuk otot. (Marmi,2017;hal.137-138)

f. Nyeri Punggung : umumnya dirasakan ketika sudah memasuki kehamilan lanjut. disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta maningkatnya berat yang dibawa dalam rahim. Diberikan nasehat untuk memperhatikan postur tubuh(jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat,memberitahukan cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan mengenakan korset khusus untuk ibu hamil. (Rukiah.Yeyeh dkk,2013;hal.118-122).

g. Sesak nafas: peningkatan kadar progesterone berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan

kadar CO2 sertameningkatkankadar O2. Cara meringankan hal tersebut antara lain :dorong agar sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi, secara periodic berdiri dan melentangkan lengan di atas kepala serta menarik nafas panjang, mendorong postur tubuh baik yang baik dan melakukan pernafasan intercostals. (Sulistyawati,2011;hal.135)

h. Hemoroid :selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang dilalui menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesterone juga berperan dalam menyebabkan terjadinya relaksaasi dinding vena dan usus besar. Hal yang dapat dicegah atau mengurangi terjadinya hemoroid yaitu: hindari konstipasi, hindari mengejan saat defekasi, mandi berendam dengan air hangat,kompreses,tirah baring dengan mengevaluasi panggul dan ekstremitas bagian bawah. (Marmi,2017;hal.140-141)

Hasil : ibu paham tentang ketidaknyamanan kehamilan TM III dan ibu bias menyebutkan salah satunya.

3. Memberikan pendkes tentang tanda bahaya kehamilan.

   Hasil :Bila ada perdarahan, bengkak pada kaki-tangan-wajah, demam, janin yang tidak bergerak, muntah terus menerus, atau keluar air ketuban pada kehamilan yang sudah besar memerlukan tindakan segera,ibuharussegeraketenagakesehatanterdekat.

(Widatiningsih, Dewi, 2017;hal.166)

4. Membicarakan kembali tentang rencana/persiapan persalinan dan kesiapan apabila terjadi komplikasi dengan cara membuka lembar P4K yang berisi Identitas (nama, alamat, perkiraan persalinan), rencana penolong persalinan , rencana dana persalinan (sendiri / jaminan kesehatan), kendaraan yang akan mengantarkan ke tempat bersalin, Rencana KB pasca bersalin, dan yang terakhir golongan darah dan nama calon pendonor.
5. Jika masih diperlukan pemberian Fe + asam folat serata cara minum yang benar. Multivitamin dan kalsium diberikan jika ada kebutuhan. Dengan dosis 1x1 perhari(60mg).
6. Menjadwalkan kunjungan selanjutnya.

   Kunjungan antenatal minimal 4x selama kehamilan(1x TM I, 1x TM II,dan 2x TM III), bertujuan untuk memfokuskan pendeteksian bila ada komplikasi, mempersiapkan kelahiran, dan kegawatdaruratan. Jadwal kunjungan ulang sebaiknya :antara 28-36 mg usia kehamilan, setiap 2 minggu dan antara 36 mg sampai kelahiran,setiap minggu. (Rukiah.Yeyeh dkk,2013;hal124).

A. TINJAUAN TEORI PERSALINAN

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan utama

   Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan.

Pada kasus persalinan,informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai ada kencang-kencang diperut,bagaimana intensitas dan frekuensinya,apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah,serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya. (Sulistyowati,Nugrahaeny,2010;hal.221)

2. Tanda-tanda persalinan

   a. Terjadinya his persalinan

      Menurut Marmi (2016;hal.9) his yang efektif akan menimbulkan terjadinya desakan pada uterus (meningkat), terhadapjanin (penurunan), terhadapkorpus uteri (dinding uterus menebal), itsmus uterus (meregang dan menipis), kanalis servikalis (efficement) sehingga menimbulkan terjadinya pembukaan.

      His persalinan ditandai dengan :

      1. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan

      2. Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.

      3. Terjadinya perubahan pada serviks

      4. Jika pasien beraktivitas, kekuatan his semakin bertambah.

   b. Lokasi Ketidaknyamanan

      Pada saat persalinan biasanya disebabkan oleh kontraksi persalinan sejati atau palsu. Pada kontraksi persalinan sejati

biasanya tidak nyaman pada bagian punggung dan menjalar ke depan.

c. Pengeluaran lender darah bercampur darah pervagina (show)

Dengan adanya pembukaan pada serviks menyebabkan lepasnya lendir yang berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan oleh robeknya pembuluh darah pada saat serviks membuka.

3. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

1) Pola Makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya sampai dengan masa awal persalinan.Karena makanan dan cairan akan memberi banyak energi .Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut:

a) Kapan atau jam berapa terakhir kali makan

b) Makanan yang dimakan

c) Jumlah makanan yang dimakan

2) Pola Minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut.

a) Kapan terakhir kali minum

b) Berapa banyak yang diminum

c) Apa yang diminum. (Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.223)

b. Pola Eliminasi

Kandung kemih harus sering dievaluasi untuk mengetahui adanya kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin.(Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.68)

c. Pola Aktivitas Fisik dan Olah Raga

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika di akhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat dikhawatirkan pasien akan merasa kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin. (Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.224)

d. Pola istirahat dan tidur

Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien yaitu kapan terakhir tidur,dan berapa lama.

(Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.224).

e. Pola hubungan seksual

Data yang perlu kita kaji data yng diperlukan berkaitan dengan aktivitas seksusal adalah sebaigai berikut :

1) Keluhan

2) Frekuensi

3) Kapan terakhir melakukan hubungan seksual

f. Data psikososial dan spiritual

1) Respon keluarga terhadap persalinan

Bagaimanapun juga hal itu sangat penting untuk kenyamanan psikologis pasien. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya.

2) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

Ada beberapa kebiasaan yang mereka lakukan ketika anak atau keluarganya mengahadapi persalinan dan sangat tidak bijaksana bagi bidan jika tidak menghargai apa yang merek lakukan. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya.

(Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.225-226)

3) Data Pengetahuan pasien tentang proses persalinan

Data ini dapat kita peroleh dari beberapa pertanyaan yang kita ajukan kepada pasien mengenai apa yang ia ketahui tentang proses persalinan. Pengalaman atau riwayat persalinannya yang lalu dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menyimpulkan sejauh mana pasien mengetahui tentang

persalinan, karena terdapat perbedaan dalam memberikan asuhan antara pasien yang sudah tahu atau punya pengalaman tentang persalinan dengan yang sama sekali belum tahu tentang persalinan.(Sulistyawati,Nugareny,2010;hal.225).

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaaan Umum

Keadaan umum yang baik memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.226)

b. Kesadaran

Composmentis (kesadaran maksimal).

(Sulistyawati,Nugraheny,2010;hal.226)

c. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanandarahmeningkatselamaterjadinyakontraksi(sistol rata-rata naik). 10-20 mmHg, diastole naik 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah. (Rohani dkk,2011;hal.6)

2) Nadi

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. (Rukiah dkk, 2009; hal.34)

3) Pernapasan

Oleh karena terjadinya peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan menyebabkan alkalosis. (Rohani dkk,2011;h.6)

4) Suhu

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan, jaga agar peningkatan suhu tidak lebih dari 0,5-1°C (Rohani dkk,2011;hal.6)

5) Lila

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR. (Romauli,2015;hal.173)

6) Berat badan

Ditimbang waktu tiap kali ibu datang untung kontrol kandungan.

7) Tinggi Badan

Pengukuran cukup dilakukan sekali yaitu waktu ibu datang periksa hamil yang pertama.

b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

a) Muka

Normalnya tidak odema, tidak cyanosis

b) Mata

Konjungtiva: normalnya berwarna merah muda

Sklera : normalnya berwarna putih

c) Hidung

Normalnya pada hidung bersih, tidak ada polip, tidak ada secret.

d) Mulut dan gigi

Normalnya bersih, tidak ada luka, tidak ada caries

e) Leher

Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe.

f) Dada

Normalnya payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasiareolla atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum.

g) Abdomen

Ada luka bekas sc atau tidak, ada linea atau tidak,striaealbican atau lividae.

h) Genetalia

(1)Vulva dan vagina

Bersih atau tidak, oedema atau tidak,adaflouralbus atau tidak,ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condilomaacuminata atau tidak,kemerahan atau tidak.

(2)Perineum

Ada luka bekas episiotomi atau tidak.

(3)Anus

Ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.

i) Ekstremitas

Ekstremitas atas dan bawah: simetris atau tidak, oedema atau tidak, varices atau tidak. (Marmi,2016; hal.130-131)

2. Status obstetri

a. Inspeksi

1) Muka

Di bagian muka tidak ada odema, tidak ada cyanosis

(Marmi,2016;hal.130)

2) Mamae

Payudara simetris, puting bersih dan menonjol, terdapat hiperpigmentasiareolla, colostrum sudah keluar atau belum, dan tidak ada masa payudara (Marmi,2016;hal.130-131)

3) Abdomen

Dikaji untuk melihat apakah ada bekas sc atau tidak, ada linea atautidak, striaealbican atau lividae. (Marmi, 2016;hal.131)

4)Vulva

Menurut Marmi (2016hal 131) pemeriksaan ini untuk mengetahui keadaan vulva bersih, tidak odema, tidak ada flouralbus, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak ada condilomatalata, tidak ada condiloacuminata, tidak kemerahan.

b.Palpasi

2.9 Tabel Leopold

Leopold I	Tinggi fundusuteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba 1 bagian lunak dan tidak melenting (bokong).(Marmi, 2016; hal.131) Pada usia kehamilan 36 minggu, fundus dapat teraba 3 jari bawah prosesusxyphoideus, Pada usia kehamilan 40 minggu,fundus dapat teraba di pertengahan antara umbilicus dan prosesusxyphoideus. (Widatiningsih,Dewi,2017;hal.23)
Leopold II	Normalnya teraba 1 bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil
Leopold III	Normalnya teraba 1 bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (symphisis) Apakah sudah masuk PAP.

Leopold IV	Dilakukan jika pada leopold III teraba kepala janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan jari penolong dan symphisis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi. (Marmi, 2016; hal.131-132)

Menentukan penurunan bagian terbawah janin dengan metode perlimaan

2.10 Tabel penurunan kepala menurut teori JNPK-KR 2014

Pemeriksaan Luar	Pemeriksaan Dalam	Keterangan
Teraba 5/5 bagian	-	Kepala di atas PAP dan mudah digerakkan
Teraba 4/5 bagian	Hodge I-II	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul sehingga sulit digerakan
Teraba 3/5 bagian	Hodge II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
Teraba 2/5 bagian	Hodge III (+)	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
Teraba 1/5 bagian	Hodge III – IV	Kepala di dasar panggul
Teraba 0/5 bagian	Hodge IV	Kepala perineum

c.Auskultasi

MenurutMarmi (2016; hal.132) terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau kanan). Normalnya: 120-160 X/Menit. (Nurasiah,Rukmawati,2014;hal.76)

3. Pemeriksaan dalam

   a. Vulva vagina

      Setelah daerah vulva dan vagina dipersiapkan dengan baik dan pemeriksa sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar, kemudian usap.(Nurasiah, Rukmawati,2014;hal.79)

   b. Penipisan serviks (efficement)

      Berhubungan dengan kemajuan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundl dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama kelamaan menjadi tipis. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.64).

   c. Pembukaan

      Pembukaan serviks dibagi menjadi kedalam 2 urutan fase. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm meupakan fase laten, sedangkan fase akti persalinan dimulai dari bukaan 4 cm dan diakhiri dengan pembukaan 10 cm.

      (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.65)

   d. Kulit Ketuban

Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan sudah lengkap. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.66).

Menurut Marmi (2016;hal.66). Untuk menilai air ketuban menggunakan lambang – lambing antara lain :

1.U: Ketubanutuh (belum pecah)

2.J : Ketuban pecah dan ketuban jernih

3.M: Ketuban pecah bercampur meconium

4.D: Ketuban pecah bercampur darah

5.K: Ketuban pecah ,tidak ada air ketuban (kering).

e. Presentasi dan Point of Direction (POD)

Merupakan indicator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang kepala. Ubun-ubun kecil kiri depan, atau kanan depan.

Posisi ialah hubungan bagian presentasi (oksiput, sacrum,mentum (dagu) sinsiput, puncak kepala yang defleksi/mengadah) terhadap kuadran panggul ibu. Posisi dinyatakan dengan singkatan yang terdiri atas huruf pertama masing-masing kata kunci; OAKa = posisi Oksipito Anterior Kanan.(Rohani,dkk,2011;hal.32)

f. Molase

Molase adalah indikator tentang seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul. Semakin besar derajad penyusupan tulang kepala janin atau

semakin tumpang tindih antar tulang kepala janin maka ini semakin menunjukkan risiko adanya disproporsi ditunjukkan melalui derajad penyusupan atau tumpah tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup sulit dipisahkan. Nilai normalnya suatu sutura yaitu 0 (sutura terpisah), sutura lambang 1 (pertemuan dua tulang tengkorak) bersesuaian, sutura lambang 2 yaitu sutura tumpang tindih tapi dapat diperbaiki. Sutura lambang 3 yaitu sutura tumpang tindih dan tindih dan tidak dapat diperbaiki. (Sulistyawati,Nugraheny,2013; hal.78)

g. Penurunan bagian terendah

Menurut Marmi (2016;hal.145) untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala berdasarkan bidang hodge :

Hodge I : Sejajar dengan PAP

Hodge II : Sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphisis.

Hodge III : Sejajar dengan hodgeI,II setinggi spina ischiadika kanan kiri.

Hodge IV : Sejajar dengan hodgeI,II,III setinggi os cocigis.

h. Bagian Lain

Tidak teraba bagian lain.

i. STLD (Sarung Tangan Lendir Darah)

Pengeluaran lendir dan darah mengindikasikan dimulainya persalinan (sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.66).

C.Analisa

Ny.X umur 20-35 tahun, G≤4P≤3≤A0, umur kehamilan 36-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, puka/puki, presentasi kepala/presentasi belakang kepala, inpartu kala I fisiologis.(Sulistyawati,Nugraheny 2013;hal.228-229)

D. Pelaksanaan

1. Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu.
2. Jika ibu tampak gelisah / kesakitan :
    a. Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginannya,tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kekiri
    b. Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
    c. Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung ibu
    d. Ajari teknik bernafas
3. Menganjurkan keluarga untuk memberi dukungan mental.

    Menurut penelitian yang dilakukan Setyowati dan Mursini dengan judul “Hubungan Pendamping Keluarga Dengan Lama Proses Persalinan Kala I Di Puskesmas Karangdoro Kota Semarang”. Keberadaan pendamping akan membawa dampak yang baik pada proses persalinan karena dapat memberikan dukungn, semangat, dan rasa aman. Keuntungan pendampingan

persalinan oleh keluarga dapat mengurangi rasa cemas,mempermudah atau mempercepat proses persalinan serta dapat menghindari komplikasi-komplikasi pada persalinan, mengurangi ilaiskore APGAR <7 pada bayi baru lahir sehingga menghindari bayi asfiksia, dengan pendampingan keluarga waktu yang dibutuhkan dalam menghadapi persalinan semakin pendek, kepuasan ibu semakin meningkat dalam pengalaman melahirkan, persalinan yang diakhiri dengan vacuum ekstraksi, forceps,dan SC semakin menurun .

4. Berikan minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi.
5. Mempersiapkan ruangan persalinan,peralatan persalinan dan obat-obatan yang diperlukan. Partus set dan peralatan untuk resusitas BBL sudah dalam keadaan steril.
6. Pantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf.

Tabel 3.1

pemantauan rutin dengan menggunakan partograf.

Parameter	Frekuensi pada Kala I laten	Frekuensi pada Kala II aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
DJJ	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit

Kontraksi tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

*Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam

KALA II

Tanggal : ..... Jam : .....

Data Subyektif	Pasien mengatakan ingin meneran. (sulistyawati,2013;hal.233)
Data Obyektif	a. Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (bodylanguage) yang menggambarkan suasana fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan. b. Dorongan meneran, perinium menonjol,Vulva dan anus membuka. c. Hasil pemeriksaan kontraksi. 1. Durasi lebih dari 40 detik. 2. Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit. 3. Intensitas kuat. d. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan servik sudah lengkap. (Sulistyawati,2013;hal34)

Analisa	Ny.X umur 20-35 tahun, G≤4P≤3≤A0, umur kehamilan 36-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, puka/puki, presentasi kepala/presentasi belakang kepala, inpartu kala II fisiologis. (Sulistyawati,2013;hal.234)
Penatalaksanaan	**Merlihat Tanda dan Gejala Kala Dua** 1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II a. ibu mempunyai keinginan meneran b. ibu merasakan tekanan yang samakin meningkat pada rectumnya c. perineum meninjol. d. vulva-vagina dan sfingter anal membuka. **Menyiapkan Pertolongan Persalinan** 2. memastikan kelengkapan, bahan,dan obat-obatan esensial yang siap digunakan . Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set. 3. mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih. 4. melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah saku , dan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan dengan handuk. 5. memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam. 6. menghisap oksitosin10 unit kedalam tabung suntik dan letakkan kembali di partus set. **Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik** 7. membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa

	yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina,perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan bila terkontaminasi. 8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. 9. mendekontaminasikan sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Kemudian mencuci kedua tangan. 10. memeriksa Denyut Jantung Janin(DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit) a. mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal b. mendokumentasikan hasil-hasil dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya dalam partograf. **Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpin Meneran** 11.memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

	a. menunggu hingga ibu memiliki keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan temuan. b. menjelaskan pada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan member semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. 12. meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (padasaat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman) 13. melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : a. membimbing ibu untuk meneran saat ibu memiliki keinginan meneran b. mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran c. membantu ibu mengambil posisi yang lebih nyaman sesuai dengan pilihannya(tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang). d. menganjurkan ibu istirahat diantara kontraksi e. menganjurkan keluargauntuk mendukung dan memberi semangat pada ibu f. menganjurkan asupan cairan per oral g. menilai DJJ setiap 5 menit. h. jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum terjadi segera dalam waktu 120 menit (2jam) meneran untuk ibu primipara

	atau 60 menit untuk ibu multipara,rujuksegera. Jika ibu tidak memiliki keinginan untuk meneran i. menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit,anjurkan untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan istirahat diantara kontraksi. j. jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum terjadisetelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera **Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi** 14. jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi 15. meletakan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu 16. membuka partus set 17. memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. **Menolong Kelahiran Bayi** 18. saat kepala bayi membuka vulva dengan 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepalabayi,membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. 19. dengan lembut menyeka muka,mulut,dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (langkah ini tidak harus dilakukan) 20. memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang

	sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera kelahiran bayi: a. jika tali pusat melilit leher janin bayi dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi b. jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat,mengklemnya di duatempat dan memotongnya. 21. menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. 22. setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan keduatangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior 23. setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengembalikan melahirkan siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir. 24. setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata

	kaki dengan hati hati membantu kelahiran kaki. **Penanganan Bayi Baru Lahir** 25.Melakukan penilaian pada bayi dengan cepat (dalam 30 detik) jika bayi dalam keadaan baik meletakkan bayi diatas perut ibu dan mengeringkan tubuh bayi dengan handuk. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua. (Prawirohardjo,2014;hal.341-344)
Evaluasi	Pada akhir kala II,bidanmelakukanevaluasi,antara lain: 1. keadaan umum bayi: jenis kelamin, spontanitas menangis segera setelah lahir, dan warna kulit. 2. keadaan umum pasien: kontraksi,perdarahan,dan kesadaran 3. kepastian adanya janin kedua.

KALA III

Tanggal : ..... Jam : .....

Data Subyektif	a. Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir b. Pasien mengatakan bahwa ari-arinya belum lahir c. Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.237)
Data Obyektif	a. Bayi lahir secara spontan per vagina pada tanggal .... jam .... jenis kelamin laki-laki/perempuan, normal, menangis spontan, kulit warna kemerahan. b. Plasenta belum lahir.

	c. Tidak teraba janin kedua. d. Kontraksi uterus baik. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal. 237)
Analisa	Ny.X usia 20-35 tahun $G_{\leq 4}P_{\leq 3}A_0$ dalam persalinan kala III normal. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.238)
Penatalaksanaan	1.Memberikan suntikan oksitosin 10 unit secara IM untuk merangsang uterus berkontraksi sehingga mempercepat pelepasan plasenta 3. Penjepitan tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3cm dari tali pusat bayi kemudian mengurut tali pusat kearah maternal dan memasang klem tali pusat kedua 2cm dari klem pertama. 4. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayidari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut setelah terpotong lalu ikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama. 5. Melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu sedikitnya 1 jam **Peregangan tali Pusat Terkendali** 6. memindahkan klem pada talipusat 7. meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.

	8. menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri. **Mengeluarkan Plasenta** 9. setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. a. jika tali pusat bertambah panjang,pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. b. jika plasenta tidak lepas setelah setelah peregangan 15 menit : ulangi penyuntikan oksitosin 10 unit IM, menilai kandung kemih,meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan, mengulangi peregangan tali pusat selama 15 menit berikutnya, merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi. 10. jika plasenta terlihat introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan dua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. **Pemijatan Uterus**

	11. segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakan telapak tangan di fundus dan melakukan massase secara melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi(fundus menjadi jelas) **Menilai Perdarahan** 12. memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakanplasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. 13. mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
Evaluasi hasil asuhan kala III	a. Plasenta lahir sepontan lengkap pada tanggal .... jam ... b. Kontraksi uterus: baik/tidak. TFU berapa jari dibawah pusat. c. Perdarahan: sedikit/sedang/banyak. d. Laserasi jalan lahir: ada/tidak. e. Kondisi umum pasien. f. Tanda vital pasien. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.239)

KALA IV

Tanggal : ..... Jam : .....

Data Subyektif	a. Pasien mengatakan bahwa ari-arinya sudah lahir.

	b. Pasien mengatakan perutnya mules. c. Pasien mengatakan merasa lelah tetapi bahagia. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.239)
Data Obyektif	a. Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal ...., jam.... b. TFU berapa jari diatas pusat. c. Kontraksi uterus: baik/tidak. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.239)
Analisa	Ny.X usia 20-35 tahun $P_{\leq 4}A_0$ dalam persalinan kala IV normal (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.239)
Penatalaksanaan	**Melakukan Prosedur Pasca persalinan** 1.Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksidengan baik 2. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu sedikitnya 1 jam. 3. Setelah 1 jam, lakukan pengukuran antropometri pada bayi, berikan tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg secara IM di paha kanan anterolateral 4.Melanjutkan pemantauan dan mengajarkan pada ibu dan keluaraga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi 5..melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam : a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan b. setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan

	c. setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan d.Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk melaksanakan atonia uteri 6.Mengajarkan pada ibu /keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus 7. Mengevaluasi kehilangan darah 8.Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. a. memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan b. melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal. **Kebersihan dan keamanan** 9.menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi. 10.membuang bahan-bahan yang terdekontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai. 11.membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban,lender,dan darah. Membantu ibu memakai

	pakaian yang bersih dan kering. 12.memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan. 13.mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan bilas dengan air bersih. 14.mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan 0,5% selama 10 menit. 15.mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir. **Dokumentasi** 16. Melengkapi partograf (Prawirohardjo,2014;hal.344-347)
1. Evaluasi hasil asuhan kala IV	a. Tanda vital pasien normal b. Perkiraan jumlah perdarahan otot selama persalinan tidak lebih dari 500 cc. c. Kontraksi uterus baik. d. IMD berhasil. e. Pasien dapat beradaptasi dengan peran barunya. (Sulistyawati,Nugraheny,2013;hal.241)

B. **TINJAUAN TEORI ASKEB NIFAS**

1. Data subyektif

    a. Keluhan utama

    Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum. (Ambarwati,2015;hal.132)

2. Pola kebutuhan dasar Sehari-hari

    a. Pola Nutrisi

    Ibu menyusui mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendaptkan protein, mineral danvitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya. (Marmi,2017;hal.135-136)

    b. Pola Eliminasi

    Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4jam. Bila tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam,lakukan kateterisasi . Sedangkan untuk BAB,

normalnya sekitar 3-4 hari postpartum. (Marmi,2017;hal.148)

c. Pola Istirahat

Ibu memerlukan istirahat cukup, hal ini penting karena jika ibu kurang istirahat akan mempengaruhi kondisi kesehatan secara umum. Akibat kelelahan akan berdampak dalam proses pemulihan terutama yang berkaitan dengan organ reproduksi yaitu memperlambat proses involusi uterus, yang bias mengakibatkan perdarahan, mengganggu laktasi dengan penurunan jumlah ASI, rasa ketidaknyamanan dalam merawat bayi serta bias mengakibatkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan diri sendiri. (Sujiyantini,Nurjanah,2010;hal.219)

d. Pola Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktifitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sendiri mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi,seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi. (Ambarwati,Wulandari,2015;hal.137)

e. Pola hygine

Ibu dianjurkan untuk membersihkan daerah vulva dan perinal dibersihkan dari arah depan kebelakang dengan menggunakan sabun dan air. Mengganti pembalut minimal 2x per hari. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.12)

f. Pola Seksual

Pada masa nifas sering terjadi penurunan libido pada ibu. Adanya rupture perineum dan penurunan hormone steroid akan mempengaruhi keinginan ibu untuk melakukan hubungan seksual. Sehingga sejak awal kehamilan, masalah seksual ini perlu didiskusikan dengan suami. (Sujiyantini,Nurjanah,2010;hal.220)

g. Psiko, sosial, sepiritual

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Selama masa nifas ibu mengalami banyak perubahan emosi / pesikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Ibu sering menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut dengan postpartum blues

Fase adaptasi psikologis masa nifas, Fase taking in :

Merupakan periode ketergantungan (dependent), yang berlangsung dari hari satu sampai dua hari pertama, dengan cirri khas ibu fokus pada diri sendiri dan pasif terhadap

lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidaknyamanan yang dialami : rasa mules,nyeri luka jahitan,kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan :istirahat cukup,komunikasi yang baik, dan asupan nutrisi yang adekuat. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.26-27)

Pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nimas misalnya pada kebiasaan pantang makan. (Ambarwati,Wulandari,2015;hal.134-135)

h. Tingkat pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas. (Ambarwati,Wulandari,2015;hal.135

)Menurut penelitian yang dilakukan safitri dan cahyanti dengan judul "Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Motivasi Terhadap Kemandirian Ibu Nifas dalam Perawatan Diri selama Early Postpartum"**.** Dari hasil penelitian, responden sebanyak 68.1% responden dengan paritas multipara. Paritas dapat dikaitkan dengan pengalaman, pengalaman memberikan pengaruh pada perilaku ibu untuk melakukan perawatan diri masa nifas.5 Hasil analisis distribusi tingkat kemandirian berdasarkan

paritas pada penelitianini, didapatkan bahwa ketergantungan dalam perawatan diri selama masa postpartum didominasi oleh responden primipara, yang berarti responden primipara cenderung butuh bantuan untuk melaksanakan perawatan diri selama masa postpartum.

C. Data Obyektif

1. Tanda-Tanda Vital

a. Tekanan Darah

Pada melahir kansecara normal, tekanan darah, biasanya tidak berubah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic 60-80 mmHg. .(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20)

b. Nadi

Kembali normal dalam beberapa jam setelah melahirkan, denyut nadi yang melebihi 100x per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20)

c. Suhu

Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan tubuh maupun kelelahan. Suhu kembali normal dan stabil dalam 24 jam setelah melahirkan .(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.19)

2. Pemeriksaan obstetri

a. Mamae

Mamae yang normal bentuknya simetris atau tidak,putting susu menonjol atau tidak,dan sudah ada pengeluaran kolostrum.

(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20)

b. Abdomen

TFU :setelah persalinan, tinggi fundusuteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1cm setiap hari.(Ambarwati,Wulandari,2010;hal.77).

Kontraksinyabaik,konsistensinya keras dan posisi uterus di tengah.

(Marmi,2015;hal.182)

c. Genetalia

1) Vagina: vagina mengalami penekananserta pergangguan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugea. Rugea akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4. (Ambarwati,Wulandari, 2010; hal.77)

   Pengeluaran lochea hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah (lochea rubra). Hari ke-4 sampai ke-7 postpartum berwarna kecoklatan (sanguinolenta). Hari ke-7 sampai ke-14 berwarna kuning

kecoklatan (lochea serosa). Dan selama 2 sampai 6 minggu berwarna putih (lochea alba). (Ambarwati,2010;hal.78-79).

2) Perineum

Perhatikan adanya tanda-tanda infeksi ada odema atau tidak, ada hematoma tau tidak, bekas luka episiotomy atau robekan,hecting atau tidak. (Ambarwati,Wulandari,2015;hal.141)

B. Analisa.

Ny.X Umur 20-35 tahun P≤4A0 dalam masa nifas 6 jam fisiologis.(Ambarwati,2010;hal.141)

D. Pelaksanaan

1. 6 jam postpartum

a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
b. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan untuk memulihkan tenaganya.Menjelaskan pada ibu akibat kurang istirahat akan mengurangi produksi ASI dan akan memperbanyak perdarahan yang akan menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
c. Melakukan hubungan antara bayi baru lahir.
d. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan keluarga perawatan luka perineum dan cara mencegah perdarahan masa nifas
e. menganjurkan ibu untuk banyak makan-makanan yang bergizi terutama yang banyak mengandug protein sperti telur, ikan, dan

daging-dagingan juga menganjurkan ibu untuk banyak minum agar asinya lancar

f. diberikan terapi vitamin A 1 tablet (200.000 UI)Sf (250 mg) 1x1, Amoxcilin (500 mg) 3x1, asam mefenamat (500 mg) 3x1.

Evaluasi hasil asuhan kebidanan Nifas:

1) Ibu sudah dapat melakukan mobilisasi dini.
2) Locherubra.
3) TFU 2 jari diatas pusat
4) Kontraksi uterus baik.

2. Pelaksanaan 6 hari postpartum

Tanggal : ..... Jam : .....

Data Subyektif	Ibu mengatakan tidak ada keluhan,ibu sudah bisa merawat bayinya meski masih dengan bantuan. 1. Pola kebiasaan sehari-hari a. Pola menyusui Menyusui bayi tidak sesuai dengan jadwalnya (ondemand), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhan nutrisinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam (Ambarwati,Wulandari,2010;hal.14) b. Personal Hygiene Ibu dianjurkan untuk membersihkan daerah vulva dan perinal dibersihkan dari arah depan

	kebelakang dengan menggunakan sabun dan air. Mengganti pembalut minimal 2x per hari. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.12) c. Pola Istirahat Menganjurkan ibu untuk istirahat dengan cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Memberitahu kepada ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur (Ambarwati,Wulandari,2010;hal.107-108) d. Pola Nutrisi Ibu menyusui, dianjurkan mengkonsumsi 500 kalori tambahan tiap hari. Makan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter setip hari. Minum pil zat besi yang harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari(1 hari 1 tablet) pacabersalun dan vitamin A (200.000 unit), yaitu 100.000 unit diminum pada saat segera setelah lahir, dan 100.000 unit kedua diminum setelah 24 jam pemberian vitamin A pertama (Marmi, 2015;h. 135-136). e. Pola eliminasi BAK : Urine biasanya berlebih (poliurie) antara hari

	kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebbihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan (Ambarwati,Wulandari,2010;hal.81). BAB : Biasanya 2-3 hari postpartummasih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat (Ambarwati,Wulandari,2010;hal.106). Data Psikologis :Pada fase takinghold berlangsung dalam 3 sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal ini perlu diperhatikan antara lain komunikasi dengan baik, dukungan moril, penkes tentang perawatan diri dan bayinya. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.26)
Data Obyektif	1. Tanda – Tanda Vital a. Tekanan Darah Pada melahirkan secara normal, tekanan darah,biasanya tidak berubah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic 60-80 mmHg.(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20) b. Nadi

	Kembali normal dalam beberapa jam setelah melahirkan, denyut nadi yang melebihi 100x per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20) c. Suhu Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan tubuh maupun kelelahan. Suhu kembali normal dan stabil dalam 24 jam setelah melahirkan. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.19) 2. Pemeriksaan obstetri a. Mamae Mamae yang normal bentuknya simetris atau tidak,putting susu menonjol atau tidak, dan sudah ada pengeluaran ASI. (Ambarwati,Wulandari, 2010;hal.78) b. Abdomen TFU :waktu involusi uteri 7 hari tinggi fundusuteri pertengahan pusat sampai simfisis, berat uterus 500 gram.(Ambarwati,Wulandari, 2010;hal.77) c. Genetalia

	1) Vagina: vagina mengalami penekananserta pergangguan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugea. Rugea akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke. (Ambarwati,Wulandari, 2010;hal.77) Pada hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum, lochea yang dikeluarkan berwarna merah kecoklatan dan berlendir (locheasanguinolenta). (Ambarwati,Wulandari,2010;h.78). 2) Perineum: Perhatikan adanya tanda-tanda infeksi ada odema atau tidak, ada hematoma tau tidak, bekas luka episiotomi atau robekan,hecting atau tidak. (Ambarwati,Wulandari,2015;hal.141)
Analisa	Ny.X Umur 20-35 tahun P≤4A0 dalam masa nifas 6 hari fisiologis.
Pelaksanaan	1. Memastikan involusio uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak berbau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi

	3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Ambarwati,Wulandari,2010;hal.119) 6. Menberitahu ibu tentang manfaat pemberian ASI yang mengandung banyak bahan yang dibutuhkan bayi,mudah di cerna,memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap minum dan hemat biaya. 7. Memberikan konseling tentang perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama bagian putting, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila putting susu lecet oleskan kolosrum atau ASI pada sekitar putting setiap saat menyusu.(Marmi,2017;hal.184)

3. Pelaksanaan 2 minggu postpartum

Tanggal : ..... Jam : .....

Data Subyektif	A. ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu sudah dapat merawat bayinya dan melakukan aktifitas sehari-hari biasanya. Selain itu jahitan pada jalan lahir ibu juga sudah kering

	B. Pola kebiasaan sehari-hari : 1. Pola Menyusui Menyusui bayi secara tidak dijadwalkan (ondemand), karena bayi akan menemtukan sendiri kebutuhannya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5–7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam (Ambarwati,2010;h.14). 2. Personal Hygiene Ibu dianjurkan untuk membersihkan daerah vulva dan perinal dibersihkan dari arah depan kebelakang dengan menggunakan sabun dan air. Mengganti pembalut minimal 2x per hari. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.12) 3. Pola Istirahat Menganjurkan ibu untuk istirahat dengan cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Memberitahu kepada ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur (Ambarwati,2010;h.107-108) 4. Pola eliminasi BAK : Urine biasanya berlebih (poliurie) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebbihan cairan sebagai akibat retensi air dalam

	kehamilan (Ambarwati, 2010;hal.81). BAB : Biasanya 2-3 hari postpartum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat (Ambarwati, 2010;hal.106). C. Data Psikologis Fase Letting Go (10 hari) yaitu fase dimana ibu sudah menerima tanggung jawab akan peran barunya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat. (Ambarwati,2010;h.89).
DATA OBYEKTIF	a. TekananDarah Pada melahirkansecara normal, tekanan darah, biasanya tidak berubah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic 60-80 mmHg. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20) b. Nadi Kembali normal dalam beberapa jam setelah melahirkan, denyut nadi yang melebihi 100x per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20)

	c. Suhu Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan tubuh maupun kelelahan. Suhu kembali normal dan stabildalam 24 jam setelah melahirkan. (Handayani,Pujiastuti,2016;hal.19) 1. Pemeriksaan obstetri a. Mamae Mamae yang normal bentuknya simetris atau tidak,putting susu menonjol atau tidak, dan sudah ada pengeluaran ASI.(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.20) b. Abdomen TFU :menyatakan waktu involusi uteri 14 hari tinggi fundusuteri sudah tidak teraba, berat uterus 350 gram. (Ambarwati & Wulandari, 2010; h.77) c. Genetalia 1. Vagina: vagina mengalami penekanansertapergangguan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugea. Rugea akan terlihat

	kembali pada sekitar minggu ke. (Ambarwati &Wulandari, 2010; h.77) 2. Perineum: Perhatikan adanya tanda-tanda infeksi ada odema atau tidak, ada hematoma tau tidak, bekas luka episiotomy atau robekan, hecting atau tidak.(Ambarwati,Wulandari,2015;hal.141)
ANALISA	Ny. X Umur 20-35 tahun P≤4A0 dalam masa nifas 2 minggu fisiologis.
PENATALAKSANAAN	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal. Pada ibu nifas 2 minggu, tinggi fundus uterus sudah tidak teraba. (Ambarwati dan Wulandari,2010;hal.76). 2. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat (Handayani dan Pujiastuti, 2016; hal.4) 3. Mengajarkan cara asuhan bayi, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Handayani dan Pujiastuti. 2016;hal.4) 4. Memberikan konseling bahwa senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukan jari ke dalam vagina. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Kemenkes RI, 2013;hal.52) 5. Memastikan ibu tidak mengalami komplikasi masa nifas yaitu perdarahan pervaginam, infeksi masa nifas, demam, muntah dan rasa sakit waktu berkemih; kehilangan nafsu makan dalam masa lama, rasa sakit, merah, lunak dan

	pembengkakan di kaki (thromboplebitis), merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri (Marmi, 2015; h. 161-168) 6. Memberikan Konseling tentang KB pasca persalinan.(Handayani,Pujiastuti,2016;hal.115)

D. TINJAUAN TEORI KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

A.Bayi Baru Lahir Usia 6 Jam

1. Identitas Pasien

   Menurut Marmi dan Rahardjo (2015;hal.87), identitas merupakan alat pengenal bayi agar tidak tertukar.

2. Data Subyektif

   a. Riwayat Kehamilan

      Menurut Marmi dan Rahardjo (2018;hal.49) menyatakan lamanya masa gestasi untuk tiap neonatus sangat penting karena faktor maturasi bayi sangat berpengaruh pada morbiditas dan mortalitas perinatal, serta penting untuk penatalaksanaan tiap neonatus.

   b. Riwayat Persalinan

      Kategori bayi baru lahir cukup bulan jika usia getasi 37-42 minggu dan bayi kurang bulan jika masa getasi kurang dari 37 minggu. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.2)

   c. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

      1) Pola Nutrisi

Menurut Marmi dan Rahardjo (2018;hal.73) bayi menyusu sesuai dengan keinginan atau kebutuhannya setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), dan bayi dapat menyusu 12-15 kali dalam 24 jam.

Pada penelitian yang dilakukan oleh siti zaenab,emaalasiry,irfanidris dengan judul " Pengaruh Pemberian Asi Eksklusif Terhadap Pertumbuhan Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari" didapatkan sample bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pada pertumbuhan bayi yang diberi ASI eksklusif dengan bayi yang non ASI Eksklusif dengan nilai $p > 0.05$ dan nilai rerata ASI eksklusif lebih besar daripada non ASI Eksklusif yang berarti bahwa pertumbuhan pada bayi yang diberikan ASI Eksklusif lebih baik dari pada yang tidak diberikan ASI Eksklusif.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Menurut Marmi dan Rahardjo (2018;hal.48,76-77) Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir dan disebut dengan mekonium.Mekonium harus keluar dalam 24 jam pertama, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Biasanya berwarna hitam kehijauan dan lengket seperti aspal.

b) BAK

Bayi baru dalam 24 pertamabayidapat BAK dengan volume 20-30 ml/hari (Marmi,Rahardjo,2018;hal.69). Jika urine pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Urine haruskeluardalam 24 jam pertama, bila tidak harusdiperhatikan kemungkinanadanya obstruksi saluran kencing.(Marmi,Rahardjo,2018;hal.48,80).

3) Pola Istirahat dan Tidur

Dalam 2minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari (Marmi,Rahardjo, 2018;hal.81).

4) Pola Hygiene

Bayi baru lahir dimandikan setelah minimal 6 jam dan suhu stabil. Selanjutnya bayi dimandikan 2 kali sehari, dengan menggunakan air hangat. Rambut boleh dikeramas setiap kali mandi, dengan segera mengeringkan setiap kali selesai mandi dan segera disusui, agar bayi tidak kedinginan.(Arfiana,Lusiana2016;hal.7)

3. Data Obyektif

a. Keadaan Umum

1) Menangis

Dalam keadaan normal tangis bayi terdengar keras dan nada sedang, jika terjadi kelainan suara bayi akan terdengar nada tinggi dan lemah (Marmi,Rahardjo,2018;hal.101).

2) Warna Kulit

Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup (Marmi,Rahardjo,2018;hal.8).

3) Pernapasan

Pernapasan normal 40-60x / menit, tidakada*wheezing* dan ronki. (Dewi,Vivian Nanny Lia,2010;hal.24)

4) Suhu.

Bayi cukup bulan yang normal dan sehat serta tertutup pakaian hangat akan mampu mempertahankan suhu tubuhnya 36,5^{0}C – 37,5^{0}C,jika suhu lingkungan dipertahankan 18-21^{0}C ,nutrisi/ASI) yang cukup dan gerakannya tidak terhambat oleh bedong yang ketat(Arfiana,LusianaArum,2016;hal.15).

5) Denyut Jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal antara 120-160 kali permenit. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.8).

b. Antropometri

1) Berat Badan

Berat badan BBL normal adalah 2500 - 4000 gram. (Arfiana,Lusiana,2016;hal.2)

2) Panjang Badan

Menurut Arfiana & Lusiana (2016;hal.37) panjang badan pada bayi baru lahir normalnya 48-50 cm.Cara mengukur panjang badan yaitu dilakukan dengan meletakkan bayi ditempat datar

dan diukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki atau badan bayi diluruskan.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.55).

3) Lingkar Kepala

Menurut Arfiana & Lusiana (2016;hal.38) lingkar kepala normalnya yaitu33-35 cm. Dan cara pengukuran lingkar kepala dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali lagi kedahi (Marmi,Rahardjo,2018;hal.55).

4) Lingkar Dada

Lingkar dada yang normal pada bayi baru lahir yaitu 30 – 38 cm, cara pengukuran lingkar dada yaitu dilakukan dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu) (Marmi,Rahardjo,2018;hal.8,55).

5) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Lingkar lengan atas normal 11cm, dilakukan pemriksaan dengan tujuan untuk menilai keadaan gizi dan tumbuh kembang. (Arfiana,Lusiana,2016;hal.39).

c. Status Present

1) Kepala

Pada kelahiran spontan letak kepala, sering terlihat tulang tumpang tindih yang disebut moulding atau molase, molase yang normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun dapat diraba.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.56).

2) Mata

Jumlah mata 2, posisi atau letak mata normal, tidak ada sekret pada mata, dan konjungtivitis.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.56,57)

3) Telinga

Pemeriksaan telinga dapat mengetahui kelinan daun atau bentuk telinga. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.47).

4) Hidung

Bentuk dan lebar hidung normal, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Tidak ada pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukan adanya gangguan pernafasan (Marmi,Rahardjo,2018;hal.57).

5) Mulut

Dapat dinilai apakah bayi; labioskisis, labioynatopalatoskis, tooth-buds.(Marmi,Rahardjo,2018;hal.47).

6) Leher

Leher simetris pergerakannya baik.Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher (Marmi,Rahardjo,2018;hal.57).

7) Dada

Gerakan dada simetrissaat bernapas. Pada pernafasan yang normal dinding dada abdomen akan bergerak secara

bersamaan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris, payudara dapat tampak membesar tapi ini normal.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.58).

8) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.58)

Keadaan tali pusat 6 jam yaitu tali pusat masih basah dan terbungkus kassa steril.

Menurut penelitian yang dilakukan Reni, Dian Puspita,dkk dengan judul "Perbedaan Perawatan Tali Pusat Terbuka dan Kasa Kering dengan Lama Pelepasan Tali Pusat Pada Bayi Baru Lahir "Perawatan tali pusat terbuka ialah perawatan tali pusat yang tidak diberikan perlakuan apapun. Tali pusat dibiarkan terbuka, tidak diberikan kasa kering maupun antiseptic lainnya. Pelepasan tali pusat dengan bantuan udara. Perawatan terbuka akan membantu pengeringan tali pusat lebih cepat karena pada tali pusat terdapat Jeli Wharton yang banyak mengandung air yang jika terkena udara akan berubah strukturnya dan secara fisiologis berubah fungsi menjadi padat dan mengeklem tali pusat secara otomatis sehingga menyebabkan aliran darah pada pembuluh darah didalam sisa

tali pusat terhambat atau bahkan tidak mengalirlagi yang membuat tali pusat kering dan layu yang kemudian sisa tali pusat akan terlepas. Paparan udara menyebabkan penguapan pada kandungan air dalam Jeli Wharton dan pembuluh darah, sehingga kandungan air berkurang bahkan menghilang. Tali pusat mengalami mumifikasi kemudian mengering dan mengalami perubahan morfologi yang membuatnya cepat terlepas dari umbilicus bayi.

9) Genitalia

a. Perempuan

Pada bayi perempuan cukup bulan, labiamayora menutupi labiaminora.Lubanguretra terpisah dengan lubang vagina. Terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu(*withdrawl bedding*)

b. Laki-laki

Pada bayi laki-laki, panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm, terdapat lubang uretra, terdapat skrotum dengan jumlah testis dua.(Marmi,Rahardjo,2018;hal.59).

10) Punggung

Observasi apakah ada spina bifida,pinolidal sinus ,dan sacral dimple. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.48).

11) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani,kaji posisinya

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.59).

12) Ekstremitas

a) Atas

Kedua lengan sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah. Jumlah jari lengkap, tidak ada *polidaktili* atau *sidaktili*. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.58).

b) Bawah

Tungkai dan kaki simetris, kedua tungkai bisa bergerak bebas. Tidak ada *polidaktili* atau *sidaktili* pada jari kaki. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.59).

13) Reflek

a) *Rooting* (reflek mencari)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya (Marmi,Rahardjo,2018;hal.71).

b) *Sucking* (reflek menghisap) dan Swallowing (reflek menelan)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul

isapan yang kuat dan cepat. Dilihat waktu bayi menyusu (Marmi,Rahardjo,2018;hal.70-71).

c) *PalmarGrasp* (reflek menggenggam)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar dengan sedikit tekanan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan tinjunya (Marmi,Rahardjo,2018;hal.71).

d) Moro

Timbulnya pergerakan tangan dan tungkai yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakan atau dikejutkan dengan cara bertepuk. Fungsi: menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya . (Marmi,Rahardjo,2018;hal.71).

e) Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

(Marmi,Rahardjo,2018;hal.71).

a. Analisa

Bayi Ny. X usia 6 jam, fisiologis.

b. Penatalaksanaan

Menurut Marmi (2018;hal.87), penatalaksanaan untuk bayi baru lahir usia 6 jam yaitu:

1) Mengamati pernafasan, warna, dan aktivitas.
2) Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan membungkus tubuh bayi dengan kain kering hangat dan menutup kepala bayi. Serta menghindari memandikan bayi minimal sampai 6 jam dan hanya jika tidak terdapat masalah medis serta suhu tubuh bayi $36,5^0$ C atau lebih.
3) Melakukan pemeriksaan fisik bayi, melihat dan rasakan tiap-tiap daerah mulai dari kepala sampai jari-jari kaki, jika ada faktor resiko dan masalah minta bantuan lebih lanjut/ dirujuk jika diperlukan.
4) Perawatan pada tali pusat dilakukan dengan tidak membubuhkan apapun pada tali pusat atau dengan cara perawatan kering terbuka, dan bisa juga mengoleskan ASI dan dibiarkanterbuka. (Arfiana,Lusiana,2016;hal.7)
5) Memberikansuntikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K, bayi perlu diberikan vitamin K parenteral dengan dosis 0,5–1 mg. (Marmi,2018;hal.87)
6) Melakukan konseling tali pusat, membiarkan tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya menggunakan air bersih. (Dewi,Vivian Nanny Lia,2010;hal.30)
7) Imunisasi

Menurut Buku Ajar KIA (2015hal 101) bayi diberikan imunisasi hepatitis B satu jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 6,5 ml intramuskuler dipaha kanan anterolateral. Imunisasi Hb0 untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi.

8) Memberikan konseling mengenai pemberian ASI yang baik dan benar. ASI diberikan sesering mungkn atau jika bayi mau. (Rukiyah,2012;hal.89). Memberikan bayi salep mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1% atau antibiotika lain). (Kemenkes RI,2013; h.47)

B. Bayi Baru Lahir Usia 6 Hari

Nama :

Tangga/ Jam :

Tempat :

Data Subyektif	1) Pola Nutrisi Bayi menyusu sesuai dengan kebutuhannya yaitu setiap 2-3 jam atau paling sedikit setiap 4 jam, sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam (Marmi dan Rahardjo, 2018;h.73)**.** 2) Eliminasi a) BAB Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya sepertiter/aspallembek. Umumnya di 4 atau 5 minggu pertama dalam sehari frekuensi BAB bias lebih dari 5 atau 6x, tidak masalah selama pertumbuhannya bagus. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.76)

	b) BAK Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7-10x sehari. Umunya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15-16 ml/kg/hari. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.80) 3) Pola Istirahat dan Tidur Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, dan bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari (Marmi,Rahardjo,2018;hal.81).
Data Objektif	1) Pemeriksaan Fisik Vital Sign a. Nadi : Denyut jantung bayi normal antara 120-160 kali permenit. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.8). b. Pernapasan : Pernapasan normal 40-60x / menit, tidak ada *wheezing* dan ronki. (Dewi,Vivian Nanny Lia,2010;hal.24) c. Suhu : Bayi cukup bulan yang normal dan sehat serta tertutup pakaian hangat akan mampu mempertahankan suhu tubuhnya $36,5^0$C – $37,5^0$C,jika suhu lingkungan dipertahankan 18-21^0C ,nutrisi/ASI) yang cukup dan gerakannya tidak terhambat oleh bedong yang ketat(Arfiana,LusianaArum,2016;hal.15). Menurut Kemenkes RI (2016), dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik. Penurunan

	berat badan maksimal 10 % dari berat badan lahir. 2) Abdomen sisa tali pusat akan segera lepas pada minggu pertama.
Analisa	BayiNy.X usia 6 hari, fisiologis**.**
Pelaksanaan	1) Memberikan ibu pendidikan kesehatan tentang pemberian ASI. Menyusui bayi setiap 2-3 jam secara bergantian dari keduapayudara. Bayi akan menyusu sesuai dengan permintaannya dan dapat menyusu sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam (Marmi dan Rahardjo,2018; h.73). 2) Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat, dengan memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu, mengganti pakaian bayi jika basah dan bungkus dengan selimut yang kering dan bersih (Rukiyah, 2012;h. 64). 3) Mendeteksi tanda bahaya pada bayi seperti, (1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/menit, (2) terlalu hangat (>38^{0}C) atau terlalu dingin (<36^{0}C), (3) Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar, (4) Isapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah dan mengantuk berlebih, (5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), berbau busuk,dan berdarah, (6) Tidak BAB dalam 3 hari atau tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah (8) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.(Dewi,Vivian Nanny

	Lia,2010;hal.29).

C. Bayi Baru Lahir Usia 2 Minggu

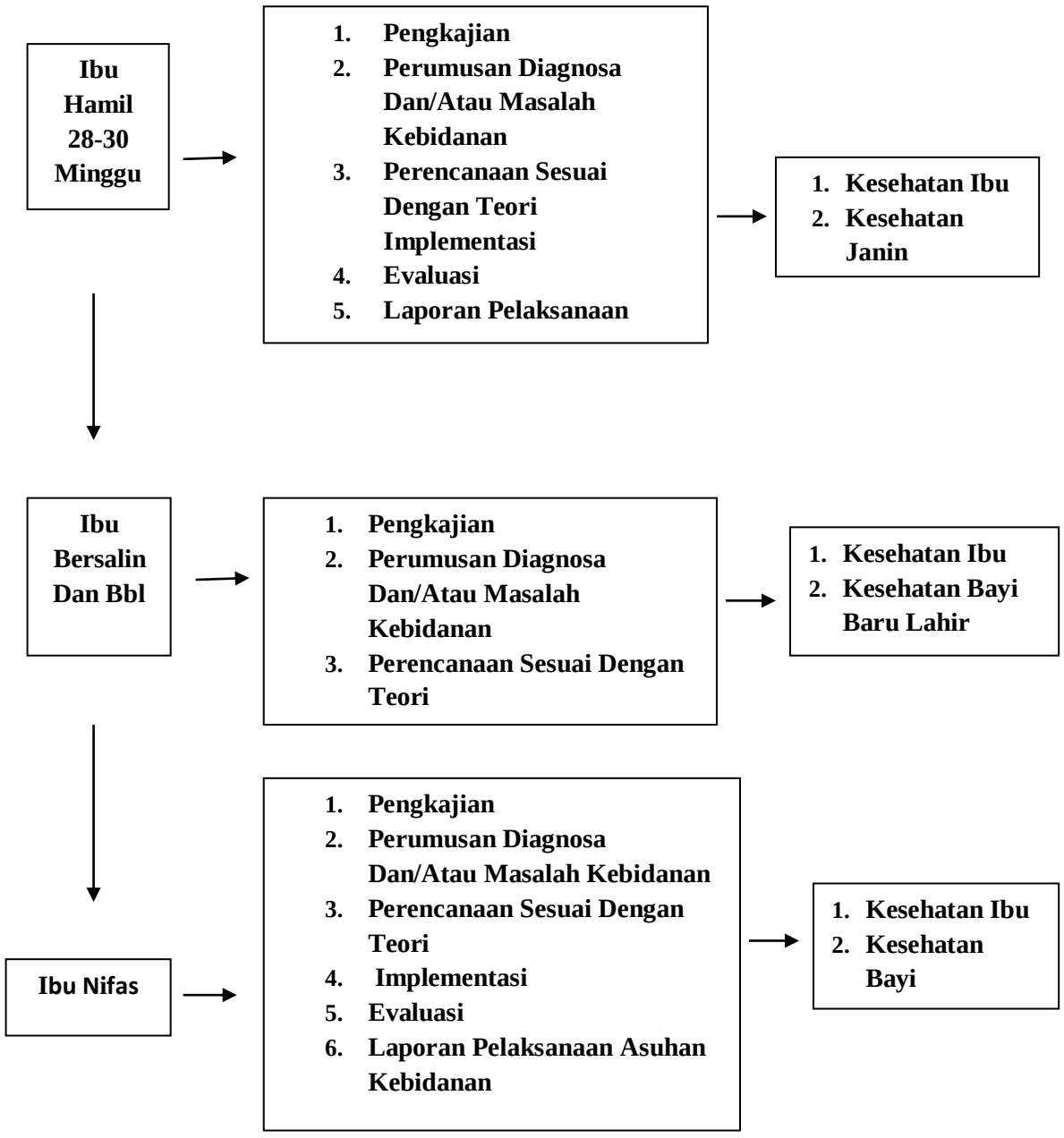
Tanggal : ..... Jam :.....

Data Subyektif	1. Pola Nutrisi Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam). Seorang bayi yang menyusu sesuai permintaannya bisa menyusu sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam. Frekuensi enyusui itu dapat diatur sedemikian rupadengan membuat jadwal rutin , sehingga bayi akan menyusu sekitar 5-10 kali sehari. (Marmi,Rahardjo,2018;hal. 73) 2. Eliminasi c) BAB Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya seperti teraspal lembek. Umumnya di 4 atau 5 minggu pertama dalam sehari frekuensi BAB bias lebih dari 5 atau 6x, tidak masalah selama pertumbuhan nya bagus. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.76) d) BAK Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7-10x sehari. Umunya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15-16ml/kg/hari.(Marmi,Rahardjo,2018;hal.80).

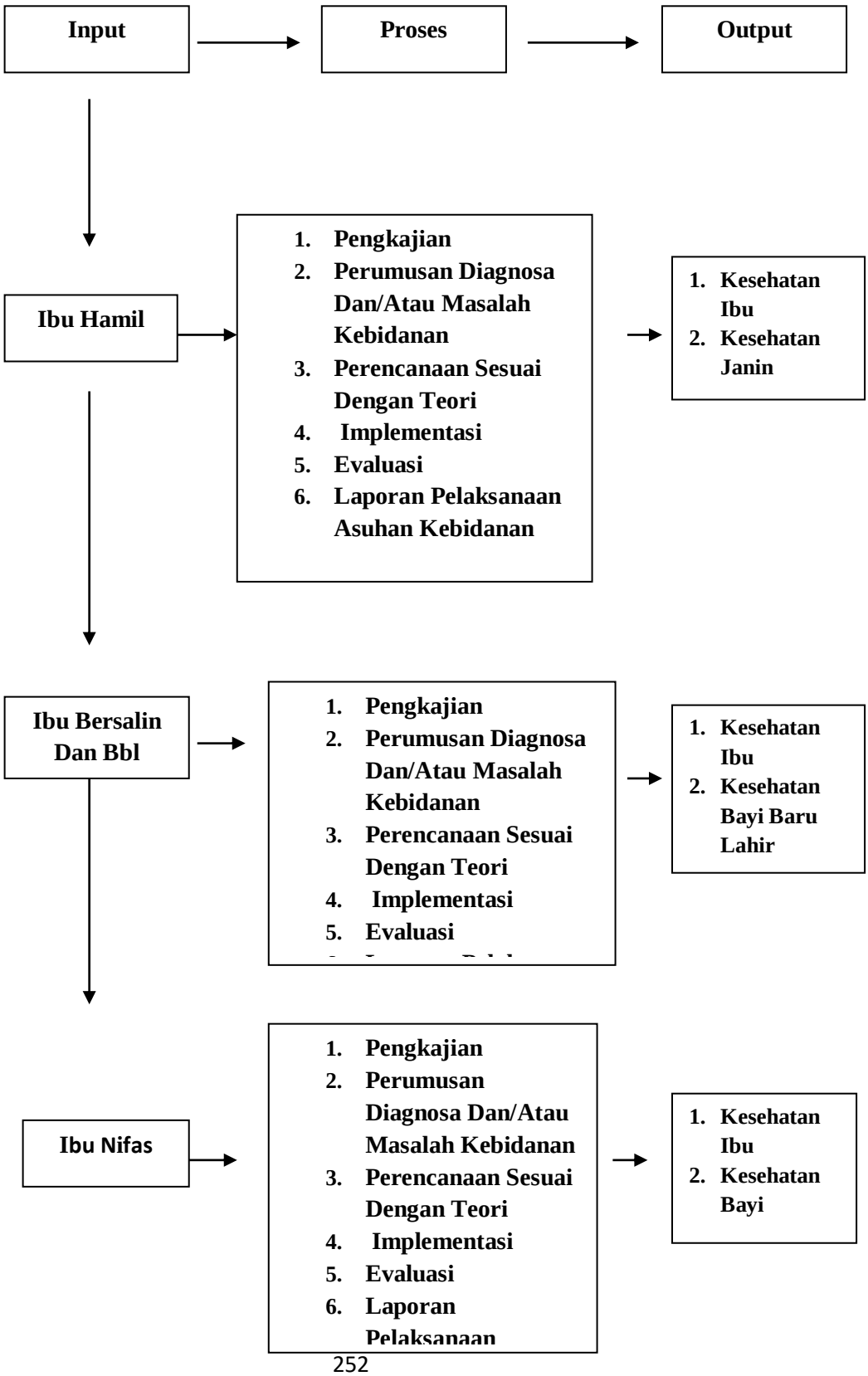
	3. Pola Istirahat dan Tidur Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, dan bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari (Marmi,Rahardjo,2018;hal.81).
Data Obyektif	1) Pemeriksaan Fisik Vital Sign a. Nadi : Denyut jantung bayi normal antara 120-160 kali permenit. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.8). b. Pernapasan : Pernapasan normal 40-60x / menit, tidakada*wheezing* dan ronki. (Dewi,Vivian Nanny Lia,2010;hal.24) c. Suhu : Bayi cukup bulan yang normal dan sehat serta tertutup pakaian hangat akan mampu mempertahankan suhu tubuhnya 36,5^{0}C – 37,5^{0}C,jika suhu lingkungan dipertahankan 18-21^{0}C ,nutrisi/ASI) yang cukup dan gerakannya tidak terhambat oleh bedong yang ketat(Arfiana,LusianaArum,2016;hal.15).
ANALISA	BayiNy.X usia 2 minggu, fisiologis.
PENATALAKSANAAN	1. Melakukanpengkajian atau pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan anak meliputi; Pemeriksaan fisik, pengukuran fisiologis (tanda-tanda vital), penampilan umum, faktor-faktor yang mempengaruhipertumbuhan dan perkembangan anak. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.89) 2. Memberikan konseling tentang kebersihan kulit yang meliputi:

	muka, pantat,memandikan bayi dengan air hangat, gunakan sabun yang bisa untuk keramas sekaligus, keringkan bayi dengan cara membungkus dengan handuk kering, jika tali pusat sudah puput bersihkan liang pusar dengan cottonbud yang telah diberi minyak telon, usapkan minyak telon atau minyak kayu putih di dada dan perut bayi sambil dipijatlembut, pakaikan baju ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.82-83) 3. Memberikan penkes tentang perawatan bayi. Beberapa hal yang menjadi bagian merawat bayi meliputi, menjaga kuku bayi agar tetap pendek, kuku dipotong setiap 3 atau 4 hari sekali agar tidak menyebabkan lecet pada mulut atau kulit bayi. Lalu bayi dibiasakan keluar selama 1 atau 2 jam sehari bila udara baik, hal ini agar bayi terbiasa dengan sinar matahari namun hindari pancaran langsung dengan pandangannya. (Marmi,Rahardjo,2018;hal.105) 4. Memberikann penkes tentang pentingnya mengimunisasi anaknya mulai dari BCG dan polio 1 hingga MR lanjutan 5. Menganjurkan ibu melakukan pemeriksaan secara rutin, bayi yang sehat akan mengalami penambahan berat badan setiap bulannya.(Marmi,Rahardjo,2018;hal.106)

A. KERANGKA TEORITIS



B. KERANGAKA KONSEP



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode merupakan cara yang digunakan untuk meneliti sesuatu sehinggadapat diambil kesimpulan. Metode adalah cara utama yang digunakan untukmencapai suatu tujuan. Metode penelitian adalah suatu metode dalam menelitistatus kelompok manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiranataupun suatu kelas pemikiran. Menurut Sugiyono (2013, hlm. 3) bahwa metode penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu.

Jenis karya tulis ini adalah kualitatif deskriptif dengan rancangan studi kasus. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan strategi penelitian studi kasus atau disebut dengan CSR (Case Study Research). Penelitian kualitatif yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan cara menekankan pada suatu aspek atau pembahasan tertentu secara mendalam yang biasanya berupa bentuk deskriptif kata atau kalimat yang sudah disusun secara terstruktur dan sistematis (Ibrahim, 2015).

B. Lokasi Penelitian

Lokasi pemberian asuhan kepada Ny.E bertempat di PMB Tri Utami Sari S.SiT yang berada di Jl. Borobudur Utara IV No.26 RT03/RW.04, Manyaran, Semarang Barat. Dimana Ny.A tinggal bersama

suami di Jl. Wologito Barat IX RT.06/RW O5. Waktu yang digunakan untuk studi kasus ini pada bulan April sampai Juni 2021.

C. Subjek Penelitian

Sumber data adalah subjek darimana asal data pengkajian itudiperoleh. Subjek yang digunakan dalam Studi Kasus dengan Manajemen Asuhan Kebidanan ini adalah Ny.A GIPIA0 hamil normal usia 37 minggu3 hari umur 27 tahun, pendidikan terakhir SMA, ibu rumah tangga, islam,suku Jawa, alamat Wologito Barat IX RT.06/RW O5 di wilayah kerjaPMB Tri Utami Sari S.SiT kemudian diikuti sampai ibu nifas.

D. Pengumpulan Data

Sumber data dalam penelitian adalah subjek dari mana data dapat diperoleh. Peneliti menggunakan kuosioner atau wawancara dalam pengumpulan datanya, maka sumber data disebut responden. Peneliti menggunakan teknik observasi, maka sumber datanya bisa berupa benda, gerak, atau proses sesuatu (Arikunto, 2013:h.172).

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang digunakan peneliti untuk mengungkap atau menjaring informasi kuantitatif dari responden sesuai lingkup penelitian. Data berdasarkan cara memperoleh dibagi menjadi 2 yaitu data primer dan data sekunder (Riwidikdo,2013)

Sumber data dalam penelitian adalah subjek dari mana data dapat diperoleh. Peneliti menggunakan kuosioner atau wawancara dalam pengumpulan datanya, maka sumber data disebut responden. Peneliti

menggunakan teknik observasi, maka sumber datanya bisa berupa benda, gerak, atau proses sesuatu (Arikunto, 2013:h.172).

c. Data primer

Yaitu materi atau kumpulan fakta yang dikumpulkan sendiri oleh penelitian langsung pada saat penelitian dilakukan. Data primer pada penelitian ini diperoleh dari pengkajian langsung dengan ibu untuk mendapatkan data subyektif pada ibu hamil yaitu meliputi identitas (nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat), keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat obstetri (riwayat haid, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu), riwayat perkawinan, riwayat KB, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, data psikososial, budaya dan spiritual serta data pengetahuan. Pada ibu bersalin meliputi keluhan utama, gejala persalinan, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari terakhir sebelum persalinan, tingkat pengetahuan. Pada ibu nifas meliputi keluhan utama, riwayat persalinan sekarang, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah persalinan, data psikososial, data pengetahuan. Sedangkan pada bayi baru lahir data subyektif dapat dilakukan dengananamnesa dengan orang tua yang meliputi identitas bayi, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Data obyektif pada ibu hamil meliputi pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan umum (keadaan umum, tanda-tanda vital, penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, LILA), pemeriksaan present

(headto toe) dan pemeriksaan obstetri (inspeksi, palpasi, auskultasi), serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan urine, darah). Pada ibu bersalin meliputi pemeriksaan umum (keadaan umum, kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital), pemeriksaan status obstetrik (inspeksi, palpasi, auskultasi), pemeriksaan dalam (VT). Selanjutnya pemeriksaan fisik pada ibu nifas meliputi pemeriksaan umum (keadaan umum dan kesadaran, tanda-tanda vital, penimbangan berat badan), pemeriksaan status present, status obstetri. Sedangkan pada bayi baru lahir meliputi pemeriksaan umum (tanda-tanda vital, pengukuran antopometri), keadaan bayi (menangis, warna kulit), status present, refleks pada bayi.

d. Data Sekunder

Yaitu data yang berasaldaripihaklain. Data sekunder pada penelitian ini didapatkan dari data yang sudah ada sebelumnya, yaitu buku KIA dan data register yang dimiliki oleh bidan atau Puskesmas, dimanadidalam buku KIA tersebut terdapat riwayat pemeriksaan sebelumnya, seperti riwayat ANC sebelumnya, riwayat kehamilan, nifas, dan persalinan yang lalu, riwayat KB, sehingga peneliti bisa mengetahui bagaimana keadaan ibu sebelumnya.

2. Prosedur Pengumpulan Data

a. Wawancara

Digunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan

orang tersebut (facetoface). Data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Notoatmodjo, 2012: h.139).

Pada penelitian ini dilakukan wawancara untuk memperoleh data subjektifyang meliputi identitas pasien, riwayat kesehatan, riwayat obstetrik (riwayat haid, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu, riwayat perkawinan), riwayat KB, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, data psikososial, budaya dan spiritual serta data pengetahuan dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

b. Observasi (Pengamatan)

Menurut Notoadmojo (2018). Pengamatan atau observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Observasi bukan hanya sekedar mengunjungi disertai kearifan jiwa atau perhatian khusus dan melakukan pencatatan – pencatatan.

Observasi penelitian ini dilakukan dengan menanyakan keluhan ibu, melakukan pemeriksaan fisik selama hamil, bersalin, nifas sampai penggunaan KB dan pemeriksaan bayinya saat ibu melakukan kunjungan atau saat kunjungan rumah.

c. Dokumentasi

Metode pengumpulan data dengan mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, dan film dokumenter (Hidayat, 2014: h.90).

Pada penelitian ini dilakukan analisa dokumen atau data yang berhubungan dengan kondisi ibu seperti buku (ilmu kebidanan, kehamilan, persalinan, nifas, KB, dan BBL), jurnal ilmiah (misalnya penelitian tentang pengaruh penyakit sifilis pada kehamilan, pengaruh waktu penjepitan tali pusat terhadap kadarhemoglobin neonatus, hubungan antara Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan kontraksi uterus, pengaruh dukungan suami dalam proses persalinan dengan nyeri persalinan, pengaruh dilakukannya IMD dengan suhu tubuh bayi, hubungan tingkat pengetahuan ibu nifas dengan proses penyembuhan luka perineum, hubungan IMD dengan involusiouteri, hubungan frekuensi dan lama menyusu dengan perubahan berat badan neonatus, pengaruh perawatan tali pusat dengan tehnik kasa kering steril dan kasa alkohol 70% terhadap pelepasan tali pusat pada bayi baru lahir), maupun buku KIA yang dimiliki ibu (tentang riwayat ANC sebelumnya) sehingga dokumen tersebut dapat membantu dalam penegakan diagnosa dan rencana penatalaksanaan selanjutnya.

E. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang sangat penting, disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa dan belum siap

untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data. Data sebagai hasil dari penelitian, dibagi menjadi 2 jenis yaitu Data kualitatif dan Data kuantitatif. Data kualitatif yaitu data yang berhubungan dengan kategorisasi, karakteristik atau sifat variabel atau hasil pengklasifikasian atau penggolongan suatu data. Sedangkan Data kuantitatif yaitu data yang berhubungan dengan angka-angka, baik yang diperoleh dengan jalan mengubah data kualitatif ke dalam data kuantitatif. Langkah-langkah pengolahan tergantung pada bentuk instrumen atau kuesioner yang digunakan untuk mengumpulkan data, apakah kuesioner terbuka (*open ended*), atau terstruktur (*closedended*). (Notoatmodjo, 2012:h. 171-172).

F. Analisis Data

Laporan tugas akhir ditulis berdasarkan laporan kasus asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas dengan menggunakan jenis metode penelitian studi penelaah kasus. Studi penelaah kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui sesuatu kasus yangterdiri dari satu unit tunggal, unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan kasus itu sendiri. Laporan tugas akhir ini adalah Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. A di wilayah kerja PMB Tri Utami Sari S.SiT Semarang dengan manejemen 7 langkah vernay dan data perkembangan SOAP.

Menganalis data tidak sekadar mendeskripsikan dan menginterpretasikan data yang telah diolah. Keluaran akhir dari analisis data harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut. Interpretasi data dari sisi yang sempit hanya sebatas pada masalah penelitian yang akan dijawab melalui data yang diperoleh. Sedangkan dari sisi yang lebih luas, interpretasi data berarti mencari makna data hasil penelitian dengan cara tidak hanya menjelaskan hasil penelitian tersebut, tetapi juga melakukan inferensi atau generalisasi dari data yang diperoleh melalui penelitian. Tujuan dilakukan analisis data adalah untuk memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian, membuktikan hipotesis-hipotesis penelitian yang telah dirumuskan, memperoleh kesimpulan secara umum dari penelitian yang merupakan kontribusi dalam pengembangan ilmu yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012: h.180)

G. Teknik Analisis data

Teknik analisis data merupakan cara menganalisis data penelitian, termasuk alat - alat statistik yang relevan untuk digunakan dalam penelitian.Ada beberapa tahap penelitian yang akan dilakukan dalam menyelesaikan penelitian ini, diantaranya yaitu:

1. Tahap Persiapan

   Tahap persiapan dimulai dengan perumusan masalah, menentukan variabel, melakukan studi kepustakaan untuk mendapatkan gambaran dan landasan teori yang tepat,

menentukan, menyusun dan menyiapkan alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian ini yang kemudian dilakukan pengecekkan oleh pembimbing terlebih dahulu.

2. Tahap Pelaksanaan

   Penelitian Dalam tahap ini lokasi ditentukan dan menyelesaikan perizinan penelitian, menentukan jumlah sampel, melakukan pengumpulan data dengan alat ukur yang sudah dipersiapkan.

3. Tahap Pengolahan Data

   a. Penelitian melakukan skoring terhadap hasil skala yang telah diisi oleh responden.
   b. Menghitung dan membuat tabulasi data yang diperoleh. Kemudian membuat tabel data.
   c. Melakukan analisa data dengan metode statistik.
   d. Membuat kesimpulan dan laporan akhir penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

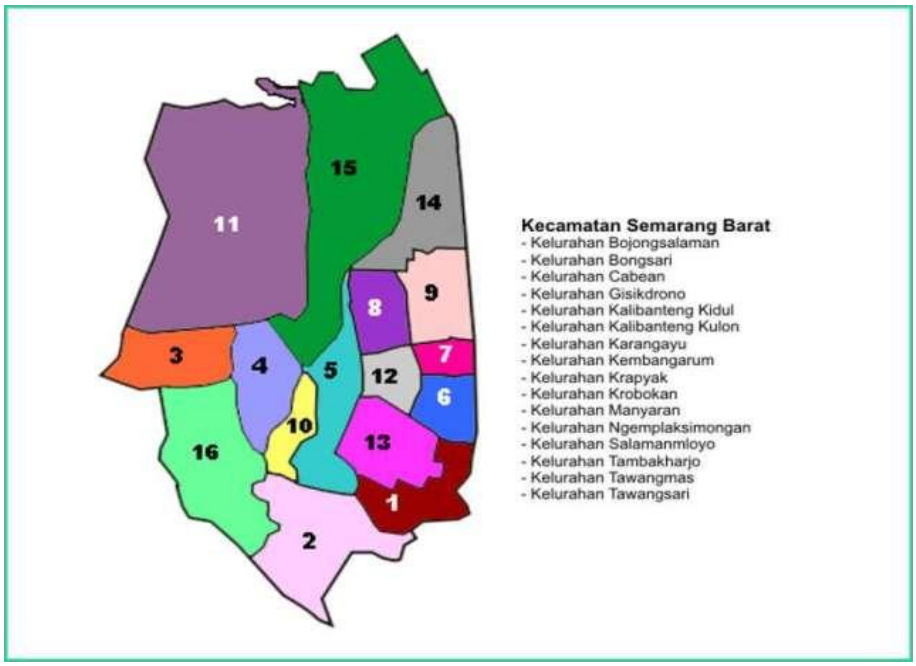
Gambaran Umum Objek Penelitian

Gambar 3.2

Peta Kecamatan Kota Semarang

https://jagad.id/peta-kota-semarang-sejarah-dan-letak-lokasi-geografis/

(diakses pada 24 juni 2021)



Penelitian dilakukan di daerah kecamatan Semarang Barat kelurahan Manyaran, Secara geografis, Semarang terletak antara 6 50’ – 7 10’ Lintang Selatan dan garis 109 35’ – 110 50’ Bujur Timur, dengan batas-batas sebelah Utara dengan Laut Jawa, sebelah Timur dengan Kabupaten Demak, sebelah Barat dengan Kabupaten Kendal, dan sebelah Selatan dengan Kabupaten Semarang. Suhu

Udara berkisar antara 20-30 Celcius dan suhu rata-rata27 Celcius. Kota Semarang memiliki Luas 373,70 km atau 37.366.836 Ha terdiri dari 16 kecamatan dan 117 kelurahan. Penduduknya sangat heterogen terdiri dari campuran beberapa etnis, Jawa, Cina, Arab dan Keturunan. Juga etnis lain dari beberapa daerah di Indonesia yang datang di Semarang untuk berusaha, menuntut ilmu maupun menetap selamanya di Semarang. Mayoritas penduduk memeluk agama Islam, kemudian berikutnya adalah Kristen, Katholik, Hindu dan Budha. Mata pencaharian penduduk beraneka ragam, terdiri dari pedagang, pegawai pemerintah, pekerjaan pabrik dan petani.

Desa ini berada di daerah Semarang Bagian barat yang berbatasan langsung sebelah utara yaitu : kel.gisikdrono, kel. Kalibanteng kidul, sebelah selatan yaitu : kec.ngaliyan dan kel.kalipancur, sebelah barat yaitu kel.kembangarum dan kec. Ngaliyan, serta di daerah timur berbatasan langsung dengan kel. Ngemplak simongan. Memiliki 1 kelurahan, 11 buah RT, dan 99 buah RW, dengan luas keseluruhan wilayah ±150 H.

A. Hasil Dan Pembahasan

1. Hasil

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Tanggal pengkajian : 25 mei 2021
Jam : 16.37 WIB
Tempat pengkajian : PMB Tri Utami Sari S.S.iT

1. Data Subyektif (Identitas)

a. Nama pasien : Ny. A
Umur : 28 tahun
Agama : islam
Suku bangsa : jawa/Indonesia
Pendidikan : Perguruan tinggi
Pekerjaan : Swasta
Alamat :Jl.Gedongsongo Barat 01/02
No. Tlp : 085 877132xx
No. Register : A-032

b. Nama penanggung jawab : Tn. W
Umur : 31 tahun
Agama : islam
Suku bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : perguruan tinggi
Pekerjaan : swasta
Alamat :Jl.Gedongsongo Barat 01/02
No. Tlp : -

1. Alasan datang :
   ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya
2. Keluhan utama :
   Ibu mengatakan dan ibu gelisah dengan keadannya saat ini
3. Riwayat kesehatan :
   a. Riwayat kesehatan lalu
      Ibu mengatakan bahwa dahulu ibu tidak pernah menderita penyakit menurun, menahun, dan menular seperti Diabetes Melitus, Hipertensi,

Hepatitis, Asma, Jantung, Infeksi Menular seksual (IMS)

b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan bahwa sekarang ibu tidak sedang menderita penyakit menurun, menahun, dan menular seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, Hepatitis, Asma, Jantung, Infeksi Menular seksual (IMS)

c. Riwayat kesehatan keluarga

d. Ibu mengatakan bahwa dahulu dan sekarang keluarga ibu tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit menurun, menahun, dan menular seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, Hepatitis, Asma, Jantung, Infeksi Menular seksual (IMS)

4. Riwayat perkawinan :
   a. Status perkawinan : SAH
   b. Nikah x : 1x
   c. Lama perkawinan : 2 tahun
   d. Umur waktu menikah : 26 tahun
   e. Dengan suami umur : 29 tahun
5. Riwayat obstetrik
   a. Riwayat menstruasi

Menarche	: usia 12 tahun
Siklus	: ± 32 hari
Teratur/tidak	: teratur
Lama haid	: ± 6-7 hari
Jumlah	: 3-4x ganti pembalut/hari
Sifat darah	: encer
Bau	: amis, khas
Desminorrhea	: tidak

Flour albus : tidak

Contact bleeding : tidak

HPHT : 08 september 2020

b. Riwayat hamil, persalinan, nifas yang lalu

Hamil ini

c. Riwayat kehamilan sekarang

Hamil ke: 1 bersalin ke:0 abortus ke:0

Usia kehamilan : 36^{+5} minggu

HPHT : 8 september 2020

HPL : 15 juni 2021

BB sebelum hamil : 50kg

Periksa ANC Sebelumnya di: bidan berapa kali? 3x

UK	KELUHAN	TERAPI	ANJURAN
8mgg	mual	anelat 1x1 Vit B6B12 1x1	Makan porsi sedikit tapi sering
18mgg	Tidak ada keluhan	Sf 1x1 Kalk 1x1	ANC terpadu d puskesmas
26mgg	Tidak ada keluhan	Sf 1x1 Kalk 1x1	Perubahan pada trimester ll tanda bahaya tm ll

Suntik TT :3x

Tanggal :

TT_1 : sebelum menikah (capeng) tanggal 5/03/2019

TT_2 : 1 bulan setelah TT_1, tanggal 8/04/2019

TT_3 : 6 bulan sesudah TT_2, tanggal 03/11/2019

Obat-obatan yang di konsumsi :

Ibu mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan apapun kecuali vitamin tambah darah berupa tablet fe dengan dosis 20 tablet yang dimnum 1x sehari diberi dari bidan

Gerakan janin pertama : 4 bulan

Gerakan janin sekarang : kuat

Kebiasaan ibu/keluarga yang berpengaruh ngatif terhadap kehamilannya :

Ibu mengatakan bahwa tidak ada kebiasaan dari ibu ataupun keluarga yang brpengaruh negatif terhadap kehamilannya

d. Riwayat KB

Kontrasepsi yang pernah dipakai: belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

Lamanya memakai kontrasepsi: tidak ada

Alasan berhenti : tidak ada

Rencana yang akan datang setelah melahirkan : sedang di diskusikan dengan suami

6. Pola kebiasaaan sehari-hari (sebelum dan selama hamil)

kebutuhan	Tm ll	Tm lll
Pola Nutrisi	Makan 3x/hr Porsi sedikit tapi sering Jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah-buahan. Keluhan makan tidak ada Minum 5-6 gelas air putih/hr	Makan 3x/hr Porsi sedikit tapi sering Jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah-buahan. Keluhan makan tidak ada Minum 5-6 gelas air putih/hr

Pola eliminasi	BAB 2 hari 1x tidak konstipasi tidak ada keluhan BAK 6x/hari jernih tidak ada keluhan	BAB 2 hari 1x tidak konstipasi tidak ada keluhan BAK 6x/hari jernih tidak ada keluhan
Pola istirahat	Sehari tidur : 7 jam malam 6 jam Siang 1jam Kebiasaan tidur : miring	Sehari tidur : 7 jam malam 6 jam Siang 1jam Kebiasaan tidur : miring
Pola aktivitas	kegiatan rumah sudah mulai dibantu dengan suami, masih bekerja namun sudah mengambil cuti untuk persiapan persalinan	kegiatan rumah sudah mulai dibantu dengan suami, masih bekerja namun sudah mengambil cuti untuk persiapan persalinan
Pola hubungan seksual	2x/mnggu tidak ada keluhan	Belum melakukan hubungan seksual
Personal hygine	Mandi 2x/hari Keramas 2x/hari Sikat gigi 2x/hari Ganti pakaian 2-3x/hari	Mandi 2x/hari Keramas 2x/hari Sikat gigi 2x/hari Ganti pakaian 2-3x/hari

7. Riwayat psikososial, spiritual, ekonomi
    a. Respon ibu terhadap kehamilan

Ibu mengatakan bahwa ibu sangat bahagia, dan sedang menantikan kelahiran anaknya

b. Respon keluarga terhadap kehamilan

Ibu mengatakan bahwa keluarga sangat bahagia dengan kehamilan ibu dan mendukungnya

c. Pengambil keputusan dalam keluarga

suami

d. Ketaatan dalam beribadah

Ibu mengatakan bahwa ibu melaksanakan sholat 5 waktu

e. Lingkungan yang berpengaruh

- Tinggal dengan suami
- Punya hewan peliharaan tidak ada
- Cara pengolahan daging (dimasak >30menit) ya

f. Rencana persalinan:

Ibu mengatakan ingin melakukan persalinan di bidan, dan di tolong oleh bidan, alat transportasi yang digunakan adalah grabcar, persiapan dana sudah di siapkan

8. Pengetahuan ibu (tentang kebutuhan saat ini)

Ibu mengatakan sudah mengetahui apa saja tanda bahaya pada trimester 3, dan sudah mengetahui apa saja yang perlu dipersiapkan ketika menjelang persalinan

A. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum
   a. Keadaan umum: ibu tampak gelisah
   b. Kesadaran : composmentis
   c. Tanda-tanda vital
      - TD : 121/81mmHg

- Nadi : 83x/menit
- Suhu : 36, 3 c
- RR : 20x/menit

d. TB : 155 cm

e. BB : 60 kg

2. Status present

a. Kepala :

bersih, rambut tidak lepek, tidak lembab, tidak rontok, tidak ada benjolan yang abnormal

b. Muka :

Bersih, simetris, terlihat adanya cloasma gravidaum, tidak pucat

c. Mata :

Bersih, tidak anemia, tidak ada kelainan pada mata, bentuk simetris, tidak kuning(ikterik)

d. Hidung :

bersih, tidak ada kotoran dalam hidung, tidak ada polip, dan tidak ada sinus

e. Telinga :

Bersih, simetris, tidal ada serumen, tidak ada benjolan amnormal

f. Mulut :

Bersih, tidak nampak pucat, tidak ada sariawan tidak ada karies gigi

g. Leher

Pembesaran kelenjar tyroid : tidak ada

Pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

Pembesaran vena jugularis : tidak ada

h. Dada (pernapaan)

Simetris

Adakah benjolan ; tidak ada

i. Abdomen

Pembesaran sesuai usia kehamilan : ya, perut membesar sesuai usia kehamilan, adanya striae gravidarum

Bekas operasi : tidak ada

j. Genetalia

Kebersihan : bersih

Flour albus : tidak ada

Kelainan :tidak ada

k. Ekstermitas

Oedema : tidak ada

Varises : tidak ada

Reflek patela : (+kanan), (+kiri)

Tungkai : ya

Sianosis : tidak

Akral : dingin?: tidak

Turgor kulit : kemerahan lembab

l. Punggung : tidak ada kelainan bentuk tulang belakang, tidak ada benjolan abnormal

m. Anus : tidak ada hemoroid

3. Status obstetrik

a. Inspeksi

Muka : bersih, tidak oedema, tidak nampak pucat , tidak ada cloasma gravdarum

Mamae : pengencangan payudara, areola menghitam, ASI belum keluar

Abdomen : pembesaran sesuai usia kehamilan, terdapat linea nigra , adanya striae gravidarum

Palpasi :

LeopoId I :

TFU 3 jari dibawah px, pada bagian atas perut ibu teraba satu bagian besar dan lunak

LeopoId II :

Pada bagian sisi kiri perut ibu teraba satu bagian keras , dan memanjang seperti papan dan terasa adanya tahanan, sedangkan bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin

LeopoId III :

Pada bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras, dan masih dapat digoyangkan

LeopoId 1V :

Posisi konvergen

TBJ : (30 cm – 12) 155gr : 2.790 gram

b. Auskultasi

DJJ : 138x/menit

Punctum maksimum :PUKI

4. Pemeriksaan penunjang :

Tanggal : 1 desember 2020

HB : 10.7 gr/%

Golda : O^+

HbsAg : non reaktif

HiV : non reaktif

Siphilis : non reaktif

Proten urine : negatif (-)

Urine reduksi : negatif (-)

DATA PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN KEHAMILAN I

Hari/tanggal : 25 mei 2021

Waktu : 16.37 WIB

Tempat pengkajian : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan bahwa nama ibu Ny.A 2. Ibu mengatakan Usia 28 tahun 3. Ibu mengatakan ini adalah	1. Pemeriksaan umum a. Keadaan umum: Baik b. Kesadaran: composmentis c. TTV : TD: 121/81mmHg Nadi: 83x/menit Suhu : 36, 3 c RR: 20x/menit	1. NY. A G1P0A0 umur 28 Tahun hamil 36^{+5} Minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, letak memanjang, PUKI, preskep,	16.37	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu mengenai kondisi dirinya dan bayinya a. Keadaan umum: Baik b. Kesadaran: composmentis c. TTV : TD: 121/81mmHg Nadi: 83x/menit Suhu : 36, 3 c RR: 20x/menit

hamil pertamanya belum pernah keguguran 4. Ibu mengatakan hari pertama haid tanggal 08 september 2020 5. Ibu mengatakan nyeri pinggang sudah 2 hari yang lalu	d. TB:155 cm e. BB: 60 kg f. LLA : 26cm g. DJJ:138x/menit 2. Pemeriksaan fisik : dalam batas normal 3. Pemeriksaan obstetrik a. Inspeksi Muka: bersih, tidak oedema, tidak nampak pucat , tidak ada cloasma gravdarum Mamae : pengencangan payudara, areola menghitam, ASI belum keluar Abdomen :	kovergen, fisiologis 2. Masalah : Ibu mengatakan nyeri pinggang sejak 2 hari yang lalu Kebutuhan : Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang senam hamil trimester 3	16.41	d. TB:155 cm e. BB: 60 kg f. LLA : 26cm g. DJJ:138x/menit Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemiksaan 2. Memberitahu ibu ketidaknyamananyang dirasakan yaitu nyeri punggung, hal itu adalah normal terjadi pada ibu hamil trimester 3, hal tersebut terjadi karena semakin besar perut ibu dengan usia kandungannya maka semakin besar pula beban yang harus di topang ibu. Dan cara mengatasinya yaitu menganjurkan ibu untuk melakukan kegiatan fisik seperti jalan2 pada pagi hari, makan & minum, dan tidur

	pembesaran sesuai usia kehamilan, terdapat linea nigra , adanya striae gravidarum b. Palpasi : LeopoId I : TFU 3 jari dibawah px, pada bagian atas perut ibu teraba satu bagian besar dan lunak (bokong bayi) LeopoId II : Pada bagian sisi kiri perut ibu teraba satu bagian keras , dan memanjang seperti papan dan	16.45 16.50	dengan posisi miring ke kiri. dan menganjurkan ibu untuk mengikuti kelas senam ibu hamil trimester III pada tanggal 26 mei 2021 Evaluasi : Ibu sudah mengerti dan paham bahwa keluhan nyeri punggung ibu itu merupakan hal yang normal yang terjadi pada trimester III dan ibu sudah mengetahui tentang senam hamil ibu pada trimester III dan ibu siap mengikuti senam hamil yang dianjurkan 3. Memotivasi ibu untuk tetap tenang, tidak perlu khawatir dengan keluhan yang dirasakan. Evaluasi : Ibu sudah tidak khawatir dengan keluhan yang dirasakan

	terasa adanya tahanan (punggung bayi), sedangkan bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstermitas bayi) LeopoId III : Pada bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras, dan masih dapat digoyangkan (kepala bayi) LeopoId 1V: Posisi konvergen TBJ: (30cm–11) 155gr: 1.675 gram TFU : 30 cm	16.55 16.58	4. Memberitahu ibu tanda bahaya Trimester III seperti : perdarahan, tidak ada pergerakan janin, DJJ tidak terdeteksi, detak jantung bayi semakin cepat ataupun lambat, berat badan ibu tidak bertambah, perut tidak membesar sesuai usia kehamilan, kondisi kesehatan ibu semakin menurun. Evaluasi : Ibu sudah mengetahui tanda bahaya pada trimester III dan siap mengantisipasi apabila terjadi 5. Memberi tahu ibu tanda-tanda persalinan semakin dekat, seperti : kenceng-kenceng semakin sering, keluarnya lendir bercampur darah, ketuban pecah evaluasi :

	HPL : 15 juni 2021 c. Auskultasi DJJ: 138x/menit Punctum maksimum : sebelah kiri perut ibu 2 jari dibawah pusat d. Perkusi: reflek patella : +/+ e. HB : 10.7 gr/% Golda : O^+ HbsAg : non reaktif HiV : non reaktif Siphilis : non reaktif Proten urine: negatif (-) Urine reduksi: negatif (-)	17.00 17.10	ibu sudah mengetahui apa saja tanda tanda persalinan semakin dekat 6. Memberitahu ibu yang di dampingi suami tentang persiapan untuk persalinan yaitu : tempat persalinan, penolong persalinan, pendamping saat persalinan, penanggung jawab, persiapan ibu dan bayi, alat transportasi, biaya persalinan, dan pendonor darah Evaluasi : Ibu akan mulai mempersiapkan dan membicarakan hal tersebut dengan suaminya 7. Memberikan ibu terapi obat Fe (10 tablet) 1x1 diminum setiap mau tidur agar ibu tidak terasa mual dianjurkan dengan air jeruk atau air putih, tidak boleh diminum dengan

		17.14	air susu, teh ataupun kopi Evaluasi : Ibu mengatakan akan meminum obat tambah darah tersebut dengan cara deperti biasanya 8. Menjadwalkan kunjungan ibu kembali yaitu 1 minggu lagi untuk kontrol kehamilannya atau apabila ada keluhan. Evaluasi : Ibu bersedia untuk datang periksa lagi 2 minggu kedepan atau apabila ibu ada keluhan 9. Mencatat hasil pemeriksaan pada buku KIA dan buku kunjungan ibu hamil Evaluasi : Seluruh data dan hasil pemeriksaan sudah tercacat di buku KIA ibu dan

di rekam medis pasien

DATA PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN KEHAMILAN II

Hari/tanggal : 05 juni 2021

Waktu : 18.25 WIB

Tempat pengkajian : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan perutnya mulai terasa kencang-kencang, dari perut menjalar	1. Pemeriksaan umum a. Keadaan umum: Baik b. Kesadaran: composmentis c. TTV : TD: 110/80mmHg	3. NY. A G1P0A0 umur 28 Tahun hamil 38^{+3} Minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin,	18.25	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu mengenai kondisi diri dan bayinya yaitu dalam keadaan baik, yaitu TD : 110/80 mmHg, S : $36,5^0$C, N : 80 x/ menit, DJJ : 142 x/ menit UK : 38^{+3} minggu Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan ibu dan bayinya

ke pinggang bagian bawah, akan tetapi masih hilang timbul-hilang timbul, dengan jarak waktu yang lama. Dan ibu mengatakan nyeri punggungnya sudah dapat teratasi setelah mengikuti kelas senam hamil yang telah dianjurkan dan	Nadi: 8x/menit Suhu : 36, 5˚c RR: 20x/menit d. TB:155 cm e. BB: 60.5 kg f. LLA : 26cm g. DJJ:138x/menit 2. Pemeriksaan fisik : dalam batas normal 3. Pemeriksaan obstetrik a. Inspeksi Muka : tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum Mamae: puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat	letak memanjang, PUKI, preskep, divergen, fisiologis 4. Masalah : Ibu mengatakan kencang kencang yang hilang timbul dengan jarak waktu yang lama Kebutuhan : Memberikan pendidikan kesehatan tentang teknik	18.32 18.40	bahwa keadaanya baik 2. Menjelaskan pada ibu kencang-kencang yang di rasakan ibu merupakan tanda-tanda persalinan palsu yaitu yang sering disebut kontraksi braxton hick, jadi tidak masalah. Dan mengajarkan teknik pernafasan yang benar apabila kontraksi dirasakan Evaluasi : Ibu terlihat lega ibu dapat mempraktikkan cara pernafasan yang benar 3. Menganjurkan ibu untuk datang ke tenaga kesehatan saat kenceng-kenceng ibu sudah mulai sering, atau keluar lendir disertai darah dan ketuban pecah, karena merupakan tanda-tanda mau bersalin. Evaluasi : Ibu mengatakan bersedia untuk ketenaga kesehatan ketika nanti kenceng-kenceng ibu makin sering, keluar lendir darah ataupun ketuban pecah 4. Memberitahu ibu jika, ibu

mempraktikan nya dirumah	b. Palpasi Leopold I : TFU 2 jari dibawah px, teraba 1 bagian bulat,lunak,tidak melenting (bokong bayi) Leopold II : Kanan : teraba 1 bagian panjang seperti papan, keras, dan ada tahanan (punggung bayi) Kiri : teraba bagian-bagian kecil terputus-putus (ekstermitas bayi) Leopold III: teraba 1 bagian bulat, keras, tidak dapat di goyangkan. (kepala bayi) Leopold IV: posisi divergen 4/5 bagian TFU : 32 cm TBJ : (32cm-12) x 155= 3.100gr	relaksasi nafas	18.45 18.50	belum bersalin, maka ibu harus datang ke tenaga kesehatan 1 minggu lagi untuk kontrol atau apabila ibu ada keluhan Evaluasi : Ibu mengatakan bersedia untuk datang 1 minggu lagi jika ibu belum bersalin 5. Mencatat hasil pemeriksaan pada buku KIA dan buku kunjungan ibu hamil Evaluasi : Seluruh data dan hasil pemeriksaan sudah tercacat di buku KIA ibu dan di rekam medis pasien

	c. Auskultasi DJJ: 142 x/menit Punctum maksimum : 1 bagian kanan bawah pusat d. Inspeksi Muka: bersih, tidak oedema, tidak nampak pucat , tidak ada cloasma gravdarum Mamae : pengencangan payudara, areola menghitam, ASI belum keluar Abdomen : pembesaran sesuai usia kehamilan, terdapat linea nigra , adanya striae gravidarum e. Perkusi: reflek patella : +/+ f. Pemersaan penunjang : HB : 13,9 gr% pada tanggal 9 mei 2021	

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

Tanggal pengkajian : Jumat, 11 juni 2021
Jam : 08.45 WIB
Tempat pengkajian : PMB Tri Utami Sari S.S.iT

1. Data Subyektif

a. Alasan Datang :

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan apakah sudah waktunya Bersalin

b. Keluhan Utama :

Ibu mengatakan kencang-kencang sejak pukul 15.00 WIB, Tanggal 10 juni 2021, Kenceng-kencengsemakin lama semakinkuat dan nyeripinggangbagianbelakangmenjalarkeperutbagianbawah. Ibu mengeluarkan lender darah pada pukul 13.30 WIB, dan belum mengeluarkan cairan ketuban.

c. Tanda – Tanda Persalinan

a) Kontraksi :sering, teratur, kuat
b) Frekuensi :semakinsering, 3x/10’/25’’
c) Lokasi ketidaknyamanan :dari perut bagian bawah yang menjalar ke punggung
d) PPV : lendirdarah pada pukul 13.30 WIB

d. Pola Pemenuhan Kebutuhan Terakhir

a) Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan terakhir tanggal 10 juni 2021 pukul 17.00 WIB terdiri dari nasi, sayur dan lauk. Dan ibu minum terakhir tanggal 10 juni 2021 pukul 19.30 WIB terdiri dari air putih.

b) Pola eliminasi

Ibu mengatakan buang air besar terakhir tanggal 10 juni 2021 pukul 05.00 WIB, berwarna kuning kecoklatan dan keras. Ibu

juga mengatakan jika ibu buang air kecil terakhir tanggal 10 juni 2021 pukul 19.00 WIB, warnanya jernih kekuningan, baunya khas tidak ada keluhan.

c) Pola aktifitas

Ibu mengatakan aktifitas terakhir yang ibu lakukan adalah mengerjakan pekerjaan rumah tangga yaitu menyapu.

d) Pola istirahat

Ibu mengatakan istirahat dan tidur terakhir ibu tanggal 10 juni 2021 pukul 11.00 hingga pukul 14.00 WIB

e) Pola hygiene

Ibu mengatakan mandi terakhir tanggal 10 juni 2021 pukul 16.00 WIB, gosok gigi, juga keramas. Ganti baju terakhir pukul 16.00 WIB.

e. Data Psikososial Dan Spiritual

Ibu mengatakan kelahiran bayi sangat diharapkan oleh ibu, suami dan keluarga. Semua turut berperan membantu ibu dalam mengurus bayinya. Hubungan ibu, suami, keluarga dengan tetangga baik, saat ibu mengetahui sudah melahirkan semua turut menjenguk ibu dan mendoakan untuk kesehatan ibu dan bayinya. Selama masih keluar darah ibu belum menjalankan sholat.

f. Data Pengetahuan :

Ibu mengatakan sudah mengetahui tanda-tanda persalinan, namun ibu belum mengetahui bagaimana cara mengurangi nyeri saat kontraksi

2. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik	Tensi : 110/70 mmHg
Kesadaran : composmentis	Nadi : 80x/ menit
BB sebelum/selama : 54/ 60 kg	Suhu/T : $36,6^0$ C
TB : 148 cm	RR : 20 x/ menit
LILA : 24 cm	

b. Status present

Kepala : bentuk mesochepal, tidakadabenjolan,rambut berwarna hitam, rambut tidak mudah rontok,tidak ada lesi

Mata : bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : bersih, tidak ada secret, tidak ada polip

Mulut : bersih, bibir warna merah kecoklatan, gigi bersih

Telinga : bersih, tidak ada serumen.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidakadapembengkakan vena jugularis

Dada :simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Perut : tidak ada luka bekas operasi.

Vulva :bersih, ppv (+) lendir darah

Punggung : tidak ada kelainan tulang belakang.

Ekstremitas :

Atas : tidak oedema, kuku bersih, turgor kulit dan kapiler refil baik

Bawah : tidak ada oedema, tidak ada varices, kuku bersih,turgor kulit dan kapiler refil baik, reflek patela (+/+)

Anus : bersih, tidak ada hemoroid

c. Status obstetric

a. Inspeksi :

Muka : tidak oedema, tidakadacloasma gravidarum

Mamae : payudara membesar dan tegang, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat

Vulva : tidak ada varises, tidak ada tanda tanda PMS, ada pengeluaran pervaginam berupa lendir darah

b. Palpasi

Payudara : tidak terdapat massa abnormal, adanya nyeri tekan, adanya pengeluaran colostrum

Abdomen :

Leopold I : 2 jari dibawah px, teraba 1 bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong bayi)

Leopold II :Kiri : teraba bagian 1 panjang seperti papan, keras, dan ada tahanan. (punggung bayi)

Kanan : teraba bagian-bagian kecil terputus-putus (ekstermitas bayi)

Leopold III : teraba 1 bagian bulat, keras, melenting tidakbisa di goyangkan

Leopold IV : posisi tangan divergen

Perlimaan : 2/5

TFU : 32 cm

TBJ : (32-12)155= 3100gr

HPL : 15 juni 2021

Auskultasi

DJJ : 138 x/menit

Punctum maksimum : 1 bagian kanan bawah pusat

c. Perkusi :

Reflek patela kanan kiri (+/+)

d. Pemeriksaan dalam

Tanggal/jam : 10 juni 2021 / 20.00 WIB

Atas indikasi : untuk mengetahui apakah ibu sudah Inpartu atau belum.

Hasil :

a) Vulva/vagina : tidak ada massa, tidak oedema, tidak Ada infeksi

b) Servicks : membuka

c) Keadaan : Lunak, tipis

d) Pembukaan : 3 cm,

e) Kulit Ketuban : Utuh, menonjol

f) Moulage : Belum teraba

g) POD : UUK

h) Penurunan bagian terendah : H II, tepi bawah simpisis

i) Lendir darah : (+)

j) Bagian Lain : tidak ada

k) Pemeriksaan penunjang : tidak ada

DATA PERKEMBANGAN PERSALINAN KALA I

Tanggajl/jam : 10 juni 2021 /

Jam : 20.00 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan perutnya terasa kencang-kencang sejak kemarin pukul 15.00 WIB, 2. Ibu mengatakan Kenceng-kenceng dan ibu merasakan nyeri pinggang	1. Pemeriksaan umum a. Keadaan umum : baik b. Kesadaran : composmentis c. BB sebelum dan selama hamil : 50/60kg d. TB : 155kg e. LILA :24cm f. TTV : TD : 110/80 mmHg nadi : 80x/menit suhu : 36,5˚c	Ny.A usia 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu 2 hari janin tunggal, hidup intra uteri, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, divergen, inpartu kala I fase laten Masalah : Ibu merasa cemas karena sakit yang ibu rasakan terus bertambah Kebutuhan : Memberikan support kepada ibu supaya ibu tenang dan mengajarkan ibu teknik relaksasi nafas untuk	20.03 20.10	1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan normal dan sudah masuk pembukaan 3 cm Evaluasi : ibu merasa senang dan gelisah setelah mengetahui hasil pemeriksaan 2. Memberikan support mental dengan mempersilahkan keluarganya untuk mendampingi selama proses persalinan Evaluasi: Suami bersedia untuk mendampingi 3. Berikan minum yang cukup

bagian belakang menjalar ke perut bagian bawah. 3. Ibu mengatakan mengeluarkan lendir darah hari ini pukul 18.00 WIB, dan belum mengeluarkan cairan ketuban. 4. Ibu mengatakan makan terakhir dengan bervariasi menu seperti nasi, lauk, buah, sayur, serta minum terakhir air putih 1 gelas	RR : 20x/menit g. Pemeriksaan fisik dalam batas normal h. Status obstetrik: Inspeksi : Muka : tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum Mamae : puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat Vulva : ada pengeluaran pervaginam berupa	mengurangi rasa sakit yang dirasakan ibu	20.15 20.20 20.25	untuk menghindari dehidrasi. Evaluasi : minuman telah diberikan. 4. Menganjukan ibu untuk untuk memilih posisi sesuai dengan keinginan ibu dan anjukan ibu untuk miring ke kiri, dan menganjurkan ibu untuk jalan-jalan atau bermain gymball untuk mempercepat proses pembukaan Evaluasi : ibu sudah memilih posisi sesuai dengan keinginan, dan ibu sedang berjalan-jalan terkadang main gymball. 5. Ajakan ibu dan keluarga teknik rileksasi yaitu dengan cara menarik nafas dengan hidung lalu buang melalui mulut, lalu ajarkan keluaga untuk melakukan teknik pijat effleurage (pijat punggung) ibu Evaluasi :

penuh pada pukul 18.00 WIB 5. Ibu mengatakan bahwa ibu terakhir BAK pada jam 18.45 WIB dengan konsistensi cair, berwarna jernih, bau khas pengeluaran sekitar 60cc dan BAB tadi pagi pukul 05.00 WIB dengan konsistensi lembek, warna kekuningan, dan bau khas.	lendir darah Palpasi Leopold I : 2 jari dibawah px, teraba 1 bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong bayi) Leopold II : Kanan :teraba bagian 1 panjang seperti papan, keras, dan ada tahanan. (punggung bayi) Kiri : teraba bagian-bagian kecil terputus-putus (ekstermitas bayi) Leopold III : teraba 1 bagian bulat, keras, melenting tidak bisa di	20.30 20.33 20.35 20.40	ibu dan keluarga tau dan dapat melakukan teknik relaksasi dan melakuan pijat effleurage 6. Anjurkan ibu untuk makan dan minum disela sela his supaya ibu tidak kehilangan tenaga atau dehidrasi Evaluasi : ibu mulai minum ketika merasa haus 7. Menganjurkan bu untuk berkemih apabila ibu merasa ingin Bak Evaluasi : iBu akan berkemih apabila terasa ingin Bak 8. Memasang underpad sebagai alas bokong ibu Evaluasi : underpad sudah terpasang 9. menyiapkan partus set hecting set perlengkapan persalinan dan obat-obatan yang dibutuhkan Evaluasi : Alat-alat sudah disiapan 10. Memantau kemajuan

	goyangkan Leopold IV : posisi tangan divergen Perlimaan: 2/5 TFU : 32 cm Auskultasi DJJ : 138 x/menit His : 3 x dalam 10 menit,dengan durasi 30 detik	20.45	persalinan dengan mencatat hasil observasi di dalam partograf dari pukul 20.00 - 03.00 WB Evaluasi : Kemajuan persalinan telah tercatat di dalam partograf terlampir
	i. Pemeriksaan dalam Tanggal/jam: 10 juni 2021 / 20.00 WIB Atas indikasi: untuk mengetahui apakah ibu sudah inpartu atau belum. Hasil : Vulva/vagina :	20.50	11. Melakukan pemeriksaan dalam pada jam 02.00 WIB Evaluasi : Pembukaan : 8 cm Penurunan kepala : hodge 3 Penipisan : 90% KK: (+) PPV : lendir bercampur darah HiS : 3 x dalam 10 menit,dengan durasi 40 detik

	tidak ada massa, tidak oedema, tidak ada infeksi Servicks: Keadaan: Lunak, Pembukaan 3 cm, Kulit Ketubahn: Utuh, menonjol Moulage: Belum teridentifikasi Penurunan bagian terendah : H II, tepi bawah simpisis Bagian Lain : Belum teridentifikasi

DATA PERKEMBANGAN PERSALINAN KALA I

Tanggajl/jam : 11 juni 2021

Jam : 02.02 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengataan encang-encangnya sudah semain sering dan perutnya merasa mules 2. Ibu mengataan bahwa rasanya ingin mengejan	1. Pemeriksaan umum a. Keadaan umum : baik b. Kesadaran : composmentis c. BB selama hamil : 60kg d. TB : 150kg e. LILA :24cm f. TTV : TD : 110/80 mmHg nadi : 80x/menit suhu : 36,5˚c RR : 20x/menit 2. Pemeriksaan fisik dalam batas normal 3. Status obstetrik:	Ny.A usia 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu 2 hari janin tunggal, hidup intra uteri, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, divergen, inpartu kala I fase aktif Masalah : tidak ada Kebutuhan : tidak ada	02.02 02.00	1. Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan bahwa keadaan ibu dan bayi masih sehat dalam batas normal. Serta memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan pembukaan ibu sudah 8 cm Evaluasi : iBu sudah mengetahui keadaan ibu dan bayinya baik baik saja dan ibu sudah mengetahui bahwa ibu sudah pembukaan 8 cm 2. Memberitahu ibu bahwa ibu tidak diperbolehkan mengejan terlebih dahulu karena pembukaan belum lengkap apabila ibu mengejan dapat

Inspeksi : Muka : tidak oedema, tidakadacloasma gravidarum Mamae : puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat Vulva : ada pengeluaran pervaginam berupa lendir darah Palpasi Leopold I : 2 jari dibawah px, teraba 1 bagian bulat, lunak, tidak melenting (bokong bayi)		menyebabkan bengkak pada jalan lahir Evaluasi: iBu bersedia untuk tidak mengejan terlebih dahulu sebelum pembukaan lengkap 3. Menganjukan ibu untuk miring ke kiri supaya mempercepat penurunan kepala bayi evaluasi : ibu bersedia untuk miring ke kiri 4. Anjurkan ibu untuk makan dan minum disela sela his supaya ibu tidak kehilangan tenaga atau dehidrasi Evaluasi : ibu mulai minum ketika merasa haus 5. mengajarkan keluarga untuk melakukan teknik pijat effleurage (pijat punggung) ibu
	02.10	
	02.13	
	02.16	
	02.20	

Leopold II : Kanan :teraba bagian 1 panjang seperti papan, keras, dan ada tahanan. (punggung bayi) Kiri : teraba bagian-bagian kecil terputus-putus (ekstermitas bayi) Leopold III : teraba 1 bagian bulat, keras, melenting tidakbisa di goyangkan (kepala bayi) divergen Leopold IV : Perlimaan: 1/5 TFU : 32 cm Auskultasi DJJ : 140 x/menit His : 3 x dalam 10	02.30	Evaluasi : keluarga dapat melakukan pijat effleurage saat ibu berkontraksi 6. Anjurkan ibu melakuan teknik rileksasi yaitu dengan cara menarik nafas dengan hidung lalu buang melalui mulut, Evaluasi : iBu bersedia untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his 7. Melakukan VT atas indikasi ketuban pecah pukul 02.30 Evaluasi : Sudah dilakukan VT dan hasilnya pembukaan 10 cm/lengkap

menit, dengan durasi 40 detik

g. Pemeriksaan dalam Atasindikasi:4 jam setelah VT 1.
Hasil :
Vulva/vagina :tidakadamassa, tidak oedema, tidakadainfeksi
Servicks:Keadaan: Lunak, Pembukaan 8cm, KulitKetubahn: Utuh, menonjol
Penurunanbagianterendah : Hodge 4,
Penipisan : 90%
KK: (+)
PPV : lendir bercampur darah
HiS : 3 x dalam 10

menit,dengan durasi40
detik
Bagian Lain : Belum
teridentifikasi

DATA PEMANTAUAN KALA I

10/juni/21 20.00	110/70	36^{6}	80	3x/ 10’/25’’	3	II	130
21.00			80	3x/ 10’/30’’			138
22.00			83	3x/ 10’/35’’			138
23.00			80	3x/ 10’/35’’			138
11/juni/21 02.02	110/70	36^{4}	82	3x/ 10’/40’’	8	III	140
02.20			80	3x/ 10’/40’’			143
02.30	100/70	36^{3}	80	3x/ 10’/45’’	10	IV	140
				Hasil : vulva vagina tidakadamassa, tidak oedema, pembukaan 10cm, KK (-), UUK kanandepan,			

	penurunankepala H IV, molase : 0 ,

DATA PERKEMBANGAN

PERSALINAN KALA II

Tanggajl/jam : 11 juni 2021

Jam : 02.35 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakansudah Terasa ingin BAB mengejan dan Ibu merasakan kenceng-kenceng yang makin teratur	1. Perineum menonjol,vulva membuka,tekanan pada anus, dorongan meneran 2. Ketuban pecah pukul 02.30 wib tanggal 11 juni 2021 3. Tanda-Tanda vital : Td : 110/70mmHg,	Ny.A usia 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu 2 hari janin tunggal, hidup intra uteri, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, divergen, inpartu kala II fisiologis Masalah :	02.35	1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap dan meminta keluarga untuk menemani dan memberikan dukungan Evaluasi : Ibu siap mengejan dan keluarga siap mendamping 2. Menganjurkan ibu untuk

	N: 80x/menit, RR : 20x/menit, S: 36,3^{o}C 4. His : 3x/10'/45" 5. Perlimaan: Teraba 0/5 bagian 6. DJJ : (+) 140x/menit pm terdengar 1 bagian pada perut bagian kanan bawah pusat 7. Pemeriksaan dalam Tanggal/jam :11juni 2021/ 02.00 wib Atas indikasi ketuban telah pecah Hasil : vulva/vagina tenang, pembukaan 10 cm, KK (-),ubun-ubun kecil kanan depan, tidak teraba bagian lain, penurunan kepala Hodge IV, molase = 0,	tidak ada Kebutuhan : Tidak ada	02.37 02.40	memilih posisi senyaman mungkin dan memberitahui ibu mengejan saat ada his dan istirahat saat his hilang. Evaluasi : Ibu memilih posisi setengah duduk dan ibu meneran saat ada his dan istirahat jika his hilang 3. Mengajarkan ibu mengejan seperti saat ingin buang air besar, kepala fleksi,dagu menempel pada dada. Evaluasi : Ibu mengejan dengan benar. 4. Memberitahu keluarga untuk memberikan ibu minuman ketika haus agar mencukupi kebutuhan cairan ibu. Evaluasi : Keluarga mau memberikan minuman. 5. Melakukan pertolongan persalinan a. Memimpin meneran saat ada his dan istirahat jika his hilang Evaluasi :

Ibu meneran saat ada his

b. Saat kepala bayi crowning letakan handuk di perut ibu ,letakan kain bersih dibawah bokong ibu untuk pelindung stanen.
   Evaluasi :
   Handuk terpasang
c. Menolong kelahiran bayi
   Evaluasi :
   kEpala Bayi lahir
d. Menahan perineum dengan tangan kanan dan tangan kiri menahan vertex supaya tidak terja di defleksi maksimal.
   Evaluasi :
   Robekan derajat 2
e. Setelah kepala bayi lahir, Mengusap kan kain bersih untuk membersihkan muka janin dari lendir dan darah.
   Evaluasi :
   Bayi sudah bersih
f. Periksa apakah ada lilitan tali pusat dan hasilnya tidak ada lilitan tali pusat pada bayi.

		03.00	Evaluasi : g. Tidak ada lilitan tali pusat pada bayi. h. Setelah terjadi putaran paksi luar kepala janin secara spontan, menempatkan kedua tangan secara biparietal pada kepala bayi dan menarik perlahan-lahan kearah bawah hingga bahu anterior lahir dan menarik keatas untuk melahirkan bahu posterior. Evaluasi : Bahu bayi lahir i. Setelah bahu lahir, pindahkan tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. j. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung

kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telinjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

Evaluasi :

Seluruh badan bayi sudah lahir

k. Setelah bayi lahir lakukan penilaian sepintas dengan sigtuna score, dan hasilnya bayi menangis kuat dan bergerak aktif serta kulit kemerahan. Hasil apgar skor 8/9/10 jenis kelamin laki laki kemudian letakan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan.

Evaluasi :

Bayi lahir spontan, menangis kuat, tidak ada kesulitan nafas, pergerakan aktif, wakrna kulit kemerahan, dan berjenis kelamin laki laki

l. Mengeringkan tubuh bayi

		mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan vermiks, lalu mengganti kain basah dengan kain yang kering dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Evaluasi : Bayi sudah bersih dan kering m. Memastikan tidak ada janin kedua didalam uterus dengan cara memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal. Evaluasi : tidakadajaninkedua Keadaan umum bayi: bayi lahir spontan 11 juni 2021 pukul 03.00 WIB menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki. Keadaan umum ibu :kontraksi baik, perdarahan normal, kesadaran

				composmentis Tidak ada janin kedua

DATA PERKEMBANGAN

PERSALINAN KALA III

Tanggajl/jam : 11 juni 2021

Jam : 03.07 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan merasa lega karena bayinya telah lahir 2. Ibu mengatkan merasa mulas pada perut bagian bawah	Bayi lahir spontan tanggal 11 juni 2021 pukul 03.00 WIB, jenis kelamin laki-laki, hidup, lengkap dan sehat, menangis kuat, kulit kemerahan. TFU ibu teraba 2 jari dibawah	Ny. A usia 28 tahun P_1A_0 dalam inpartu kala III, fisiologis Masalah : Ibu mengatakan perutnya terasa slemet-slemet Kebutuhan :	03.07	1. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin 10 unit IM. Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) menyuntikan oksitosin 10 unit IM

	pusat, kontraksi kuat, perdarahan 50 cc, tali pusat tampak dari vulva, kandung kemih kosong	Memberitahu ibu bahwa keadaan tersebut adalah normal tetap memberi semangat kepada ibu karena bayinya telah lahir	pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Evaluasi : Oksitosin telah disuntikkan pada ibu. 2. Penjepitan tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3cm dari tali pusat bayi kemudian mengurut tali pusat kearah maternal dan memasang klem tali pusat kedua 2 cm dari klem pertama. Evaluasi : Tali klem tali pusat sudah terpasang 3. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut setelah terpotong lalu

ikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
Evaluasi :
Tali pusat sudah dipotong dan sudah di ikat dengan pengikat talli pusat

4. Melakukan kontak kulit ke kulit bayi di dada ibu sedikitnya 1 jam]
   Evaluasi :
   Bayi sudah dilakukan kontak kulit dengan ibu
5. Memindahkan klem (penjepit tali pusat saat kala dua) pada tali pusat sekitar 5-10

cm dari vulva.
Evaluasi :
Klem pada tali pusat telah dipindahkan sekitar 5-10 cm dari vulva.

6. Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut pasien di tepi atas pubis. Meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan talipusat
   Evaluasi :
   tangan kiri sudah berada atas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis,tidak ada janin kedua dan fundus teraba keras
7. Setelah uterus kontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang kiri mendorong uterus ke arah

			belakang dan atas (dorsokranial) secara hati-hati untuk mencegah inversi uterus Evaluasi : tangan kiri posisi dorsokranial dan tangan kanan melakukan PTT. 8. Melakukan penegangan tali pusat dan melakukan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, kemudian meminta pasien untuk meneran pendek-pendek sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian arahkan ke atas mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan

dorsokranial)
Evaluasi :
plasenta sudah terlepas dan mulai tampak dari vulva

9. Saat plasenta sudah terlihat divagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan kemudian putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan.
Evaluasi :
plasenta dan selaputnya telah lahir jam 03.15 WIB pada tanggal 11 juni 2021
plasenta lahir lengkap, panjang + 20 cm, kotiledon lengkap, selaput ketuban utuh, tidak ada tanda abnormalitas
plasenta dan tidak

ada pengapuran.

10. Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir. Meletakan telapak tangan diatas fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi
    Evaluasi : masase sudah dilakukan dengan gerakan melingkar
11. Memastikan kandung kemih kosong
    Evaluasi : kandung kemih masih kosong
12. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, lalu memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan

			plasenta ke dalam kantong plastik dan dimasukan ke dalam tempat plasenta Evaluasi : plasenta lengkap, utuh bersama kotiledon yang berjumlah 18 buah, tebal 2 cm, diameter ±20 cm dan selaputnya pukul 03.15 WIB, kemudian mencuci plasenta dan ditempatkan di tempat plasenta 13. Menilai vulva, vagina dan perinium Evaluasi : terdapat laserasi derajat 2 Evaluasi : Plasenta lahir spontan Kontraksi uterus baik TFU 2 jari di bawah pusat

	Perdarahan 100 cc Terdapat laserasi derajat 2 dan sudah dijahit

DATA PERKEMBANGAN

PERSALINAN KALA IV

Tanggajl/jam : 11 juni 2021

Jam : 03.20 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan lega karena ari-arinya sudah lahir 2. Ibu mengatakan merasa mulas pada perutnya	Keadaan umum ibu : baik Kesadaran : composmentis Plasenta lahir spontan pukul 03.15 WIB lengkap bersama selaput	Ny. A usia 28 tahun P_1A_0 kala IV, fisiologis. Masalah : Ibu mengatakan perutnya terasa masih mulas ibu cemas dengan keadaanya	03.20	1. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. Evaluasi : uterus teraba keras 2

3.	Ibu mengatan ingin minum	dan kotiledonnya yang berjumlah 20 buah, panjang tali pusat 50 cm, kontraksi uterus baik, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, terdapat jahitan laserasi derajat 2, perdarahan 100 cc, kandung kemih kosong.	Kebutuhan : memberikan konseling kepada ibu bahwa hal yang terjadi itu adalah normal dan memberikan ibu apresiasi ucapan selamat karena proses persalinan berjalan dengan lancar	04.20 04.30 04.35 04.40	jari dibawah pusat dan berkontraksi baik 2. Lakukan skin to skin dengan cara meletakan bayi pada ibu paling sedikit 1 jam Evaluasi : IMD telah dilakukan dan bayi sudah bias menyusu hingga pukul 04.20 Melakukan penjahitan pada luka perinium derajat 2, dengan dilakukan anestesi dengan lidocain 2%. Evaluasi : penjahitan telah dilakukan, dan sisi kiri dan kanan perinium sudah terlihat menyatu dengan baik 3. Menimbang dan melakukan pengukuran antopometri pada bayi satu jam setelah lahir Evaluasi : BB :3100 gr PB : 48

		cm LK : 32 cm LD : 30 cm LILA : 11.5 cm 4. Membalut tali pusat dengan kassa steril dan pakaikan baju, lalu dibedong dan dikenakan topi, untuk mencegah terjadinya hipotermi. Evaluasi : Tali pusat sudah dibungkus kasa steril dan bayi sudah dikenakan baju
	04.45	
	04.50	5. Memberi salep mata chloramphenicol-1% dan menyuntik vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral satu jam setelah IMD yaitupukul 04.30 Evaluasi : Bayi sudah diberi salep dan sudah disuntikan vit K
		6. Memberikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral

		setelah 1 jam pemberian vitamin K1 yaitu pukul 05.30 wib Evaluasi : : imunisasi Hb-0 sudah diberikan 7. Memantau tekanan darah, nadi, suhu ibu dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. Periksa suhu tiap 2 jam pertama pasca persalinan, dan perdarahannya. Evaluasi : 8. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% dan mendekontaminasikannya selama 10 menit, kemudian mencuci dan membilas peralatan

			yang sudah di dekontaminasi Evaluasi : alat terlihat sudah di rendam dalam larutan clorin 0,5% 9. Membersihkan badan ibumenggunakan air bersih. Membersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering. Evaluasi : Badan ibu telah dibersihkan dengan air bersih dan berganti pakaian dengan pakaian bersih dan kering. 10. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% lalu melepas nya secara terbalik kemudian merendamnya bersama alat-alat lain selama 10

			menit Evaluasi : sarung tangan telah di celupkan ke larutan klorin 0,5% dan dilepas secara terbalik. 11. Mencuci kedua tangan dengan sabun dibawah air mengalir kemudian mengeringkannya dengan handuk kering dan bersih Evaluasi : tangan sudah terlihat bersih dan kering setelah cuci tangan 12. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Evaluasi : Ibu dan keluarga bersedia melakukan masase uterus 13. Memberikan makan dan minum

							kepada ibu Evaluasi : Ibu bersedia makan dan minum yang sudah disediakan 14. Mengevaluasi jumlah perdarahan KALA I : 5 cc KALA II : 100 cc KALA III : 150cc KALA IV : 110cc Total: 365cc pada jam 05.15 Mendokumentasikan tindakan, melengkapi partograf Ibu dan bayi dalam keadaan baik, IMD berhasil	

PEMANTAUAN KALA 1V

JAM KE	WAKTU	TD	N	S	TFU	KONTRAKSI	KANDUNG KEMIH	PERDARAHAN
1	03.45	110/80	80	36,7	2 jari ↓	Baik	Kosong	35 cc

	04.00 04.15 04.30	110/70 110/80 110/70	88 82 84		pusat 2 jari ↓ pusat 2 jari ↓ pusat 2 jari ↓ pusat	Baik Baik Baik	Kosong Kosong Kosong	60 cc 75 cc 90 cc
2	05.00 05.30	110/70 110/80	80 82	36,5	2 jari ↓ pusat 2 jari ↓ pusat	Baik Baik	Kosong Kosong	100 cc 110 cc

C. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Tanggal pengkajian : Jumat, 11 juni 2021
Jam : 08.45 WIB
Tempat pengkajian : PMB Tri Utami Sari S.S.iT

1. Data Subyektif
   a. Keluhan Utama :

      Ibu mengatakan masih terasa nyeri pada luka jahit jalan lahirnya dan masih terasa mulas pada perut bagian bawah

   b. pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari
      a) Pola nutrisi

         Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini ibu sudah makan satu kali pada jam 06.00 pagi jenisnya nasi, lauk dan sayur sebanyak 1 piring dengan porsi sedang diselingi buah dan minum 3x jenis air putih dan 1 gelas teh

      b) Pola eliminasi

         Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini ibu belum BAB. Ibu mengatakan baru BAK sebanyak 1x, warnanya jernih kekuningan dengan bau khas dan tidak ada keluhan

      c) Pola aktifitas

         Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini ibu sudah dapat beraktifitas seperti biasa seprerti berbaring miring kiri dan kanan, duduk, dan berjalan.

      d) Pola istirahat

         Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini, ibu hanya istirahat 3 jam dari jam 4 sampai jam 6 pagi, dengan berbaring di tempat tidur saja setelah persalinan, tetapi ibu sesekali duduk dan juga berjalan untuk ke kamar mandi

      e) Pola hygiene

Ibu mengatakan sudah mandi,sudahgosok gigi. Ibu juga mengatakan ibu sudah mengganti pembalut 1x. Ibu merawat dan menjaga kebersihan daerah kelaminnya terutama pada luka jahit di jalan lahirnya setiap mandi, atau BAB dan BAK.

f) Pola kebiasaan hidup sehat

Ibu mengatakan sama sekali tidak pernah memiliki kebiasaan merokok, minuman beralkohol ataupun mengkonsumsi obat-obatan terlarang.

g) Pola menyusui

Ibu mengatakan ibu menyusui bayinya setiap bayi menangis, haus atau setiap bayi ingin, dan ibu menyusui secara bergantian dari payudara kanan ke payudara kiri dan sebaliknya.

c. Rwayat persalinan

KALA	**LAMA**	**KOMPLASI**	**PERDARAHAN**
I	7 jam	-	5 cc
II	30 menit	Robekan perineum derajat 2	100 cc
III	15 menit	-	150 cc
IV	2 jam	-	110 cc
Jumlah perdarahan total pukul 05.15 WIB		-	365cc

d. Data Psikososial Dan Spiritual

Ibu mengatakan kelahiran bayi sangat diharapkan oleh ibu, suami dan keluarga. Semua turut berperan membantu ibu dalam mengurus bayinya. Hubungan ibu, suami, keluarga dengan

tetangga baik, saat ibu mengetahui sudah melahirkan semua turut menjenguk ibu dan mendoakan untuk kesehatan ibu dan bayinya. Selama masih keluar darah ibu belum menjalankan sholat.

e. Data Pengetahuan :

Ibu mengatakan belum mengetahui tanda bahaya masa nifas, asi eksklusif 6 bulan ataupun teknik menyusui yang benar, teknik memperbanyak ASI

2. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran: Composmentis

Tanda vital :

Tensi : 110/70 mmHg Nadi : 76x/menit,

Suhu/T : 36,7^{0}C RR : 20x/menit

b. Status present

Kepala : tidak ada benjolan,warna hitam, rambut tidak mudah rontok

Mata : bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : bersih, tidak ada secret, tidak ada polip

Mulut : bibir lemab, warna merah kecoklatan, gigi bersih

Telinga : bersih, tidak ada serumen.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, tidakadapembesaran vena jugularis

Ketiak : tidak ada pembesaran limfe

Dada : simetris,payudara seimbang, payudara bersih

Perut : bentuk bulat, tidak ada luka bekas operasi

Ekstremitas :

Atas : tidak oedema, kuku bersih, turgor kulit dan kapiler refil baik.

Bawah : tidak ada oedema, tidak ada varices, kuku bersih,turgor kulit dan kapiler refil baik, Reflekpatella : +2/+2 (kaki kanan/ kaki kiri)

Anus : bersih, tidak ada hemoroid

c. Status obstetric

a) Inspeksi :

Muka : tidak oedema, tidakadacloasma gravidarum

Mamae : puting susu menonjol,terdapat hiperpigmentasi areola, colostrum sudah keluar

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat

Vulva : ppv (+) lochea rubra ¾ pembalut

Perinium : Luka perineum :

R : tidaktampakkemerahan

E : tidakada oedema

E : tidakadabercakperdarahan/bitnik merahkeunguan

D : tidakadapengeluarancairan

A : jahitanmenyatu

b) Palpasi

Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras.

Payudara :

Ekstermitas :

Genetalia :

d. Pemersaan penunjang tidak dilakukan

Pemersaan darah : cek Hb 12,3 pada 11 juni 2021 pukul 09.00 WIB

DATA PERKEMBANGAN

MASA NIFAS KUNJUNGAN 6 JAM POST PARTUM

Tanggajl/jam : 11 juni 2021

Jam : 09.05 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan masih terasa nyeri pada luka jahit jalan lahirnya dan masih terasa mulas	1. Pemeriksaan umum a. Keadaan umum : Baik b. Kesadaran: Composmentis c. Tanda vital : TD : 110/70 mmHg	Ny.A usia 28 tahun P_1A_0 6 jam post partum fisiologis Masalah : Tidak ada Kebutuhan : Tidak ada		1. Memeriksa kontraksi dan TFU ibu, memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan anggota keluarga cara mencegah

	pada perut bagian bawah 2. Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini ibu sudah makan satu kali pada jam 06.00 pagi jenisnya nasi, lauk dan sayur sebanyak 1 piring dengan porsi sedang diselingi buah dan minum 3x jenis air putih dan 1	Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,7^{0}C RR: 20x/menit 2. Status present dalam batas normal 3. Status obstetrik a. Inspeksi : Muka : tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum Mamae : puting susu menonjol,terdapat hiperpigmentasi areola, colostrum sudah keluar Abdomen : tidak ada luka bekas	09.05	perdarahan masa nifas yaitu dengan cara mengajari ibu untuk memasase uterus secara melingkar searah jarum jam jika ibu tidak merasakan mulas atau darah keluar banyak Evaluasi : Ibu kontraksinya baik, tonus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, dan ibu mengatakan mengerti dan ibu terlihat dapat mempraktikan apa

gelas teh 3. Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini ibu belum BAB. Sudah BAK sebanyak 1x, warnanya jernih kekuningan dengan bau khas dan tidak ada keluhan 4. Ibu mengatakan selama nifas 6 jam ini, ibu	operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat Vulva : ppv (+) lochea rubra ¾ pembalut Perinium : Luka perineum : R : tidak tampak kemerahan E : tidak ada oedema E : tidak ada bercak perdarahan/bitnik merah keunguan D : tidak ada		09.15	yang sudah diajarkan 2. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dengan rooming in antara ibu dan bayi, juga menganjurkan ibu untuk memberikan ASI-nya lebih awal serta Mengajarkan ibu cara memperbanyak ASI dengan teknik pijat payudara Evaluasi : Ibu dan bayi telah berada dalam satu

	hanya istirahat 3 jam dari jam 4 sampai jam 6 pagi, dengan berbaring di tempat tidur saja setelah persalinan, tetapi ibu sesekali duduk dan juga berjalan untuk ke kamar mandi 5. Ibu mengatakan ibu menyusui	pengeluaran cairan A : jahitan menyatu Palpasi Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras. Payudara : tidak ada pembengkakan, pengeluaran ASI (+), Ekstermitas : tidak ada pmbengkakan bagian tangan maupun kaki	09.20	ruangan dan ibu terlihat sedang memperhatikan bagaimana cara melakuan pijat payudara dan ibu dapat mengikutinya 3. Memberikan konseling pada ibu perawatan luka jahit perinium, dengan menganjurkan ibu untuk cebok yang bersih setelah BAB dan BAK, kemudian mendesinfeksi luka

	bayinya setiap bayi menangis, haus atau setiap bayi ingin, dan ibu ingin mengetahui bagaimana cara memperbanyak asi, karena asi yang keluar masih sedikit	Genetalia : tidak aada pembengkakan maupun tanda-tanda infeksi 4. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan 5. Pemersaan darah : cek Hb 12,3 pada jam 09.00 WIB		dengan betadin setiap habis cebok, tidak menahan pipis ataupun BAB, membersihkan dari arah depan terlebih dahulu kemudian ke arah belakang Evaluasi : Ibu mengatakan bersedia untuk cebok yang bersih dan memberi betadin pada jahitan setelah BAB dan BAK. Ibu juga mengatakan tidak

			akan menahan pipis ataupun BAB jika memang sudah ada rasa ingin BAB atau BAK. Ibu juga aka mempraktikan jika cebok dari daerah bagian depan terlebih dahulu kemudian ke belakang
		09.30	4. Menganjurkan ibu untuk banyak makan-makanan yang bergizi terutama yang banyak mengandung

			protein seperti telur, ikan, dan daging-dagingan juga menganjurkan ibu untuk banyak minum agar asinya lancar. Evaluasi : Ibu mengatakan bersedia untuk minum yang banyak dan makan-makanan yang bergizi selama menyusui, obat sudah diterima oleh ibu.
			5. Memperhatikan ibu cara menyusui

			yang benar dan memberikan
		09.40	penkes cara menyusui yang benar, dan teknik cara memperbanyak ASI
		09.45	Evaluasi : ibu sudah paham bagaimana cara menyusui yang benar dan dapat mempraktikkan teknik untuk memperbanyak ASI
			6. Memberikan 2

			kapsul vitamin A (200.000 IU) pada ibu dan menjelaskan pada ibu cara untuk meminum kapsul pertama pukul 05.30 WIB, kemudian meminta ibu untuk meminum kapsul kedua pada tanggal 12juni 2021pukul 05.30 WIB. Dan berikan terapi obat SF (30mg), asam mefenamat(500mg) dan amoxilin (500mg) diminum
		09.50	

			3x sehari sesudah makan. 7. Memberikan konseling tentang ASI Eksklusif Evaluasi : Ibu bersedia memberikan ASI saja pada bayi selama 6 bulan 8. Memberikan pendkes tentang tanda bahaya masa nifas yaitu bila itu mengalami perdarahan berlebih, mengeluarkan cairan berbau dari
		09.55	

		jalan lahir, demam lebih dari 2 hari, bengkak di wajah, tangan, kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, ibu terlihat depresi, bila ibu mengalami hal tersebut segera ketenaga medis terdekat. Evaluasi : ibu dan keluarga paham tentang tanda bahaya nifas,
	10.00	dan akan segera

			menghubungi tenaga kesehatan bila hal tersebut terjadi.
			9. Memberitahu pada ibu bahwa 6 hari lagi ibu harus datang ke bidan untuk memantau kondisi ibu dan bayi
		10.05	Evaluasi : Ibu dan keluarga mengatakan mengerti dan akan melakukannya
			10. Membuat pendokumentasian hasil

	Evaluasi : hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan pada buku KIA.

DATA PERKEMBANGAN

MASA NIFAS KUNJUNGAN 6 HARI POSTPARTUM

Tanggajl/jam : 17 juni 2021

Jam : 08.00 WIB

Tempat : PMB Tri Utami Sari S.SiT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengataka n tidak ada	1. Pemeriksaan umum a. Keadaan umu : baik b. Kesadaran :	Ny. A usia 28 tahun P_1A_0 6 hari post		1. Memastikan involusio uterus berjalan normal

keluhan, ibu sudah dapat merawat bayinya meski dengan bantuan. Selain itu jahitan pada jalan lahirnya juga sudah mulai sembuh.	composmentis c. TTV TD : 110/80 mmHg, N : 78x/menit, S: 36,6^{0}C RR : 20 x/ menit 2. Status present dalam batas normal 3. Status Obstetrik a. Inspeksi Muka : tidak oedema, tidakadacloasma gravidarum Mamae : puting susu menonjol,terdapat hiperpigmentasi areola, ASI sudah keluar, tidak ada kemerahan Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, linea nigra nampak, striae gravidarum terlihat	partum, fisiologis Masalah : tidak ada Kebutuhan : tidak ada	08.00 08.07	Evaluasi : uterus kontraksi baik, TFU di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau, jahitan perinium baik 2. Menilai adanya tanda-tanda infeksi, demam, atau perdarahan abnormal Evaluasi : tidak ada tanda-tanda infeksi ataupun perdarahan yang dialami ibu, lochea normal yaitu sanguinolenta 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat

	Vulva: ppv (+) lochea sanguinolenta Perinium : Luka perineum : R : tidak tampak kemerahan E : tidak ada oedema E : tidak ada bercak perdarahan/bitnik merah keunguan D : tidak ada pengeluaran cairan A : jahitan menyatu b. Palpasi Abdomen : TFU dibawah umbilikus, kontraksi uterus keras ada di pertengahan pusat simfisis c. Perkusi : reflek patella +/+	08.10 08.15 08.18	Evaluasi : Ibu mengatakan telah makan-makanan bergizi dan istirahat juga cukup 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihat kan tanda-tanda penyulit Evaluasi : Ibu terlihat menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan adanya penyulit 5. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dan merawat tali pusat bayinya Evaluasi : ibu mengatakan bersedia menjaga kehangatan bayinya

			dan tetap merawat tali pusatnya
		08.25	6. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa 2 minggu lagi harus kontrol ke kebidan Evaluasi : ibu dan keluarga mengatakan mengeri dan bersedia untuk dikunjungi kembali
		08.30	7. Mendokumentasikan hasilpemeriksaan nifas Evaluasi : hasil pemeriksaan ibu pada masa nifas telah di dokumentasikan di buku KIA dan RM pasien

D. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir/Neonatus

Tanggal pengkajian : Jumat, 11 juni 2021
Jam : 09.05 WIB
Tempat pengkajian : PMB Tri Utami Sari S.S.iT

1. Data subyektif
   a. Identitas/Biodata
      Identitas bayi
      Nama : By. Ny. A
      Tanggal / jam lahir : 11 juni 2021 / 02.30WIB
      Jenis kelamin : laki-laki
   b. Riwayat persalinan sekarang
      Lama persalinan 8 jam 15 menit , total perdarahan ±360cc
      a) Pre eklamsi : tidak ada riwayat pre eklamsi
      b) Eklamsi : tidak ada riwayat eklamsi
      c) DM : tidak ada riwayat DM
      d) Polihydramnion/olyghohydramnion : tidak
      e) Infeksi : tidak
   c. Riwayat kesehatan intranatal
      a) Tanggal lahir : 11 juni 2021
      b) Tempat : PMB tri Utami Sari S.SiT
      c) Penolong : bidan
      d) Jenis persalinan : spontan
      e) Lama persalinan : 8 jam 15 menit
      f) Ketuban pecah : spontan
      g) Penyulit : tidak ada
   d. Riwayat postnatal
      a) Bayi nafas spontan

b) Keadaan bayi secara umum adalah menangis spontan, bergerak aktif, dan warna kulit kemerahan

c) Bayi tidak dilakukan resusitasi karena bayi dapat bernafas secara spontan

d) Bayi tidak mengalami trauma lahir seperti caput seksedenum, dan cepal hematoma

e) SIGTUNA SCORE

menangis spontan, bergerak aktif, dan warna kulit kemerahan

f) APGAR SCORE

ASPEK PENGAMATAN BAYI BARU LAHIR	SKOR		
	1’	5’	10’
Appeareance/warna kulit	2	2	2
Pulse/nadi	1	2	2
Grimace/respon reflek	1	1	2
Activity/tonus otot	2	2	2
*Respiratory/*pernapasan	2	2	2
total	8	9	10

e. Pola kebutuhan sehari-hari

a) Kebutuhan nutrisi

Bayi segera minum ASI setelah dilahirkan ±2 jam sekali, dan bayi belum diberikan makanan apapun kecuali ASI

b) Kebutuhan eliminasi :

Miksi : 2x, warna jernih pada tgl 11 juni 2021

Mekonium : 1x, warna hitam kecoklatan pada tgl 11 juni 2021

c) Kebutuhan istirahat :

Bayi tidur ± 2 jam setelah minum ASI

d) Kebutuhan personal Hygine

Bayi sudah dimakndikan, Bayi setelah BAB & BAK diganti pakaiannya, 3x/hari atau ketika basah

2. Data Obyektif (Pemeriksaan)
   a. Pemeriksaan umum
      a) Keadaan umum : baik
      b) Kesadaran : menangis kuat
      c) TTV :
         Suhu : 36,5°c per axilla
         Pernapasan : 40x/menit
         HR ; 125x/menit
   b. Pemeriksaan antropometri

      BB : 3100 gr

      PB : 48 cm

      Lingkar kepala : 33 cm

      Lingkar dada: 32cm

      Lingkar lengan : 11 cm
   c. Status present

      Kepala : bentuk kepala normal, rambut kehitaman, caput suksodaneum tidak ada.

      Muka : simetris, kulit kemerahan

      Mata : simetris, bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada strabismus, epicantrus, glukoma kongental, katarak kongental, dan trauma pada mata

      Hidung : simetris, pola pernafasan normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret mukopurulen, tidak ada obstruksi jalan nafas

      Mulut : bibir simetris, tidak ada labiopalatofisis, tidak ada secret berlebihan, menghisap (+), tidak ada cacat kongental, tidak ada bercak pada mukosa mulut, gigi belum tumbuh

      Telinga : simetris, tidak ada secret, tida ada gangguan pendengaran, tidak ada kelainan

      Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaaran kelenjar tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ronkhi ataupun weezing

Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Abdomen : perut bulat, tali pusat basah, tidak ada kelainan gnjal, dan tidak ada kelainan bawaan, adanya suara peristaltik usus

Genetalia : terdapat lubang uretra, terdapat skrotum dengan jumlah testis dua, tidak ada kelainan seperti fimosis, hipospadia, dan epispadia

Punggung : tidak ada kelainan tulang belakang

Anus : ada lubang, tidak ada atresia ani, tidak ada hemoroid, tidak ada ruam popok

Ekstremitas :

Atas : simetris, jumlah jarilengkap,tidak ada polidaktili

Bawah : simetris, jumlah jarilengkap,tidak ada polidaktili

d. Reflex :

a) Rooting reflek :
saat pipi kiri bayi disentuh, bayi memalingkan muka ke arah kiri

b) Sucking reflek :
saat bayi menyusu, bayi dapat menghisap puting dengan kuat

c) Grasp reflek :
saat telapak tangan bayi ditekan dengan jari telunjuk, tangan bayi menggenggam dengan kuat

d) Moro reflek :
saat bayi di kagetkan bayi langsung membuka jari tangannya

e) Tonic neck reflek :
saat kepala bayi dimiringkan ke arah kiri, ekstermitas kiri bayi ekstensi, dan sebelah kanan fleksi

e. Pemeriksaan penunjang :

tidak dilakukan

DATA PERKEMBANGAN 1 BAYI BARU LAHIR 6 JAM

Tanggal : 11 juni 2021

Jam : 09.15 WIB

Tempat : PMB Bidan Tri Utami Sari S.S.iT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengataka n bayinya lahir pukul 03.00 2. Ibu mengataka n bayinya berjenis kelamin laki-laki 3. Ibu mengatakan bayinya	1. Pemeriksaan umum a) Keadaan umum : baik b) Kesadaran : composmentis c) TTV Denyut Jantung : 130x/ menit Pernafasan : 42x/ menit Suhu : 36,7 ^{0}C d) Berat Badan : 3100 gr e) PB : 47 cm f) Lingkar kepala : 34 cm g) Lingkar dada: 32cm h) Lingkar lengan : 11 cm	By. Ny. A usia 6 jam, fisiologis Masalah : Tidak ada Kebutuhan : Tidak ada	09.15 09.18	1) Memastikan kamar hangat dan tidak lembab Evaluasi : Ruangan hangat dan tidak lembab,bayi berada satu ruangan dengan ibu 2) Memastikan bayi berpakaian lengkap, kepala tertutup topi, dan diselimuti Evaluasi : bayi sudah terlihat memakai baju lengkap, bersama topi

sudah dimandikan 4. Ibu mengatakan Bayi segera minum ASI setelah dilahirkan ±2 jam sekali, dan bayi belum diberikan makanan apapun kecuali ASI 5. Ibu mengatakan bayi sudah BAK 2x, warna jernih BAB: 1x, warna hitam kecoklatan 6. Ibu mengatakan Bayi tidur ± 2	2. Pemeriksaan Fisik dalam batas normal 3. Reflex : Rooting reflek : + Sucking reflek : + Grasp reflek : + Moro reflek : + Tonicneck reflek: +	09.22 09.28	dan diselimuti 3) Melanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas Evaluasi : pernafasan bayi 40x/ menit, warna kulit masih kemerahan dan aktifitas bayi menyusu 4) Memberikan informasi hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayinya dalam keadaan baik dan sehat. Evaluasi : Ibu dan keluarga terlihat senang mengetahui keadaan bayi Ny. A dalam keadaan baik dan sehat	

jam setelah minum ASI		09.32	5) Melakukan perawatan tali pusat a. Merawat tali pusat dengan cara membungkusnya dengan kassa. b. Saat tali pusat terkena kotoran atau tinja, mencuci tali pusat dengan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering dan dibungkus dengan kassa kering Evaluasi : Perawatan tali pusat telah dilakukan, tali pusat sudah dalam keadaan kering dan terbungkus kassa kering

		09.40	6) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif . Mencuci tangan sebelum dan sesudah menyusui bayi Evaluasi : ibu mengatakan bersedia untuk memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya
		09.43	7) Menganjurkan bayi untuk dimandikan pagi hari dengan menggunakan air hangat pada ruang yang hangat dan tidak tertiup angin. Evaluasi : Ibu paham dan akan memandikan bayinya di rumah

				8) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan Evaluasi : semua hasil pemeriksaan dan asuhan telah di dokumentasikan

DATA PERKEMBANGAN 1 BAYI BARU LAHIR 6 HARI

Tanggal : 17 juni 2021

Jam : 08.00 WIB

Tempat : PMB Bidan Tri Utami Sari S.S.iT

SUBYEKTIF	OBYEKTIF	ASSESMENT	JAM	PLANNING
1. Ibu mengatakan bayinya menyusu ±	1. Peeriksaan umum a) Keadaan umum : baik b) Kesadaran :	By. Ny. A usia 6 hari, fisiologis		1. Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi Evaluasi : tidak nampak tanda

	2 jam 1x, setiap kali menyusu bayi menghabiskan waktu ± 1 jam. Terkadang bayi menyusu < 2 jam jika bayi menangis atau sudah merasa lapar. 2. Ibu mengatakan bayinya sehari BAB 3-4 x/ hari, warna kuning keemasan, lembek, bau khas, tidak ada keluhan. Ibu juga	composmentis c) TTV Denyut Jantung : 130x/ menit Pernafasan : 42x/ menit Suhu : 36,7 ^{0}C d) Berat Badan : 3100 gr 2. Pemeriksaan Fisik Abdomen : tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi tidak ada kemerahan pada daerah tali pusat, tidak ada bengkak serta tidak ada pengeluaran berupa nanah dari tali pusat dan tidak berbau. Tali pusat tampak kering	Masalah : Kebutuhan :	08.00 08.08	bahaya pada BBL di alami oleh bayi Ny. A, jadi bayi Ny. A sehat. 2. Memberikan informasi hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayinya dalam keadaan baik dan sehat, hanya saja berat badannya belumadapeningkatan, jadi harus menyusuinya di telateni atau lebih sering dan menjaga kehangatan tubuh bayi agar tetap hangat. Evaluasi Ibu terlihat lega, akan tetapi disisi lain ibu khawatir pada bayinya karena berat badan bayinya masih tetap sama saat waktu lahir. Ibu juga mengatakan akan mengikuti anjuran yang bidan berikan untuk lebih sering menyusui dan menjaga kehangatan bayinya. 3. Memotivasi ibu untuk

mengatakan bayi sehari BAK 7-8 x/ hari, warna jernih, bau khas, keluhan tidak ada 3. Ibu mengatakan bayi tidur setiap bayi selesai menyusu dan merasa kenyang, sehari kira-kira 16 jam waktu untuk bayi gunakan tidur.		08.15 08.20	tidak memberikan susu formula cukup ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan apapun Evaluasi : ibu mengatakan akan memberikan ASI saja ke depannya sampai bayi usia 6 bulan. 4. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan. Evaluasi : Semua hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan sudah di dokumentasikan

C. Pembahasan

Pembahasan Karya Tulis Ilmiah ini peneliti menjabarkan kesenjangan antara teori dengan asuhan kebidanan berkelanjutan pada klien Ny.A umur 28 tahun yang mulai di lakukan pada usia kehamilan 36 minggu tanggal 25 Mei 2021 hingga 6 hari masa nifas dengan menggunakan Standar Asuhan Kebidanan dari Kemenkes Repubik Indonesia tahun 2016, serta asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai dengan Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif menurut teori pada Jurnal Kebidanan International menurut Yusni Podungge tahun 2020.

Hal tersebut juga Sesuai dengan hasil penelitian menurut Haggery, Freeman, & Beaulieu (2013) yang menyatakan bahwa akuratnya informasi yang akan diterima pasien sesuai dengan rencana pelayanan secara komprehensif dan saling berhubungan secara berbalas.

Dokumentasi ditulis dalam bentuk asuhan kebidanan 7 langkah varney yaitu pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, identifikasi penanganan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, kemudian selanjutnya catatan perkembangan ditulis dalam bentuk SOAP yaitu pengkajian data subjektif, objektif, menganalisa data dan melakukan penatalaksanaan.

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Normal

a. DATA SUBYEKTIF

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. E pada trimester III pertama kali dilakukan oleh peneliti di Bidan Tri Utami Sari S.SiT kunjungan pertama ini pada usia kehamilan 36^{+5} minggu, dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, melihat hasil pemeriksaan laboratorium, dan memberikan support psikis, konseling sesuai kebutuhan klien. Hal ini sesuai dengan pendapat Kusmiyati & Wahyuningsih, (2015) yaitu pada kunjungan awal dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan support psikis dengan tujuan deteksi adanya kelainan yang memungkinkan untuk kelahiran di rumah sakit.

Usia Ny. A saat hamil ini ialah 28 tahun dimana usianya saat ini masih termasuk usia reproduksi sehat yang sesuai dengan teori dari Widatiningsih & dewi, (2017) yaitu kategori reproduksi sehat yaitu diantara usia 20 hingga kurang dari 35 tahun yang aman untuk ibu hamil dan ibu bersalin. Hal tersebut dapat meminimalkan terjadinya faktor risiko apabila umur sudah melebihi dan bisa memicu adanya komplikasi selama kehamilan dan persalinan ibu.

Berkaitan dengan pemberian konseling dan pelaksanaan asuhan kehamilan pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan yang tinggi maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu dan sebaliknya jika ibu dengan tingkat pendidikan rendah terkadang kurang untuk merespon pemberian konseling. Menurut teori dari

Widatiningsih & dewi, (2017) bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi pada saat ibu atau keluarga dilakukan penyuluhan kesehatan.

Riwayat ANC ibu sebanyak 4x, kunjungan pada rentang usia kehamilan 36 minggu hingga 39+2 minggu. Hal ini sesuai dengan pendapat Prawirohardjo (2018), bahwa kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 2 kali pada trimester ketiga. Pada kasus ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik karena Ny.A telah melakukan kunjungan pada trimester III di tenaga kesehatan sebanyak 4 kali dan peneliti melakukan kunjunganpada trimester III sebanyak 4 kali kunjungan dan telah memenuhi syarat kunjungan.

Imunisasi TT Pada kasus Ny. A telah imunisasi TT sebanyak 3x yaitu TT_1: sebelum menikah (capeng) tanggal 5/03/2019, TT_2: 1 bulan setelah TT_1, tanggal 8/04/2019 TT_3: 6 bulan sesudah TT_2, tanggal 03/11/2019 menurut teori dari Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2016) bahwa imunisasi TT harus dilakukan minimal 1x yaitu: TT1 untuk kekebalan tubuh dari penyakit tetanus, imunisasi TT2 jarak 1 bulan setelah TT 1 lama perlindungan 1 tahun, TT3 berjarak 6 bulan lama perlindungan 5 tahun,.

Asuhan kehamilan pada Ny.A didapatkan keluhan yang dirasakan nyeri bagian punggung. Dari keluhan yang dikatakan ibu sesuai dengan teori Sulistiyawati (2011) Rasa nyeri pada bagian atas

punggung anda bias timbul karena sikap tubuh yang salah dan lemahnya otot-otot. Berat janin membuat tubuh anda terdorong kedepan, dan untuk mengimbanginya ibu akan menegakan bahu dan otot-otot bagian atas punggung. Ini disebabkan oleh meningkatnya pergerakan pelvis terhadap pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus kedepan karena tidak adanya otot abdomen.

Cara mengurangi keluhan tersebut ialah dengan mengajarkan ibu teknik senam hamil pada trimester 3 untuk mengurangi keluhan yang ibu rasakan. Hal tersebut sesuai pada Jurnal Kebidanan international menurut Mu'alimah Miftakhul, (2021) dengan hasil adanya pengaruh pada prenatal yoga terhadap nyeri punggung pada ibu hamil trimester 3.

Ny.A mengatakan bahwa dirinya dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menurun dan menular, dari pihak keluarga tidak memiliki riwayat bayi kembar ,seperti teori dari Widatiningsih, (2017) bahwasanya ibu tidak memiliki penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS, GO (*Neisseria Gonorhea)*, Sifilis dan juga tidak memiliki penyakit menurun seperti Jantung, Hipertensi, Asma, Diabetes Mellitus, anemia.

Menurut hasil pengkajian Riwayat Obstetri didapatkan bahwa umur kehamilan ibu sudah memasuki 36minggu+ 5 hari diperoleh

dari HPHT yaitu pada tanggal 08 september 2020 dan diperkirakan ibu akan melahirkan pada tanggal 15 juni 2021. Teori dari Dewi (2017) bahwa usia kehamilan yang diperoleh ibu ini berdasarkan pada HPHT dan dikonfirmasi dengan pemeriksaan lainnya, sedangkan pada HPL dapat ditentukan setelah mengkaji riwayat haid ibu untuk memperkirakan tanggal persalinan.

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari Pada kasus Ny. A ini didapatkan ibu makan 2-3 kali sehari porsi sedang Widatiningsih, (2017) bahwa frekuensi makan pokok sebelum hamil umumnya 3x/hari dengan komposisi berupa nasi dengan porsi 1 piring makan. Lauk juga bervariasi baik dari produk hewani maupun nabati. Sayuran juga harus bervariasi dan buah hendaknya selalu dikonsumsi minimal 1x sehari sedangkan kebutuhan kalori selama hamil yaitu sekitar 300 kalori per hari. Ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung cukup protein, vitamin dan zat besi.

Pola eliminasi pada Ny.A selama hamil BAK sekitar 5-6 kali perhari dengan warna kuning jernih, bau khas, dan tidak ada keluhan. ibu yang sering kencing ini diakibatkan karena terjadi peningkatan frekuensi mikturisi karena berkurangnya kapasitas kandung kemih akibat tertekan oleh pembesaran uterus, hal ini sesuai dari teori (Kusmiyati & Wahyuningsih, 2015) ketidaknyamanan kehamilan

trimester III diantaranya keputihan, Sering BAK, Striae Gravidarum, haemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, varices kaki/vulva.

Kunjungan kedua pada usia kehamilan 38+3 minggu Ny. A mengatakan bahwa keluhannya adalah kencang-kencang namun masih jarang dan durasinya masih sebentar, hal tersebut sesuai dengan teori Sulistyawati (2009:82) yaitu ada 2 jenis kontraksi pada masa hamil ialah kontaksi broxton hiks biasanya disebut dengan kontraksi palsu atau true labour yang akan terasa apabila mendekati masa-masa persalinan.

b. DATA OBYEKTIF

Ny. A mengalami kenikan berat badan selama hamil yaitu 10 kg, sedangkan menurut (Mochtar, 2011), normalnya kenaikan berat badan selama hamil sekitar 6,5kg – 16,5 kg. Hal ini menunjukkan bahwa kenaikan berat badan Ny. A dalam batas normal.

Menurut (Manuaba, 2011), anemia dapat digolongkan menjadi: Hb 11 gr% (tidak anemia), Hb 9-10 gr% (anemia ringan), Hb 7-8 gr% (anemia sedang), Hb < 7 gr% (anemia berat). Dalam pemeriksaan penunjang yang dilakukan tanggal 9 Mei 2021 didapatkan nilai Hb Ny.A adalah 13,9 gr/dl, dari hasil tersebut Ny.A di golongkan normal dan Ny. A tidak mengalami anemia.

Menurut (Buku Acuan Midwifery Update 2016, 2016), pemeriksaan laboratorium rutin ialah pemeriksaan yang harus

dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin, protein urin, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/ epidemis (Malaria, IMS, HIV, dll). Pemeriksaan khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil. Dari hasil pengkajian pada Ny. A telah melakukan pemeriksaan laboratorium di puskesmas pada tanggal 1 desember 2020 pukul 08.00 WIB, dengan hasil Hb :10,7gr%, protein Urin: (-), urin reduksi: (-), HbsAg : (-), VCT: (-), VDRL : (-). Pemeriksaan laboratorium pada Ny. A tersebut hasilnya normal dan tidak ada kegawatdaruratan, dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan pada Ny.A yaitu TD: 121/81, N: 72x/menit, Suhu/T: 36,3˚C, RR: 20x/menit, BB seblum/selama: 54 kg/ 60 kg, TB: 155 cm, LILA: 24 cm, sedangkan IMT pada Ny.A yaitu 24,65 Kg/m, pada saat pemeriksaan nadi dan suhu yang dilakukan pada Ny. A di dapatkan hasil yang normal menurut teori dari Romauli (2011:173) dinyatakan hasilnya dalam batas normal dari tekanan darah, suhu, respirasi, maupun denyut nadi.

Sedangkan berat badan pada Ny.A ini naik sesuai dengan keadaan saat hamilnya menurut teori Romauli (2011;h.173) normalnya penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6.50 sampai 16,50 kg. Pada pemeriksaan tinggi badan dan LILA yang

di dapatkan dari Ny.A sudah memenuhi syarat dan cukup signifikan dari teori yang ada seperti halnya dari teori Romauli (2011; h.173) bahwa tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi sedangkan lila yang kurang dari 23,50 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR.

Pemeriksaan IMT di dapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dengan kasus yaitu : IMT Ny. A diketahui 24,65, ini artinya Ny. A masuk dalam kategori normal . Sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2014:.80) nilai IMT kurang dari <19,8 adalah dibawah normal, 19,8-26 yaitu normal, 25-29,9 lebih dari normal, >obesitas/ sangat gemuk. Pada kasus ini ibu memiliki IMT yang sudah sesuai dengan teori.

Pemeriksaan status present yang dilakukan pada Ny.A sudah sesuai dengan teori dari Widatiningsih & Dewi (2017:181-182) yaitu melakukan pemeriksaan dari ujung kepala sampai ujung kaki dalam batas normal.

Pada pemeriksaan obstetri yang dilakukan pada Ny.A sudah ada beberapa yang sesuai dengan teori Widatiningsih & Dewi (2017:182) saat pemeriksaan inspeksi bagian muka tidak ditemukan adanya odema dan chloasma gravidarum pada pemeriksaan ini tidak sesuai dikarenakan pada Ny.A tidak menunjukan adanya cloasma

gravidarum seperti yang ada di teori. Pemeriksaan mamae dan abdomen sudah sesuai denga teori tersebut.

Pemeriksaan palpasi pada kasus Ny.A Leopold 1 nilai fundus uterin sesuai dengan usia kehamilannya, teraba 1 bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Leopold II pada bagian kanan teraba panjang, keras sepeti papan (punggung) sedangkan pada bagian kir iteraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Leopold III teraba 1 bagian bulat, keras, melenting (kepala) dan sudah tidak bias digoyangkan. Leopold IV kepala sudah menunjukan masuk PAP (divergen).

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) dan taksiran berat janin (TBJ). Pada pemeriksaam TFU didapatkan hasil TFU dari Ny.A yaitu 32 cm hal ini sesuai dengan teori dari Widatiningsih & Dewi (2017:183-184), sedangkan untuk menentukan taksiran berat rumusnya Taksiran berat janin : (TFU dalam cm – N) x 155 = ... bila kepala belum masuk PAP sama sekali maka N = 13, sedangkan jika kepala sudah masuk PAP namun masih diatas spina ischia dika maka N=12 (ditunjukkan dengan penurunan kepala 4/5 – 3/5) di atas simfisis, TBJ: (30cm-12) x 150= 2.790gr.

c. ASSESMENT

Diagnosa kebidanan yang di dapatkan bahwa Ny.A usia 28 tahun $G_1P_0A_0$, usia kehamilan 36^{+5}minggu, janin tunggal,hidup, intrauterin, letak memanjang, puki, presentasi kepala, fisiologis. Hal

ini didapatkan dari tindakan anamnesa, pemeriksaan fisik yang di dapat dari data subyektif ataupun obyektif.

Di dalam analisa atau asesment ini di dapatkan masalah yaitu Ny.A mengalami ketidaknyamanan ibu hamil TM III yaitu nyeri punggung atau mboyok dan kekhawatiran ibu mengenai kondisi bayinya apakah sehat atau tidak. Hal ini dapat muncul menjadi masalah kemudian akan menjadi bahan acuan untuk memberikan pendidikan kesehatan asuhan kebidanan pada kehamilan yang diberikan kepada Ny.A. dalam hal ini sudah sesuai dengan teori dari Widatiningsih & Dewi (2017:185)

d. PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan yang akan dilakukan pada Ny.A sesuai dengan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan yang dibutuhkan pasien, karena tidak semua kebutuhan pasien itu sama, maka dari itu kita harus menyesuaikan dengan apa yang dibutuhkan pasien, hal tersebut Sesuai dengan teori Jurnal Kebidanan International menurut Jenkins, Ford Morris & A, (2015) yang mengatakan kebijakan dilakukan dengan responbilitas & mengalokasikan perawatan yang sesuai, aman, & kreatif berdasarkan kebutuhan individu masing-masing.

Sesuai dengan kondisi yang dialami ole Ny.A yaitu ketidaknyamanan ibu hamil TM III yaitu nyeri pada punggung dan kekhawatiran ibu mengenai kondisi bayinya apakah sehat atau tidak. Sebelum memberikan pendidikan kesehatan pada Ny.A ini lebih baik memberitahu hasil pemeriksaan terlebih dahulu bahwa hasil pemeriksaan yang di dapat ibu dan janin dalam keadaan baik dan sehat.

Memberikan pendidikan kesehatan kepada Ny.A tentang tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng semakin sering, Ketuban pecah hal ini menurut teori Rohani, dkk (2012:81) bahwa pecahnya ketuban merupakan tanda awal menjelang persalinan.

Keluarnya lendir bercampur darah menurut teori Rohani, dkk (2012:81) bila lendir darah sudah keluar ini menandakan akan terjadinya persalinan. Apabila lendir darah meningkat, maka dapat ditafsirkan bahwa ibu akan memasuki kala II. Serta memberitahu ibu yang didampingi suami tentang persiapan persalinan seperti :

1) Biaya dan penentuan tempat serta penolong persalinan ibu. Pembayaran ibu menggunakan kartu BPJS, ibu ingin dibantu oleh bidan.
2) Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi suatu komplikasi atau butuh rujukan, pengambil keputusan utama adalah suami, jika terjadi

komplikasi atau butuh rujukan ibu meminta bantuan oleh saudara atau kerabat dekat. Bila butuh rujukan ibu menggunakan mobil milik saudaranya.

3) Baju ibu dan bayi beserta perlengkapan lainnya meliputi :
   a) Keperluan ibu : kain/jarit, celana dalam,baju
   b) Keperluan bayi : baju, bedong, gurita, popok, minyak telon, bedak, topi, selimut.
   c) Memberitahu ibu untu mempersiapkan surat-surat fasilitas kesehatan (seperti Jampersal, kartu sehat dan lain-lain).

      Ibu juga diberikan terapi obat Fe (10 tablet) 1x1 diminum setiap mau tidur agar ibu tidak merasa mual hal ini perlu di berikan oleh ibu hamil secara rutin untuk mencegah terjadinya anemia. Seorang ibu hamil minimal harus mendapat 90 tablet Fe dan sedikitnya mengonsumsi sebanyak 60 mg, menurut teori dari Widatiningsih & Dewi (2017:83-85) bahwa pengaruh anemia terhadap kehamilan antara lain dapat menyebabkan abortus, *intrauterine fetal death* (IUFD), *intrauterine fetal growth* (IUGR). Selain itu ibu juga mudah terinfeksi, serta beresiko dekompensasi jantung

(bila Hb <6gr%). Serta menjadwalkan kunjungan ibu kembali yaitu 1 minggu lagi ke bidan.

tinjauan teori pada BAB 2 menurut Romauli (2011) dijelaskan bahwa memberikan asuhan kebidanan fisiologis pada ibu hamil trimester 3 sangat dibutuhkan karena banyak pula perubahan pada ibu hamil trimester 3. Hal tersebut menjadi salah satu kesenjangan antara teori yang ada karena pada lahan praktk ibu tidak diberikan asuhan fisiologis pada ibu hamil trimester 3 seperti asuhan pola nutrisi eliminasi hygne seksual.

1. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN FISIOLOGIS

Berdasarkan dari kasus Ny.A ini, peneliti berusaha melakukan proses Persalinan secara normal yang minim akan resiko dan trauma, Hal ini sesuai dengan teori dari Jurnal Kebidanan internasional menurut Melachlan et al, (2012) yang menyatakan bahwa ibu mampu melahirkan dengan intervensi minimalis, dan pemantauan fisik, kesehatan psikolofis, spiritual, & sosial perempuan serta keluarganya.

a. DATA SUBYEKTIF

Pada kasus Ny.A ini ibu datang ke bidan pada tanggal 10 juni 2021 pada jam 20.00 WIB mengatakan ingin bersalin. Keluhan yang dirasakan oleh Ny.A, ibu mengatakan kenceng-kenceng sejak pukul 15.00 WIB, tanggal 10 Juni 2021, kencang dimulai dari pinggang

menjalar ke perut. Ibu juga mengatakan sedikit mengeluarkan lendir darah dari kemaluannya pada pukul 18.00, hal ini disebabkan karena adanya pembukaan pada serviks menyebabkan lepasnya lendir yang berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan oleh robeknya pembuluh darah pada saat serviks membuka menurut Marmi (2016).

Kasus Ny.A ini mengatakan kenceng-kenceng di perut bagian bawah menjalar hingga ke punggung dengan durasi 3x/10'/25", namun dalam keadaan seperti ini ibu dapat menyikapinya dengan cara tarik nafas dan mengeluarkan dari mulut agar sedikit rileks. Hal ini menunjukan jika Ny.A bisa menyikapi keluhannya menjelang persalinannya dengan baik.

Berkaitan dengan adanya tanda-tanda persalinan, maka perlu mengkaji mengenai pola nutrisi pada Ny.A guna untuk persiapan persalinan. Ny.A mengatakan makan terakhir pada tanggal 10 Juni 2021 pukul 17.00 WIB terdiri dari nasi, sayur dan lauk dan minum terakhir pada 10 juni 2021 pukul 18.00 WIB terdiri dari air putih dan teh hangat. Menurut teori dari Sulistyawati & Nugraheni (2010:223) pola nutrisi perlu dikaji untuk mengetahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya samapi dengan masa awal persalinan.

Selama persalinan ibu harus lebih sering berkemih menurut teori dari Sulistyawati & Nugraheni (2010:68) bahwa kandung kemih harus sering dievaluasi untuk mengetahui adanya kandung kemih yang penuh, didapatkan data bahwa Ny.A BAK terakhir pada tanggal 10 juni 2021 pukul 18.45 WIB dan BAB terakhir juga pada pukul 05.00 WIB.

Tidak hanya pola nutrisi saja yang dikaji, pola istirahat terakhir juga penting untuk dikaji karena dapat mempengaruhi saat persiapan dan proses persalinan. Pada kasus Ny.A ini mengatakan bahwa ibu tidur terakhir pada tanggal 10 juni 2021 pada pukul 11.00 WIB sampai pukul 14.00 WIB, tidak ada masalah/gangguan saat tidur. ibu tidak dapat tidur kembali karena terganggu keluhan kenceng-kenceng perutnya, jadi dari data yang diperoleh, Ny.A sudah baik untuk kualitas tidur saat menjelang persalinan.

b. DATA OBYEKTIF

Dari data yang di dapat dari pemeriksaan tanda-tanda vital di peroleh keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/80 mmHg. Rohani, dkk (2011) menyatakan bahwa tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan siastolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Terkait tekanan darah ibu sebelum dan selama hamil 110/70 mmHg, dengan demikian terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus, pengukuran tekanan darah ini

dilakukan disela-sela kontraksi sehingga tekanan darah pada Ny.A dalam kategori Normal.

Denyut nadi Ny. A diperoleh 80x/menit termasuk dalam kategori yang normal. Menurut Rukiah, dkk (2009:34) Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibandingkan selama periode menjelang persalinan Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

Suhu tubuh ibu 36,5 C yang merupakan suhu normal yang sesuai dengan teori Menurut Rohani dkk (2009;h.33) bahwa perubahan suhu lebih meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 – 1 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Dari pemeriksaan tanda-tanda vital memperoleh hasil kesesuaian antara kasus dengan teori.

Palpasi yang diperoleh dari Ny.A yaitu didapatkan pada pemeriksaan Leopold I yaitu TFU 32 cm, 2 jari di bawah Px, teraba 1 bagian agak bulat,lunak, tidak melenting, Leopold II pada bagian kanan didapatkan hasil teraba 1 bagian panjang seperti papan keras dan ada tahanan dan pada bagian kiribagian-bagian kecil terputus-putus, pada Leopold III didapatkan hasil teraba 1 bagian bulat, keras,

melenting tidak bisa digoyangkan, sedangkan pada Leopold IV posisi divergen.

Menurut teori dari Marnmi (2016) bahwa hasil dari Leopold I yaitu tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, difundus normalnya teraba 1 bagian lunak dan tidak melenting, lalupada Leopold II yaitu normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil, Pada Leopold III normalnya teraba 1 bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (symphisis) apakah sudah masuk PAP, Leopold IV didapatkan pemeriksaan dilakukan jika pada Leopold III teraba kepala janin sudah masuk PAP.

Dilakukan dengan menggunakan patokan jari penolong dan symphisis ibu,berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi. Dari pemeriksaan Leopold dari kasus dan teori sudah sesuai. Penurunan bagian terbawah janin dengan metode perlimaan pada kasus Ny.A sudah masuk hodge II (bagian terbesar kepala belum masuk panggul) dan sudah seperti teori JNPK-KR (2014).

Kasus Ny.A ini di dapatkan hasil Auskultasi yaitu DJJ yang diperoleh yaitu 138x/menit terdengar 1 diperut bagian kiri bawah pusat. Menurut Marmi (2016) terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau kanan) Normalnya : 120-160 X/Menit.

Dari pemeriksaan DJJ yang diperoleh dari Ny. A kasus dan teori sudah sesuai dan tidak ada kelainan.

Pemeriksaan dalam dilakukan pada Ny. A untuk mengetahui sudah masuk masa persalinan atau belum, pemeriksaan dalam pada Ny. A ini dilakukan pada tanggal 10 Juni 2021 Jam 20.00, di dapatkan pembukaan sudah 3 cm, kulit ketuban (+), efficment 25 %, bagian bawah sudah memasuki di hodge II,STLD (+) lendir darah menurut teori dari Sulistyawati & Nugraheny (2013) Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm merupakan fase laten, sedangkan fase aktif persalinan dimulai dari bukaan 4 cm dan diakhiri dengan pembukaan 10 cm.

Kala I Ny.A mengatakan bahwa perutnya terasa kencang yang semakin sering dengan durasi yang cukup lama, serta mengeluarkan lendir darah pada pukul 18.00 WIB sesuai dengan teori Menurut (Walyani & Purwoastuti, 2016), tanda – tanda persalinan : Adanya Kontraksi Rahim, Keluarnya Lendir Bercampur Darah, Keluarnya Air Ketuban, Pembukaan Serviks.

Pemeriksaan Ny.A pada jam 20.00 WIB ditemukan hasil TD:110/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, suhu: 36,5˚c, RR: 20x/menit, TBJ : 3100 gr, TFU:32 cm, HIS : 3x dalam 10 menit selama 30 detik, VT pembukaan 3 cm atas indikasi sudah inpartu atau belum. Hal tersebut sesuai dengan teori (Nurasih, 2012) yaitu fase laten Pada fase

laten pembukaan servik berlangsung lambat: pembukaan 0-3cm, berlangsung dalam 5-7 jam, Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

Dilakukan pemeriksaan dalam lagi pada jam 02.00 WIB atas inidkasi VT ulang setelah 4 jam dari VT pertama, dengan HIS 3x dalam 10 menit selama 35 detik. didapatkan hasil pembukaan 8 cm, hal ini sesuai dengan teori dari Nurasih, (2012) bahwa Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkan secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi) kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) Dari pembukaan 4 hingga pembukaan lengkap atau 10cm akan terjadi dengan kecepatan rata-rata perjam (primipara) atau lebih 1cm hingga 2cm (multipara).Terjadinya penurunan bagian terbawah janin.

Menurut teori Nurasih, (2012) pada fase laten pemeriksaan VT dilakukan 4 jam sekali setelah masuk kamar bersalin, karena apabila dilakukan VT berkali-kali ditakutkan ibu akan terkena infeksi, dari kasus Ny.A VT pertama dilakukan pada jam 20.00 WIB lalu dilakukan VT kedua pada jam 02.00 WIB, dan adanya kemajuan kontraksi ibu selama 3x dalam 10 menit selama 40 detik. oleh karena itu adanya kesenjangan antara teori dan praktik yang ada di lapangan. Namun masih dapat teratasi.

Ketuban pecah spontan pada pukul 02.30 WIB, dilakukan VT ulang dengan hasil pembukaan 10cm (lengkap), dan ibu mengatakan terasa ingin BAB dan mengejan, hal tersebut sesuai dengan teori Menurut (Walyani & Purwoastuti, 2016), tanda – tanda persalinan : Adanya Kontraksi Rahim, Keluarnya Lendir Bercampur Darah, Keluarnya Air Ketuban, Pembukaan Serviks.

Kala 2 pada kasus Ny. A didapatkan ibu terasa ingin buang air besar dan mengejan, dengan HIS 3x dalam 10 menit selama 45 detik, dalam pemeriksaan ditemukan adanya dorongan ingin mengejan, teknan pada anus, perineum menonjol serta vulva sudah mulai membuka. Hal tersebut sesuai dengan teori pada Nurasih, (2012) yang menyebutkan Tanda dan gejala kala II yaitu : His semakin kuat, Ibu merasa ingin meneran, Ibu merasakan tekanan pada rectum atau vagina, Perineum terlihat menonjol, Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka, Peningkatan pengeluaran lender dan darah. Diagnose kala II dengan pemeriksaan dalam yang menunjukkan : Pembukaan serviks lengkap serta Terlihat bagian kepala bayi pada introtus vagina.

Kala 3 pukul 03.00 WIB bayi telah lahir, berjenis kelamin laki-laki. Dan plasenta belum lahir, namun sudah ada tanya semburan darah dan tali pusat mulai memanjang, hal tersebut sesuai dengan teori Mochtar, (2011) yaitu Kemudian akan timbul his untuk pelepasan dan

pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit seluruh plasenta akan lahir dan terdorong keluar vagina, akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari simpisis atau fundus uteri. Prosesnya akan berlangsung 10-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc

Kala 4 pada pukul 03.20 Ny.A mengeluhkan bahwa perut ibu masih terasa mulas, dan didapatkan hasil pemeriksaan kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat, adanya laserasi derajat 2 dan kandung kemih kosong, hal tersebut sesuai dengan teori Damayanti, Maita, Triana, & Afni, (2014) laserasi Derajat II Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan, mula –mula otot dijahit dengan catgut. Kemudian selaput vagina dijahit dengan catgut secara terputus – putus atau jelujur, penjahitan lender vagina dimulai dari puncak robekan, terakhir kulit perineum dijahit dengan benang sutera secara terputus – putus.

c. ASSESMENT

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny.A usia 28 tahun $G_1P_0A_0$ hamil 39^{+2}minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, letak memanjang, presentasi belakang kepala, puki inpartu kala II, fisiologis. Diagnosa yang di dapat tersebut didapat dari data subyektif dan obyektif yang di dapatkan saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny. A serta tidak ditemukannya Masalah dan

kebutuhan khusus yang harus diberikan pada Ny.A karena semua berjalan normal sesaui dengan Data subyektif maupun data obyektif sesuai dengan teori menurut Lusiana (2018) diagnosa kebidanan yang ditegakkan ialah Ny.X usia .... tahun P1A0 inpartu Kala II fisiologis,

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny.A usia 28 tahun P1A0 inpartu kala III, fisiologis. Diagnosa yang di dapat tersebut didapat dari data subyektif dan obyektif yang di dapatkan saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny. A serta tidak ditemukannya Masalah dan kebutuhan khusus yang harus diberikan pada Ny.A karena semua berjalan normal sesaui dengan Data subyektif maupun data obyektif sesuai dengan teori menurut Lusiana (2018) diagnosa kebidanan yang ditegakkan ialah Ny.X usia .... tahun P1A0 inpartu Kala III fisiologis,

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny.A usia 28 tahun P_1A_0 inpartu kala IV, fisiologis. Diagnosa yang di dapat tersebut didapat dari data subyektif dan obyektif yang di dapatkan saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny. A serta tidak ditemukannya Masalah dan kebutuhan khusus yang harus diberikan pada Ny.A karena semua berjalan normal sesaui dengan Data subyektif maupun data obyektif sesuai dengan teori menurut Lusiana (2018) diagnosa kebidanan yang ditegakkan ialah Ny.X usia .... tahun P1A0 inpartu Kala IV fisiologis,

d. PENATALAKSANAAN KALA I

Pada kasus Ny. A ini dilakukan pemantauan Kala I, ibu datang ke bidan pukul 20.00 WIB dengan keluhan kenceng-kenceng dan sudah sedikit mengeluarkan lender darah, pembukaan 3 cm dan penurunan kepala hodgeII, hisnya 3x/10'/25", beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa hal tersebut wajar dikarenakan ibu sudah memasuki masa persalinan dan hal tersebut merupakan tanda tanda persalinan.

Menurut teori JNPK-KR(2014) dengarkan apa yang dikeluhkan ibu dan berikan dukungan agar ibu tidak cemas, didukung dengan penelitian yang dilakukan Setyowati & Mursini (2017) bahwa Keberadaan pendamping akan membawa dampak yang baik pada proses persalinan karena dapat memberikan dukungan, semangat, dan rasa aman.

Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan Teknik pernapasan dan massase pada punggung yang disebut dengan teknik efleurage. Meminta ibu untuk menarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskan perlahan melalui mulut. Tujuan dari Teknik pernafasan untuk mengurangi rasa nyeri pada persalinan sedangkan pemijatan lembut pada punggung akan membantu

meningkatkan kadar endhorphin sehingga ibu merasa lebih rileks dan nyaman selama persalinan.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian dari Priharyanti & Prasita Dwi Nur Hiba (2018) yang pada penelitian ini diperoleh hasil ada pengaruh pijat effleurage terhadap intensitas nyeri kala I fase laten persalinan normal dapat dikurangi melalui pijat effleurage, pijat effleurage dapat menghambat hantaran nyeri sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan pada kala 1

Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman untuk mencukupi kebutuhan cairannya agar terhindar terjadinya dehidrasi. Hal tersebut juga sudah sesuai dengan teori JNPK-KR(2014) apa yang dianjurkan dapat dimengerti baik ibu maupun keluarga dapat menjalankan apa yang dianjurkan dan ibu sudah diberi minuman untuk memenuhi kebutuhan cairani bu.

Menurut (Siswosuharjo& Chakrawati;2011) Memperbolehkan ibu untuk jalan-jalan bila masih kuat untuk berjalan. Jalan kaki membantu persiapan persalinan, hal ini dikarenakan otot-otot panggul bergerak berirama dan sinergis sehingga memberikan efek melenturkan dan menguatkan otot panggul dalam penelitian Ririn Wahyu Hidayati (2018) ibu yang melakukan jalan kaki akan lebih mudah melakukan proses mengejan, sehingga lebih singkat waktu persalinannya.

Apabila tidak ada peningkatan kontraksi dapat mengakibatkan ketidakmampuan servik untuk membuka secara lancar dan cepat dan saatservikyang masih panjang, keras, dan menutup dapat menyebabkan pecahnya kantong ketuban menurut Oxorn & Forte, (2011).

Tanggal 11juni 2021 pukul 02.00 wib ibu mengatakan kenceng-kenceng makin teratur dan lender darah keluar semakin banyak, hasil periksa kembali menunjukan pembukaan sudah 8 cm dan penurunan kepala sudah hodge III namun ketuban belum pecah, hisnya 3x/10'/40". Pada pukul 02.00 ibu mengatakan ingin mengejan seperti ingin BAB, setelah dilihat vulva dan' anus sudah membuka disertai dengan pengeluaran lender darah yang lebih dari sebelumnya, ketuban pecah spontan jernih, pembukaan sudah 10 cm, penurunan kepala sudah hodge IV, teraba kepala, tidak teraba bagian lain, dan mendengarkan denyut jantung janin 140x/ menit.

Pemantauan tersebut berbeda dengan teori JNPK-KR (2014), semua partus set dan alat resusitas BBL dalam keadaan steril dan sudah di siapkan beserta obat-obat yang dibutuhkan dan juga sudah dilakukan pemantauan kala I. dikarenakan pemeriksaan dalam tidak dilakukan tepat 4 jam setelah pemeriksaan dalam yang pertama, namun dilakukan pada jam 02.00 tanggal 11 juni 2021 dengan hasil

pembukaan 8 cm. Hal tersebut disebabkan karena masih kuatnya ibu untuk berjalan-jalan dan bermain gymball.

Menurut Sutarni (2012), penatalaksanaan kebidanan bahwa melakukan pemeriksaan dan melaukan pencatatan tanda-tanda vital (TTV) setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada Vagina Toucher 4 jam kemudian. Oleh karena itu, hal ini menjadi kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan.

e. PENATALAKSANAAN KALA II

Pada kasus Ny. A ini dilakukan pemantauan Kala I dengan hasil Pada pukul 02.00 ibu mengatakan ingin mengejan, setelah dilihat vulva dan anus sudah membuka disertai dengan pengeluaran lender darah yang lebih dari sebelumnya. tanda-tanda persalinan seperti halnya keluarnya lendir darah dari vagina, hal itu disertai dengan penipisan serviks (effacement) dan penurunan atau bagian terbawah, ibu sudah merasakan adanya dorongan untuk meneran, perineum Nampak menonjol dan vulva dan anus sudah membuka.

Menurut teori dari Prawirohardjo, (2014:341) keinginan untuk meneran, dan ibu merasakan adanya rasa ingin BAB, perineum menonjol dan membukanya vagina dan sfingter ani. Apabila hal tersebutterjadi dan lendir darah meningkat maka dapat diartikan bahwa ibu akan memasuki Kala II. (2014;h.341).

Kasus Ny.A dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil ketuban pecah spontan jernih, pembukaan sudah 10 cm, penurunan kepala sudah hodge IV, teraba kepala, tidak teraba bagian lain, dan mendengarkan denyut jantung janin 140x/ menit hal tersebut semuanya sudah sesuai dengan teori.

Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin dalam keadaan baik, meminta keluarga untuk menemani ibu untuk memberikan dukungan dan membantu ibu untuk memposisikan sesuai posisi yang dipilih ibu, ibu berposisi ½ duduk dengan keuntungan posisi mempermudah saat bidan melakukan tindakan, tidak mengganggu apabila akan dilakukan kateterisasi dan posisi ini dapat digunakan untuk istirahat.

Setelah ibu memposisikan diri, mengajarkan ibu mengejan seperti saat ingin buang air besar, kepala fleksi,dagu menempel pada dada dan beri arahan pada ibu untuk meneran saat ada his dan istirahat jika his hilang, memberitahu keluarga untuk memberikan ibu minuman ketika haus agar mencukupi kebutuhan cairan ibu.Kasus Ny. A sudah sesuai dengan teori Prawirohardjo, (2014:341) dari ibu maupun keluarga dapat bekerjasama dengan baik dan ibu mengejan saat ada his dan istirahat ketika his hilang.

Saat kepala sudah terlihat lalu siapkan kain bersih dibawah bokong ibu untuk pelindung saat stamen letakan handuk bersih di atas

perut ibu, mendekatkan dan membuka partus set lalu memakai kedua handscoon steril. Tindakan tersebut sesuai dengan teori Prawirohardjo, (2014:341).

Setelah kepala crowning yaitu kepala terlihat di vulva dengan diameter 5-6cm, menahan perineum dengan tangan kanan yang sudah dilapisi kain tadi , tangan kiri berada di atas simfisis menahan agar dapat dilahirkan dengan lembut dan menghindari terjadinya defleksi maksimal, meminta ibu untuk meneran dan membantu lahirnya kepala, setelah kepala bayi lahir pada kasus

Ny. A tidak ada lilitan tali pusat, setelah kepala melakukan putaran paksi luar menempelkan keduatangan pada sisi muka dan menganjurkan pasien untuk meneran saat ada kontraksi, menarik curam kebawah dengan lembut untuk melahirkan bahu atas , setelah itu menarik curam keatas dengan lembut untuk melahirkan bahu bawah setelah bahu lahir. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.

Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telinjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).

Hasilnya bayi lahir jam 03.00 WIB pada tanggal 11 juni 2021 Setelah bayi lahir lakukan penilaian selintas seperti menilain bayi menangis kuat, kulit kemerahan dan tonus baik, setelah selesai melakukan penilaian selintas keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh yang lain kecuali bagian tangan bertujuan untuk menjaga agar bayi tetap hangat sesuai dengan teori Marmi & Rahardjo (2015:24). Periksa apakah ada janin kedua, dalam kasus Ny. A tidak terdapat janin kedua.

f. PENATALAKSANAAN KALA III

Pengkajian pada data subyektif di kala III yang dilakukan kepada Ny. A didapatkan hasil ibu mengatakan merasa lega karena bayinya telah lahir dan ibu mengatakan merasa mulas pada perut bagian bawah, hal ini sudah sesuai dengan teori dari Sulistyawati (2013) yaitu pada data subyektif didapatkan bawa pasien mengtakan bayinya telah lahir dan pasien mengatakan perut bagian bawah terasa mulas.jadi antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan. Keluhan perut bagian bawah yang dirasakan oleh ibu merupakan kontraksi uterus yang berguna untuk proses pengeluaran plasenta.

Sedangkan pada kasus Ny. A ini dari hasil data obyektif di dapatkan data bahwa bayi lahir spontan pada tanggal 11 juni 2021 pada pukul 03.00 WIB,jenis kelamin laki-laki, hidup, lengkap dan sehat, menangis kuat, kulit kemerahan, TFU ibu teraba 2 jaribawah

pusat, kontraksi kuat, perdarahan 100 cc, tali pusat tampak dari vulva, kandung kemih kosong.

Sehingga diagnosa kebidanan yang muncul pada kasus Ny. A ini bahwasanya Ny.A usia 28 tahun P_1A_0 dalam inpartu Kala III fisiologis. Diagnosa ini di dapat berdasarkan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada Ny. A. Pada diagnosa yang didapat dari Ny.A ini sudah sesuai dengan teori dari Sulistyawati (2013; h. 237) jadi dari kasus dan teori sudah sesuai dan tidak ada kesenjangan.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.S di Kala III sudah sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2014) bahwa terkait dengan penatalaksanaan manajemen aktif kala III yaitu memastikankembalitidakadajaninkedua , disuntik oksitosin10 IU / 1 ml di 1/3 pahaluarsecara. Dilakukan penjepitan tali pusat menggunakan penjepit tali pusat kira-kira 3 cm dari pusat setelah 2 menit bayi lahir, kemudian mendorong isi tali pusat ke arah ibu yang bertujuan tidak muncrat saat dilakukan pemotongan tali pusat, lalu menjepit kembali tali pusat dengan klem pada jarak 2 cm dari penjepit tali pusat, dengan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit untuk melindungi perut bayi.

Kemudian melakukan pengguntingan tali pusat dan ikat tali pusat dengan menggunakan pengikat tali pusat. Setelah tali pusat yang

ada pada bayi terikat lakukan IMD yang bertujuan untuk mempererat ikatan batin ibu-anak, awal memulai hubungan menyusui,saat haltersebut dilakukan maka hormone stress pada bayi akan turun sehingga bayi menjadi lebih tenang, tidak stress, pernafasan dan detak jantungnya mulai stabil sesuai dengan teori Prawirohardjo, (2012). Dan menyelimuti bayi dengan ibu menggunakan kain yang bersih agar keduannya merasa hangat dan tidak lupa pula memakaikan topi untuk penutup kepala bayi.

Setelah itu pindahkan klem pada 5-10 cm dari vulva,meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut pasien di tepi atas simfisis untuk mendetksi munculnya kontraksi, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang kiri mendorong uterus ke arah belakang dan atas (dorsokranial) secara hati-hati untuk mencegah inversi uterus, melakukan penegangan tali pusat dan melakukan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, kemudian meminta pasien untuk meneran pendek-pendek sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian arahkan ke atas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorsokranial).

Saat plasenta di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan kemudian putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan,

plasenta dan selaputnya lahir pada pukul 03.20 WIB pada tanggal 11 juni 2021. Setelah palsenta lahir lakukan massase uterus dengan cara meletakkan telapak tangan diatas fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga fundus berkontraksi dan mematikan bahwa kandung kemih masih kosong,

Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, lalu memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik dan dimasukkan ke dalam tempat plasenta, setelah plasenta dimasukan ke dalam tempatnya cek vulva, vagina dan perinium terdapat adanya laserasi derajat 2 lalumelakukan penjahitan pada luka perineum derajat 2 dengan dilakukan anestesi pada luka laserasi dengan disuntikan anestesi lidocain 2% untuk mengurangi rasa nyeri.

Hasilnya plasenta lahir lengkap jam 03.20 WIB pada tanggal 11 juni 2021, kontaksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan 150 cc, terdapat laserasi derajat 2 dan sudah dijahit.

g. PENATALAKSANAAN KALA IV

Selanjutnya dilakukan pemantauan Kala IV pada Ny. A yang di dapat dari data subyektif ibu mengatakan lega karena ari-arinya sudah lahir dan ibu mengatakan merasa mulas pada perut bagian bawah, pada kasus Ny. A ini sudah sesuai dengan teori dari Sulistyawati (2013; h.239) . rasa mulas yang dirasakan oleh ibu ini

disebabkan karena adanya kontraksi uterus yang dapat mencegah perdarahan setelah saat melahirkan.

Pada data obyektif diperoleh data bahwa tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik yang dilakukan terhadap Ny. A dalam batas normal. Sedangkan diagnosa yang diperoleh dari Kala IV ini yaitu Ny. A usia 28 tahun P_1A_0 dalam Kala IV fisiologis dengan robekan perineum derajat 2.

Penatalaksanaan yang dilakukan di Kala IV Pada kasus Ny. A yaitu memastikan terlebih dahulu uterus berkontraksi denganbaikdenganhasil uterus teraba 2 jadidibawahpusat dan berkontraksidenganbaik, membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan pasien selama paling sedikit 1 jam,

setelah dilakukan dilakukan IMD ,menimbang dan melakukan pengukuran antropometri dengan hasil BB : 3100 gram, PB:48 cm, LK:33cm, LD : 32 cm, lila 11 cm, setelah itu balut tali pusat dengan kasa steril dan memakaikan baju , dibedong lalu dipakaikan topi untuk mencegah terjadinya hipotermi. Memberikan salep mata chloramphenicol-1% untuk mencegah infeksi pada mata bayi sebagai pencegahan penyakit mata dikarenakan Klamidia Prawirohardjo, (2012).

vitamin K1 untuk mencegah terjadinya perdarahan pada otak yang bias muncul karena kadar protrombin rendah pada hari pertama

kehidupan bayi Marmi & Rahardjo (2015), vitamin K1 diberikan dengan dosis 1 mg disuntikan secara IM di paha kiri anterolateral satu jam setelah IMD yaitu pukul 04.10 wib dan satu jam kemudian pada pukul 05.10 wib, hal tersebut sudah sesuai dengan teori.

Memantau tekanan darah, nadi, suhu ibu dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. Periksa suhu tiap 2 jam pertama pasca persalinan, dan perdarahannya, hasilnya sudah sesuai dengan teori tidak ada penyulit selama proses pemantauan. Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus secara meligkar searah jarum jam .

Mendekontaminasikan tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5 % dan menempatkan semua peralatan alat bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% dan mendekontaminasikannya selama 10 menit,Membersihkan badan ibu menggunakan air bersih. Membersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

kemudian mencuci dan membilas peralatan yang sudah di dekontaminasikan. mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % lalu melepasnya secara terbalik kemudian merendamnya bersama alat-alat lain selama 10 menit, setelah semua terdekontaminasi oleh larutan klorin 0,5 % cuci kedua tangan dengan

sabun dibawah air yang mengalir kemudian mengeringkannya dengan handuk kering dan bersih. Dan terakhir melakukan pendokumentasian dengan melengkapi Partograf, hasil keseluruhan tindakan sudah sesuai dengan 58 langkah APN.

2. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Menurut Jurnal Kesehatan Kebidanan International, Menurut Jones, Creedy Ed, Gamble & Health (2012) dalam The National Perinatal Depression Initiatile (2008-2009) dan (2012-2013) menyampaikan bahwa bidan memikul tanggung jawab dalam pemberian pelayanan skrining, perawatan, dan tindak lanjut serta kunjungan ulang pada ibu nifas.

a. DATA SUBYEKTIF

Pengkajian pada Nifas 6 jam ini dilakukan pada tanggal 11 juni 2021 pada jam 09.05 dilakukan di PMB Bidan Tri Utami Sari. Keluhan utama yang dirasakan pada kasus Ny. A ini ibu mengatakan masih terasa nyeri pada luka jahit jalan lahirnya dan masih terasa mulas pada perut bagian bawah. Hal ini sudah sesuai dengan teori dari Ambarwati, (2015;132) bahwasanya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perinium.

Asupan nutrisi yang di dapat oleh Ny.A perlu dikaji yaitu Ny.A mengatakan ia sudah makan satu kali jenisnya nasi, lauk dan sayur sebanyak 1 piring sedang dan minum 3x jenis air putih sebanyak 2

gelas sedang. Hal ini membuktikan bahwa nutrisi yang dibutuhkan oleh Ny. A sudah tercukupi.

Data pola eliminasi Ny. A didapat ibu sudah melakukan BAK sebanyak 1x setelah 3 jam melahirkan namun ibu belum BAB, menurut teori dari Marmi, (2017:148) menyebutkan bahwa buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Bila tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, sedangkan untuk BAB, normalnya sekitar 3 – 4 hari post partum.

Mobilisasi yang dilakukan oleh Ny. A setelah melahirkan dilakukan secara bertahap yaitu mulai berbaring miring kanan dan kiri, ibu sudah belajar untuk duduk dan berjalan. Sesuai dengan teori dari Zulaechah, (2015) bahwa mobilisasi sendiri mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Dalam kasus tersebut, terlihat bahwa Ny. A dalam waktu 6 jam sudah mampu melakukan mobilisasi bertahap dengan baik sehingga diharapkan proses pemulihan dan masa nifasnya akan berjalan dengan baik.

Pada kasus yang dialami Ny.A ini mengatakan bahwa pada nifas 6 jam ini ibu dapat setelah persalinan ini. Hal ini sesuai dengan teori dari Sujiyantini & Nurjanah (2010:219) yang mengatakan istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat kesembuhan. Antara teori dan kasus sesuai.

Kasus diketahui bahwa Ny. A dan keluarga sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya ini sangat di harapkan oleh ibu, suami dan keluarga. Sedangkan dalam hal menyusui Ny. A sedang belajar teknik menyusui yang benar, ASI ibu sudah keluar namun sedikit sedangkan bayi sudah bisa menghisap puting susu dengan baik.

Upaya mengatasi ASI ibu yang keluar sedikit bidan mengajarkan teknik pijat oksitosin untuk merangsang ASI ibu keluar lebih banyak. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Kholisotin, dkk. (2019) dalam jurnalnya yang berisi tentang adanya pengaruh pijat oksitosin terhadap pengeluaran ASI pada ibu postpartum di RSIA Srikandi IBI.

b. DATA OBYEKTIF

Dari hasil pemeriksaan masa nifas 6 jam yang dilakukan kepada Ny. A ini didapatkan hasil yang normal seperti keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis dan ibu juga di periksa tanda-tanda vital selama 6 jam yang di dapatkan hasil yaitu Tensi : 110/70 mmHg, Nadi : 76 x/menit, Suhu/T ; 36,7C, dan RR: 20x/menit. Dari data yang diperoleh ibu dalam keadaan normal.

Sedangkan dalam pemeriksaan obstetrik didapatkan inspeksi pada muka tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum, sedangkan pada bagian Mamae di dapatkan hasil pemeriksaan bahwa puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, dan colostrum sudah

keluar, pada abdomen tampak tidak ada luka bekas operasi, linea nigra masih tampa dan striae gravidarum terlihat.

Pada pemeriksaan vulva dan perinium terdapat pengeluaran lochea rubra menurut teori dari Ranty Surya, (2015) bahwa pengeluaran lokhea perlu dikaji, pada hari pertama sampai hari masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah (lochea rubra) karena didalam lochea tersebut berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-seldesidua, vermik skaseosa, lanugo,dan meconium.

menurut Marmi (2017) dan pada perinium ada jahitan yang terlihat sudah menyatu, tidak ada kemerahan, tidak ada pus yang keluar dari jahitan sesuai dengan teori Ambarwati, (2015), sedangkan pada pemeriksaan palpasi di bagian abdomen didapatkan hasil TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras.

c. ASSESMENT

Diagnosa yang didapat dari kasus Ny.A ini yaitu Ny. A usia 28 tahun P_1A_0 masa nifas 6 jam post partum, fisiologis. Diagnosa ini merupakan hasil dari anamnesa dan pemeriksaan fisik pada Ny. A . Masalah yang dialami oleh Ny. A ini pada nifas 6 jam yaitu ibu masih terasa nyeri pada luka jahitan jalan lahirnya dan masih merasa mulas pada perut bagian bawah, dan ibu juga ingin mengetahui tentang tanda bahaya masa nifas dan ingin mengetahui teknik menyusui dengan benar.

Masaah dan kebutuhan pada kasus Ny.A ini tidak ada karena semua sesuai dengan data subyektif maupun data obyektif

d. PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. A sesuai dengan asuhan kebidanan ibu masa nifas 6 jam dan disesuaikan dengan kebutuhan ibu seperti halnya memeriksa kontraksi dan TFU ibu, dan memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri yaitu dengan cara megajari ibu untuk masasse uterus secara melingkar searah jarum jam jika ibu tidak merasakan mulas atau darah keluar banyak.

Didapatkan hasil bahwa Ny. A kontraksinya baik, tonus keras, TFU 2 jari di bawah pusat, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir dengan rooming in antara ibu dan bayi, juga menganjurkan untuk memberikan konseling pada ibu perawatan luka jahitan perinium, dengan menganjurkan ibu untuk cebok yang bersih setelah BAB dan BAK, tidak menahan pipis ataupun BAB,

Membersihkan dari arah depan terlebih dahulu kemudian ke arah belakang, menganjurkan ibu untuk banyak makan-makanan yang bergizi terutama yang banyak mengandug protein sperti telur, ikan, dan daging-dagingan juga menganjurkan ibu untuk banyak minum agar asinya lancar.Selanjutnya memperhatikan ibu cara menyusui yang benar dan memberikan penkes cara menyusui yang benar.

Ny. A pada nifas 6 jam ini diberikan terapi berikan 2 Vitamin A (200.000IU) dan menjelaskan pada ibu cara untuk meminum kapsul pertama pukul 05.30 WIB, kemudian meminta ibu untuk meminum kapsul kedua pada tanggal 12 juni 2021 pukul 05.30 WIB . Dan berikan terapi obat SF (30mg), asam mefenamat (500mg) dan amoxilin (500mg) diminum 3x sehari sesudah makanm

Menurut Marmi, (2012) pil zat besi berguna untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin, minum vitamin A agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

Memberikan pendkes tentang tanda bahaya masa nifas yaitu bila itu mengalami perdarahan berlebih,mengeluarkan cairan berbau dari jalan lahir, demam lebih dari 2 hari,bengkak di wajah, tangan, kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang, payudara bengkak,merah disertai rasa sakit, ibu terlihat depresi, bila ibu mengalami hal tersebut segera ketenaga medis terdekat. Dan juga memberitahu pada ibu bahwa 6 hari lagi ibu harus datang ke bidan untuk memanatau kondisi ibu dan bayi.

menurut (Pitriani, Risa. 2014:7-8) dijelaskan bahwa memberikan asuhan kebidanan fisiologis pada ibu nifas sangat dibutuhkan karena banyak pula perubahan pada ibu nifas. Hal tersebut menjadi salah satu kesenjangan antara teori yang ada karena pada

lahan praktik ibu tidak diberikan asuhan fisiologis pada ibu nfas seperti asuhan pola nutrisi eliminasi hygne seksual.

MASA NIFAS 6 HARI

Pengkajian masa nifas 6 hari pada 17 juni 2021 pada pukul 08.00 WIB dilakukan di Bidan Tri Utami Sari , yang diperoleh data subyektif yaitu ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu sudah dapat merawat bayinya meski dengan bantuan, selain itu jahitan pada jalan lahirnya juga sudah menjadi satu, pola nutrisipun juga dikaji ibu mengatakan asupan nutrisi ibu yaitu makan 3x sehari jenis nasi 1 piring sedang, 1 potong lauk jenis bervariasi seperti tempe tahu, ikan, telur, serta 1 mangkuk sayur jenis bervariasi, ibu minum 8-10x/hari jenis air putih dan teh manis.

Ibu mengatakan tidak mempunyai pantangan makanan apapun selama masa nifas ini. Hal ini sudah sesuai dengan teori dari Marmi (2015) bahwa ibu menyusui dianjurkan mengkonsumsi 500 kalori tambahan tiap hari dikarenakanibumenyusuimembutuhkansetidaknya 2500 – 2700 kalori per harinya , minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

Sedangkan pada pola eliminasi ibu dikaji ibu mengatakan BAK 4-5 kali perhari dengan warna kuning, masih sedikit ada bercak darah yang keluar dan ibu juga sudah bisa BAB 1x sehari warna kecoklatan, konsistensi lembek tidak ada keluhan. Menurut teori dari Ambarwati, (2010:81) bahwa urine biasanya berlebih (poliurine) antara hari kedua

dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan.

Sedangkan BAB dari kasus dan teori berbeda bahwa dikasus ibu sudah mampu melakukan BAB tetapi hanya 1 x sedangkan menurut teori dari Ambarwati (2012) biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar, jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat.

Sedangkan pada pola menyusui ibu yang dikaji didapat bahwa ibu menyusui < 2 jam sekali, setiap kali menyusu bayi menghabiskan waktu ± 30 menit dengan cara bergantian antara payudara kanan dan kiri. Ibu mengatakan bayinya hanya diberi ASI saja , tidak ada makanan tambahan apapun, hal ini sudah sesuai dengan teori dari Ambarwati, (2015) yaitu menyusui bayi tidak sesuai dengan jadwalnya (on demand), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhan nutrisinya.

Bayi yang sehat dapat mengkosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Dan pada pola aktifitas ibu mengatakan selama masa nifas ini pola istirahat ibu terganggu dikarenakan bayi selalu menangis terlebih pada saat malam hari. Dalam sehari ibu hanya dapat tidur malam 3-4 jam.

Namun pada siang hari ibu hanya tidur jika bayinya tidur dan terbangun jika bayinya bangun.

Menurut teori dari Diah Kumala, (2015) menganjurkan ibu untuk istirahat dengan cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebih. Serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Hal ini kasus dengan teori sedikit tidak sesuai karena pada kenyataannya ibu jarang bisa beristirahat.

Pada masa nifas 6 hari ini ibu berada dalam fase taking hold yaitu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi, namun ibu tidak mengalami hal tersebut karena ibu merasa sudah mampu merawat bayinya, tidak ada rasa khawatir yang berlebihan karena ini merupakan anak yang kedua.

Sedangkan pada data obyektif didapatkan penilaian tanda-tanda vital yaitu TD : 110/80 N: 78x/menit S: 36,6 C, RR: 20x/menit. Dari tanda-tanda vital yang telah dilakukn pemeriksaan kepada Ny. A di dapatkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan normal. Dan sudah sesuai dengan teori dari Handayani & Pujiastuti (2016) bahwa tensi darah yang normal adalah sistolik antara 90-120 mmHg diastolik 60-80 mmHg., setiap denyut nadi diatas 100x/menit semasa nifas adalah masa abnormal dan mengindikasikan pada infeksi atau haemoragia post partum denyut nadi dan curah jantung tetap tinggi.

menurut teori dari Handayani, Pujiastuti (2016) bahwa pada pengukuran suhu pada hari ke -4 post partm, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembengkakan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun, kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, namun apabila kenaikan suhu diatas 38 derajat celcius, waspada terhadap infeksi post partum, jadi pada kasus ibu mendapatkan suhu yang normal yaitu sekitar 36,6 C.

Sedangkan pada pemeriksaan obstetri didapatkan pada pemeriksaan mamae puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, ASI sudah keluar dan tidak ada kemerahan, pada pemeriksaan vulva masih ada darah keluar yaitu lochea sanguinolenta hal ini sesuai dengan teori dari Ambarwati, (2015) bahwa Pada hari ke 4sampai hari ke 7 postpartum, lochea yang dikeluarkan berwarna merah kecoklatan dan berlendir (locheasanguinolenta), hal ini sudah sesuai dengan teori.

Menurut Ambarwati (2015), pada pemeriksaan palpasi yang dilakukan di daerah abdomen di dapatkan hasil bahwa TFU pada 6 hari post partum terdapat dibawah umbilikus, dan kontraksi uterus kerasa berada di pertengahan pusat simfisis. Hal ini sudah sesuai dengan teori dari Ambarwati & Wulandari (2012) bahwa waktu involusi uteri 7 hari TFU berada di pertengahan pusat sampai simfisis, berat uterus 500 gram.

Diagnosa yang muncul pada masa nifas 6 hari ini di dapatkan hasil Ny. A usia 28 tahun P_1A_0 6 hari post partum,fisiologis. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan hasil anamnesa dan pemeriksaan dan tidak ada keluhan atau masalah yang muncul.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. A pada masa nifas 6 hari ini yaitu memastikan involusio uterus berjalan normal dengan hasil yang di dapatkan uterus berkontraksi dengan baik, TFU berada dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau, jahitan perineuim baik, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnromal

Hasil pemeriksaan didapatkan bahwa Ny. A tidak ada tanda infeksi ataupun perdarahan yang dialami ibu dan lochea normal yaitu sanguinolenta, dan memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat yang cukup, dan memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, dari penatalaksanaan yang dilakukan dari kasus dan teori sudah sesuai dengan teori dari Ambarwati, (2013).

Memberikan konseling tentang perawatan payudaraya itu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama bagian putting, menggunakan Buste Houder (BH) yang menyokong payudara, apabila putting susu lecet oleskan kolosrum atau ASI pada sekitar putting setiap saat menyusu menurut Marmi, (2017) Sedangkan untuk bayinya

menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dan tetap merawat tali pusat bayinya. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa 1 minggu lagi harus kontrol ke bidan.

menurut (Pitriani, Risa. 2014:7-8) dijelaskan bahwa memberikan asuhan kebidanan fisiologis pada ibu nifas sangat dibutuhkan karena banyak pula perubahan pada ibu nifas. Hal tersebut menjadi salah satu kesenjangan antara teori yang ada karena pada lahan praktik ibu tidak diberikan asuhan fisiologis pada ibu nfas seperti asuhan pola nutrisi eliminasi hygne seksual.

3. ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

a. DATA SUBYEKTIF

Pada asuhan kebidanan bayi baru lahir ini dilakukan pengkajian pada tanggal 11 juni 2021 pada pukul 03.00 WIB yang dilakukan di PMB Tri utami Sari S.SiT

Pada riwayat kehamilan ini ibu mengatakan usia ibu saat hamil yaitu umur 28 tahun dan bayi lahir pada usia kehamilan 39^{+2}minggu, menurut teori dari Marmi & Rahardjo (2015:49) menyatakan lamanya masa gestasi untuk tiap neonatus sangat penting karena faktor maturasi bayi sangat berpengaruh pada morbiditas dan mortalitas perinatal, serta penting untuk penatalaksanaan tiap neonatus. Pada kasus bayi

Ny. A ini lahir saat usia kehamilan 39^{+2}minggu termasuk dalam kehamilan aterm.

Pada asuhan bayi Ny. A ini telah berhasil dilakukan IMD bayi sudah dapat Menyusu dengan baik. Pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi ini dikaji melalui pemberian ASI disaat IMD dan setiap bayi lapar/menangis. Pada pola eliminasi bayi, didapatkan bahwa setelah lahir bayi sudah BAB 1x warna hitam kehijauan, lengket, bau khas, keluhan tidak ada.

Menurut teori dari Marmi & Rahardjo (2018) bayi yang pencernaannya normal akan BAB 24 jam pertama setelah lahir dan disebut dengan mekonium. Mekonium harus keluar dalam 24 jam pertama, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Biasanya berwarna hitam kehijauan dan lengket yang merupakan produk dari sel-sel yang diproduksi dalam saluran pencernaan selama bayi berada didalam kandungan, hal ini sesuai dengan teori Marmi dan Rahardjo (2015:77)

Pada pola eliminasi BAK bayi sudah BAK 1x warna jernih, bau khas, dan tidak ada keluhan, pola tidur bayi baru lahir biasanya tidur 2 jam dan bangun saat lapar, BAB dan BAK. Hal ini membuktikan bahwa pola istirahat bayi Ny. A termasuk normal.

Bayi Ny. Asudah dimandikan sejak lahir dan telah dibersihkan dan dilap dari darah dan kotoran yang keluar saat proses persalinan.

Hal ini sesuai dengan teori dari Arfiana & Lusiana (2016:7) bayi baru lahir dimandikan setelah minimal 6 jam dan suhu stabil. Selanjutnya bayi dimandikan 2 kali sehari, dengan menggunakan air hangat. Rambut boleh dikeramasi setiap kali mandi, dengan segera mengeringkan setiap kali selesai mandi dan segera disusui, agar bayi tidak kedinginan.

b. DATA OBYEKTIF

Pemeriksaan umun dan pemeriksaan fisik bayi di dapatkan bahwa keadaam umun bayi baik dengan kesadaran compesmentis, denyut jantung bayi 130x/menit, suhu tubuh bayi 36,7 C, respirasi bayi 42x/menit.Pada pemeriksaan antopometri bayi berat badan 3100 gr, PB : 48 cm, LK : 33 cm, LD : 32cm, LILA : 11 cm. Menurut teori dari Arfiana & Lusiana (2016:2) berat badan BBL normal adalah 2500-4000 gram.

Menurut teori dari Arfiana & Lusiana (2016) bahwa panjang badan pada bayi baru lahir normalnya 48-50 cm, Lingkar kepala pada bayi baru lahir normalnya 33-35 cm,sedangkan menurut teori lingkar lengan atas normalnya 11 cm, sedangkan menurut Marmi & Rahardjo (2018) Lingkar dada yang normal pada bayi baru lahir yaitu 30-38 cm. Tidak terdapat kesenjangan pada pengukuran antopometri bayi.

Pemeriksaan fisik di dapatkan keadaan bayi normal dan tidak ada kelainan pada bagian kongenital. Pada pemeriksaan yang

dilakukan pada abdomen ditemukan bahwa tali pusat masih basah, perut bulat hal ini sesuai dengan teori dari Marmi & Rahardjo (2018:.58) abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas.

Kemudian melakukan pemeriksaan pada genetalia bahwa terdapat lubang uretra, terdapat skrotum dengan jumlah testis dua. Menurut Marmi, & Rahardjo, (2018:59). Pada bayi laki-laki, panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm, terdapat lubang uretra, terdapat skrotum dengan jumlah testis dua, sedangkan pada pemeriksaan anus di dapatkan pada bayi tidak ada atresia ani.

Pada pemeriksaan reflek yang dilakukan pada Bayi Ny. A di dapatkan bahwa Rooting reflek saat pipi kiri bayi disentuh, bayi memalingkan muka ke arah kiri, Sucking reflek saat bayi menyusu, bayi dapat menghisap puting dengan kuat, grasp reflek saat telapak tangan bayi ditekan dengan jari telunjuk, tangan bayi menggenggam dengan kuat, moro reflek saat bayi di kagetkan bayi langsung membuka jari tangannya, sedangkan pada reflek tonic neck saat kepala bayi dimiringkan ke arah kiri, ekstremitas kiri bayi ekstensi dan sebelah kanan fleksi.

Pada babinski reflek saat telapak kaki bayi disentuh, semua jari kaki bayi hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi. Pada kasus ini reflek yang diberikan oleh bayi sudah sesuai dengan teori dari Marmi

& Rahardjo (2015:70-71) sehingga pada kasus dan teori tidak ada kesenjangan.

ANALISA

Pada diagnosa bayi baru lahir ini adalah Bayi Ny. A usia 6 jam, fisiologis. Pada bayi 6 jam ini tidak ada keluhan dan masalah. Diagnosa ini ditegakkan dari data subjektif dan objektif.

c. PENATALAKSANAAN

Asuhan pada bayi baru lahir 6 jam yang dilakukan pada bayi Ny. A yaitu menjaga bayi tetap hangat seperti halnya memastikan kamar hangat tidak lembab, memastikan bayi berpakaian lengkap dan di selimuti, menutup kepala bayi dengan topi.Mengamati pernafasan, warna dan aktifitas dengan hasil pernafasan bayi 42x/menit, warna kulit masih kemerahan dan aktifitas bayi menyusu. Memberikan informasi hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayinya dalam keadaan baik dan sehat. Hal ini sudah sesuai dengan teori dari Marmi (2018: 87) dari kasus dan teori tidak ada kesenjangan,

Melakukan perawatan tali pusat dengan cara merawat tali pusat dengan cara membungkusnya dengan kasa kering dan saat tali pusat terkena kotoran atau tinja, mencuci tali pusat dengan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering dan dibungkus

dengan kasa kering sesuai dengan teoriVivian dewi (2010: 30) dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif,

Mencuci tangan sebelum dan sesudah menyusui bayi hal ini sudah sesuai dengan teori dari Rukiyah, (2012:89) memberikan konseling mengenai pemberian ASI yang baik dan benar. ASI diberikan sesering mungkin atau jika bayi mau.

Bayi Ny. Asudah dimandikan dan telah dibersihkan dari darah dan kotoran yang keluar saat proses persalinan tadi. Hal ini tidak memiliki kesenjangan dengan teori dari Arfiana & Lusiana (2016;7) bahwa bayi baru lahir dimandikan setelah minimal 6 jam dan memiliki suhu yang stabil. Hal ini karena dari pihak keluarga ingin memandikan bayi dirumah.

Menurut Kumalasari, Intan, 2015: 210

BAYI BARU LAHIR 6 HARI

Pengkajian yang dilakukan pada bayi umur 6 hari dilakukan pada tanggal 17 juni 2021 pada pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian di PMB Tri Utami Sari. Pada hasil pengkajian di dapat data subyektif yaitu pada pola nutrisi ibu mengatakan bayinya menyusui ± 2 jam 1x setiap kali menyusu bayi menghabiskan waktu ± 10-20 menit. Terkadang bayi menyusu < 2 jam jika bayi menangis atau sudah mulai lapar, pada pola eliminasi didapatkan pengkajian ibu mengatakan bayinya sehari BAB 3-4x/ hari, warna kuning keemasan,

lembek, bau khas juga tidak ada keluhan. Ibu juga mengatakan bayi sehari BAK 7-8x/hari warna jernih, bau khas, keluhan tidak ada.

Sedangkan pada Pola istirahat dan tidur ibu mengatakan bahwa bayinya tidur setiap bayi selesai menyusu dan merasa kenyang. Sehari-hari kira-kira 16 jam waktu untuk bayi gunakan tidur. Hal ini sudah sesuai dengan teori dari Marmi & Rahardjo (2018:81) bahwa dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, dan bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari. Jadi pada pola istirahat/tidur dari teori dan kasus tidak ada kesenjangan.

Pada pemeriksaan data obyektif di dapatkan pemeriksaan fisik bahwa keadaan umum bayi Ny. A baik dan kesadarannya compsmentis. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan Rahardjo (2018:8) denyut jantung bayi normalnya antara 120-160x/menit. jadi antara teori dan kasus tidak ada kesenjangan.

Pada pemeriksaan respirasi atau pernafasan di dapatkan hasil 42x/menit, hal ini sudah dalam kategori normal menurut teori dari Vivian dewi (2010:24) pernafasan bayi normalnya 40-60x/menit, tanpa wheezing, dan ronchi), pada pemeriksaan suhu di dapat 36,7^{o}C hal ini juga sudah sesuai dengan teori dari mohtar, (2012) menyatakan bahwa suhu normal bayi 36,5-37,2^{o} C.Pada pemeriksaan abdomen di dapatkan bahwa tali pusat telah kering, tidak ada kemerahan pada

daerah tali pusat, tidak ada bengkak, serta tidak ada pengeluaran berupa nanah, dari tali pusat dan tidak berbau. Tali pusat tampak kering.

Pengukuran antropometri berat badan pada kasus bayi Ny.A memiliki berat 3100 gram tandanya tidak ada kenaikan maupun penurunan berat badan pada kasus ini memiliki kesenjangan dengan teori yaitu Menurut Kemenkes RI (2016), dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik. Penurunan berat badan maksimal 10 % dari berat badan lahir. Namun bayi Ny.A dalam Keadaan normal.

Pada diagnosa yang di dapat pada bayi baru lahir 6 hari sama dengan diagnosa bayi baru lahir 6 jam. Perbedaannya hanya terletak pada waktunya karena pada saat ini bayi dalam keadaan normal atau fisiologis. Diagnosa ini dapat ditegakkan berdasarkan dari hasil anamnesa dan pemeriksaan pada bayi Ny. A, diagnosa kebidanannya yaitu, Bayi Ny. A usia 6 hari fisiologis.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pada bayi sudah sesuai dengan kebutuhan bayi baru lahir usia 6 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi ,memberitahu ibu untuk menyusui lebih telaten , tetap menjaga kehangatan bayi dan memotivasi ibu untuk memberikan ASI saja

sampai usia bayi 6 bulan, terakhir mendokumentasikan hasil pemeriksaan.

Menurut Kumalasari, Intan, 2015: 210 dijelaskan bahwa memberikan asuhan kebidanan fisiologis pada bayi baru lahir sangat dibutuhkan karena banyak pula perubahan pada bayi baru lahir. Hal tersebut menjadi salah satu kesenjangan antara teori yang ada karena pada lahan praktik BBL tidak diberikan asuhan fisiologis pada BBL.

BAB V
PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil Karya Tulis Ilmiah asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.A umur 28 tahun di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang yang mulai di lakukan pada usia kehamilan 36 minggu tanggal 25 Mei 2021 hingga 6 hari masa nifas pada 17 juni 2021 dengan menggunakan Standar Asuhan Kebidanan dari Kemenkes Repubik Indonesia tahun 2016 yaitu dokumentasi ditulis dalam bentuk asuhan kebidanan 7 langkah varney yaitu pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, identifikasi penanganan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, kemudian selanjutnya catatan perkembangan ditulis dalam bentuk SOAP yaitu pengkajian data subjektif, objektif, menganalisa data dan melakukan penatalaksanaan. Kesimpulan dari hasil asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. A berjalan dengan baik yaitu melakukan pengkajian data subjektif, data objektif, menentukan assesment dan melakukan penatalaksanaan meliputi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Pemeriksaan ANC tidak terdapat keluhan yang bersifat abnormal, pada kunjungan pertama usia Kehamilan ibu 36^{+5} minggu didapatkan keluhan nyeri pada bagian punggung ibu kemudian diberikan asuhan Senam hamil untuk mengurangi keluhan yang ibu rasakan. Pada kunjungan kedua ibu saat usia kehamilan $38^{+}3$ minggu nyeri punggung yang menjadi keluhan ibu sudah dapat teratasi, dan ibu mengeluhkan kencang-kencang di perut bagian bawah namun masih jarang dan diberikan asuhan latihan nafas untuk mengurangi rasa nyeri akibat kencang-kencang yang timbul pada saat trimester 3.

2. Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. A umur 28 tahun sudah sesuai dengan 60 langkah APN yang dimulai dari kala I sampai dengan kala IV dan dilakukan pengawasan mulai kala I sampai dengan kala IV dengan melakukan pengkajian data fokus yaitu data subjektif dan data objektif, menentukan assesment serta melakukan penatalaksanaan meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Persalinan Ny. A berjalan dengan normal. Dalam kasus ini asuhan yang diberikan sudah terpenuhi, namun disini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada kala 1 yaitu saat pemeriksaan dalam yang dilakukan pada Ny. A yaitu pada teori melakukan pemeriksaan dalam pada 4 jam sekali, namun pada praktik di lahan pemeriksaan dalam dilakukan 6 jam sekali dikarenakan masih adanya kekuatan ibu untuk jalan-jalan dan melakukan gymball, namun kesenjangan tersebut masih dapat diatasi karena dalam proses persalinan sudah berjalan dengan normal.
3. Asuhan kebidanan nifas pada Ny. A dilakukan kunjungan sebanyak 2x, diberikan dengan melakukan pengkajian data fokus yaitu data subjektif dan data objektif, menentukan assesment, melakukan penatalaksanaan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Selama masa nifas dilakukan kunjungan sesuai dengan standar yaitu sebanyak 4 kali. Selama kunjungan dilakukan tidak ditemukan komplikasi – komplikasi yang ada pada Ny. A, kemudian Ny. A menerapkan ASI eksklusif untuk bayinya.
4. Pada asuhan kebidanan By. Ny. A diberikan dengan melakukan pengkajian data fokus yaitu data subjektif dan data objektif, menentukan assesment, melakukan penatalaksanaan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sehingga tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan praktik. Selama masa bayi baru lahir dilakukan kunjungan selama 2x yaitu ketika bayi usia 6 jam hingga bayi usia 6 hari..

5. Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Ny. A telah dilakukan pencatatan atau pendokumentasian asuhan kebidanan menurut Kemenkes Republik Indonesia tahun 2016 yaitu dengan melakukan asuhan kebidanan 7 langkah varney yaitu pengkajian, interpretasi data, diagnosa potensial, identifikasi penanganan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, kemudian selanjutnya catatan perkembangan ditulis dalam bentuk SOAP yaitu pengkajian data subjektif, objektif, menganalisa data dan melakukan penatalaksanaan.

B. SARAN

1. Klien

   Diharapkan ibu dapat melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin sebagai upaya preventif melakukan deteksi dini selama kehamilan. Termasuk juga cek HB yang dilakukan 2x selama kehamilan guna untuk mengetahui apakah ibu anemia atau tidak. Karena jika ibu ditemukan anemia selama kehamilan maka dapat diantisipasi secara dini dengan pemberian fe sesuai kebutuhan ibu selama hamil.

2. Bagi Lahan Praktik

   Guna meningkatkan kualitas dari asuhan kebidanan dan turut serta dalam penurunan AKI dan AKB diharapkan PMB dalam proses pemberian asuhan disesuaikan dengan program pemerintah yang ada sehingga komplikasi pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan BBL dapat dicegah sedini mungkin.

3. Bagi Mahasiswa

   Diharapkan mencari dan membaca referensi atau buku sumber terbaru di perpustakaan untuk kelengkapan informasi serta meng- *up date* ilmu-ilmu baru. Selain itu mahasiswa diharapkan lebih aktif ketika ada kesempatan untuk melakukan asuhan selama masa praktik.

4. Penulis

Dalam pembuatan laporan ini penulis harus lebih rajin dan aktif, peduli terhadap klien yang digunakan sebagai responden demi tercapainya tujuan penulisan. Penulis juga diharapkan dapat melakukan pengkajian lebih detail lagi sesuai kasus agar asuhan yang diberikan juga dapat sesuai dengan kebutuhan atau keluhan ibu.

DAFTAR PUSTAKA

Affandi, dkk. (2011) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Ambarwati. & Wulandari. (2015) *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.

Arfiana, Lusiana A. (2016) *Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Trans Medika.

Arikunto. (2013) *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.

Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2018) *Profil Kesehatan Jateng*.

Dewi,V.N.L, (2010) *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika.

Handayani, E.R & Pujiastuti W. (2016) *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Trans Medika;

Hayanti S. & Maidartati, Komar SN (2017). *Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Metode Kontrasepsi dengan Pemilihan Kotrasepsi*. Jurnal Keperawatan BSI vol.6.hal 160-161.

Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Informasi Jampersal*.

Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak.*

Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*.

Kurniawan R. & Melaniani S. (2018) *Hubungan Paritas,Penolong Persalinan dan Jarak Kehamilan dengan Angka Kematian Bayi di Jawa Timur*. Jurnal Biometrika dan Kependudukan vol.7.hal 118-119

Marmi. (2014) . *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Marmi. (2016). *IntranatalCare Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Marmi. (2017) *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Marmi, & Rahardjo K. (2017). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Notoadmojo S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurasiah A, & RukmawatiA, Badriah D.L. (2012) *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung: PT Refika Aditama.

Harry, Oxorn & Forte, R William. (2010) *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*.

Prawirohardjo S. (2014) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Jones, C.J., Creedy, DK., Ed, M., Gamble, J.A., & Health M. (2012). Australian Midwives '*Atitudes Towards Care for Women With Emotinal Distress* 28, 216-221. Http://doi.org/10/1016/j.midw.2010.12.008

Reni, Dian Puspita,Dkk (2018) *Perbedaan Perawatan Tali Pusat Terbuka dan Kassa kering dengan lama Pelepasan Tali Pusat Bayi Baru Lahir*. placentum Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya vol.6.hal 10-11.

Rohani. (2011), *Asuhan kebidanan masa persalinan*. Jakarta:Salemba Medika.

Romauli S. (2015), *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Safitri Y. & Cahyanti RD. (2016), *Hubungan tingkat pengetahuan dan motivasi terhadap kemandirian ibu nifas dalam perawatan diri selama earlypostpartum*, Jurnal Kedokteran Diponegoro vol 5.hal 1941-1942

Sujiyatini, DjanahN, Kurniati A. (2011), *Catatan Kuliah Asuhan Ibu Nifas Askeb III*. Yogyakarta: Cyrillus Publisher.

Nova, (2014). *Angka Kematian Ibu Di Dunia*. Jakarta : Salemba medika.

Nurhayati, (2012). *Angka Kematian Ibu Di Dunia*. Jakarta : salemba medika.

Sulistyawati, & Nugraheny. (2010), *Asuhan kebidanan pada masa kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.

Mu'alimah, Miftakhul. (2021) *The Effect Of Prenatal Yoga on Backpain in Third Trimesterof Pregnant Women*, Jurnal Kebidanan Internasional Akbid Dharma Husada vol 4 no.2 hal 67-77. Https://akbid-dharma-husada-kediri.e-journal.id/JKDH/index

Sulistyawati, Nugraheny. (2011) *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

SDGs MHFT. World Health Statistics (SDGs). (2017). SDKI. 2012. *Penyebab Langsung Kematian Ibu*. www.google.com. Visited 23 juni 2021).

Stoppart, M. (2011). *Panduan mempersiapkan kehamilan*.

Sulistyawati, Nugraheny. (2013), *Asuhan kebidanan pada ibu bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

WHO. (2014) *Word Health Statistics.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671-eng.pdf (diakses 20 juni 2021)

Sulistyawati, Nugraheny. (2011), *Asuhan kebidanan pada ibu nifas*. Jakarta: Salemba Medika.

Dahlberg U., & Aune I. (2013). *The Woman's Birth Exsperience The Relationship and Continuity of Care Midwifery*. 29. 407-415. Journal Midwives Australian Verrivied www.elsevier.com/midw

Undang Undang Republik Indonesia tahun 2019

Widatiningsih S, & Dewi C.H.T. (2017), *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Trans Medika.

Haggery, J, L, Freeman G, K & Beauliew C. (2013). Exsperienced Continuity Of CareWhen Patient See Multiple Clinician. A Qualitatine Mesasurmary Annals Of Family Medicine, 11, 262-271. Https://doi.org/10.1370/afm.1499.INTRODUCTION

Zaenab S, AlasiryE, Idris I (2016). *Pengaruh Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Pertumbuhan Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari*. JST Kesehatan vol.6 hal 100

LAMPIRAN

1. Surat izin untuk mengambil kasus di Bidan

UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
FAKULTAS KESEHATAN
Jalan Diponegoro 186 Ungaran, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50513
Telepon : (024) 6925408 Faksimile : (024) 6925408
Laman : www.unw.ac.id Surel : ngudiwaluyo@unw.ac.id

Nomor : 526/SM/FKes/UNW/VI/2021 22 Juni 2021
Lampiran : -
Hal : **Penelitian dan Pencarian Data**

Kepada,
Yth, PMB Bidan Tri Utami Sari S.SiT
Di
Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami mohonkan ijin untuk mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo :

Nama : **Melenia Kusumawati**
Nomor Induk Mahasiswa : **043201006**

agar diberikan izin melaksanakan **Penelitian dan Pencarian Data** dalam rangka penyelesaian **KTI (Karya Tulis Ilmiah)** dengan judul "**Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny A usia 28 tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 37 minggu di PMB Tri Utami Sari S.SiT"**

Demikian surat permohonan ini, atas perhatian dan izin yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Dekan

Rosalina, S.Kp., M.Kes
NIK : 112112710699014

Tembusan:
1. Arsip

2. Surat balasan bidan

SURAT BALASAN IZIN MENCARI DATA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Bidan Tri Utami Sari S.SiT

Telah diberikan surat pengantar penelitian dari Universitas Ngudi Waluyo yang dilakukan mahasiswa Universitas Ngudi Waluyo.

Nama : Melenia Kusumawati

NIM : 043201006

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. A

Umur 28 Tahun Di PMB Tri Utami Sari S.SiT Kota Semarang

Saya memahami bahwa pendekatan ini tidak ada unsur yang merugikan, karena itu saya mengizinkan peneliti melakukan penelitian untuk membuat Karya Tulis Ilmiah sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo dengan menanda tangani persetujuan dalam penelitian.

Semarang, 04 Mei 2021

Tri Utami Sari S.SiT

3. Lembar konsultasi

UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jalan Diponegoro 186 Ungaran, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50513

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Melenia Kusumawati

NIM : 043201006

Pembimbing : Puji Lestari, S.Si.T., M.Kes

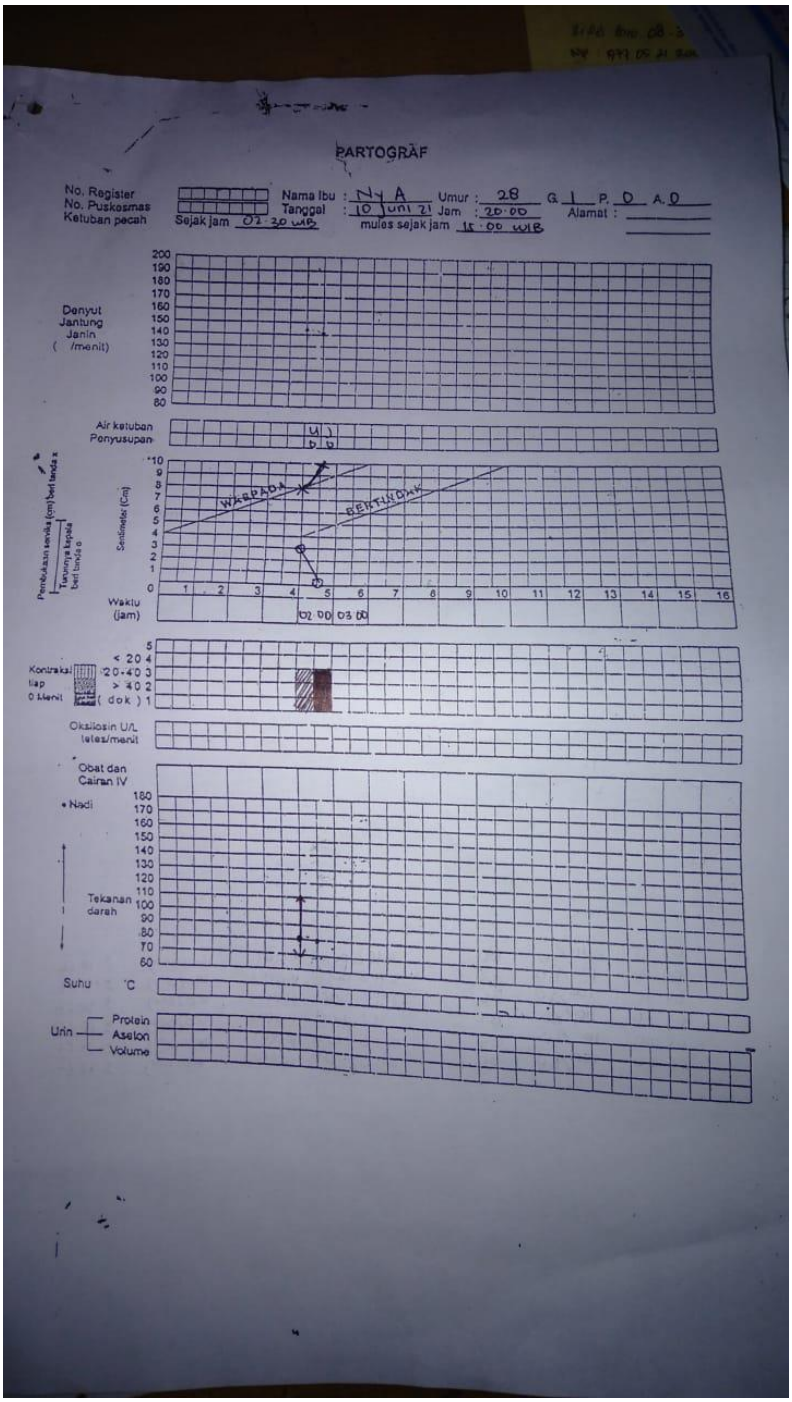
Judul KTI : "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.A Umur 28 Tahun Di PMB Tri Utami Sari S.SiT. Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang"

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Keterangan	Paraf
1.	04 Mei 2021	PengajuanJudul	ACC	
2.	3 Mei 2021	BAB I	Perbaikan 1	
3.	4 Mei 2021	BAB I	Perbaikan 2	
4.	5 Mei 2021	BAB I	ACC	

5.		Pengajuan BAB II	Perbaikan 1	
6.	21 Mei 2021	BAB II	Perbaikan 2	
7.	24 Mei 2021	Pengajuan BAB III	Perbaikan 1	
8.	31 Mei 2021	BAB II	ACC	
9.		BAB III	ACC	
10.	07 Juni 2021	Pengajuan BAB IV	Perbaikan 1	

11.	24 Juni 2021	BAB IV	Perbaikan 2	
12.		BAB IV	Perbaikan 3	
13.		BAB IV	Perbaikan 4	

14.	07 Juli 2021	Pengajuan BAB V	Perbaikan 1	
15.	14 Juli 2021	BAB IV	Perbaikan 5	
16.		BAB V	Perbaikan 2	
17.	15 juli 2021	BAB IV	ACC	
18.		BAB V	ACC	
19.	16 juli 2021	Sampuljudul - abstrak	ACC	


PARTOGRAF
No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah
Nama Ibu : Ny A
Tanggal : 10 Juni 21
Sejak jam 02.30 WIB
Umur : 28
Jam : 20.00
mules sejak jam 15.00 WIB
G 1 P 0 A 0
Alamat :
Denyut Jantung Janin (/menit)
Air ketuban
Penyusupan
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x
Tanjinya kepala beri tanda o
Sentimeter (Cm)
WASPADA
BERTINDAK
Waktu (jam)
02.00
03.00
Kontraksi tiap 10 Menit
< 20
20-40
> 40
(dok)
Oksitosin U/L tetes/menit
Obat dan Cairan IV
Nadi
Tekanan darah
Suhu °C
Urin
Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 11 juni 2021
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :
   ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
   ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
   ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : .....
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
   ☐ Bidan ☐ Teman
   ☐ Suami ☐ Dukun
   ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / (T)
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tab : .....
12. Hasilnya : .....

KALA II

13. Episiotomi :
    ☐ Ya, indikasi .....
    ☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
    ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
    ☑ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☑ Tidak
16. Distosia bahu :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☑ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

KALA III

20. Lama kala III : 15 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
    ☑ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
    ☐ Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    ☐ Ya, alasan .....
    ☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasan .....
24. Masase fundus uteri ?
    ☑ Ya.
    ☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / (Tidak)
    ☐ Ya, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
27. Laserasi :
    ☐ Ya, dimana .....
    ☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan :
    ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    ☐ Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :
    ☐ Ya, tindakan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ....100..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan ...3...gram
35. Panjang ..... cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
    ☑ Normal, tindakan :
    ☑ mengeringkan
    ☑ menghangatkan
    ☑ rangsang taktil
    ☑ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/, tindakan :
    ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
    ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
    ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ lain - lain sebutkan .....
    ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
    ☐ Hipotermi, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
39. Pemberian ASI
    ☑ Ya, waktu : ....1.....jam setelah bayi lahir
    ☐ Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....
    Hasilnya : .....

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	03·45	110/70	80		2 jr ↓ pusat	keras	kosong	± 10 cc
	04·00	110/80	82		2 jr ↓ pusat	keras	kosong	± 25 cc
	04·15	100/70	80		2 jr ↓ pusat	keras	kosong	± 20 cc
	04·30	110/80	82		2 jr ↓ pusat	keras	kosong	± 10 cc
2	05·00	110/70	84		2 jr ↓ pusat	keras	kosong	± 20 cc
	05·30	100/80	80		2 jr ↓ pusat	keras	kosong	± 15 cc

Masalah kala IV : .....
Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
Hasilnya : .....