

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR/TEORI

2.1.1 KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Winkjosastro, 2009).

Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi (Sitanggang dkk, 2012: 2). Kehamilan terjadi jika ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi (Saifuddin, 2010:139).

2. Proses Kehamilan

a. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi diliputi oleh corona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi. Dalam beberapa jam

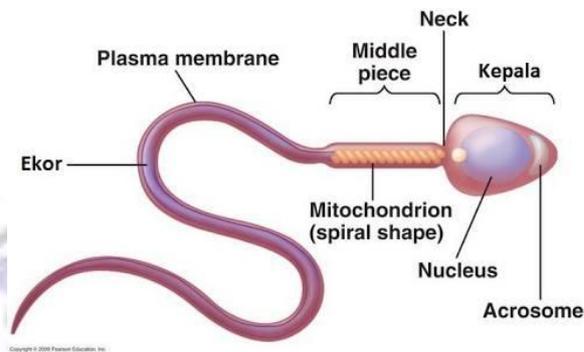
setelah terjadi pembuahan, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung zat asam amino dan nzim. Setelah pembelahan ini terjadi, maka pembelahan benrjalan lancar, dan dalam waktu 3 hari terbentuk suatu kelompok sel-sel yang besarnya sama. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula. Hasil konsepsi disalurkan terus ke pars ismika dan pars interstialis tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan kearah kavum uteri. Dalam kavum uteri hasil konsepsi mencapai stadium blastula.

Blastula diselubungi oleh satu sampai yang terdiri dari sekelompok sel yang merupakan dinding yaitu tropoblast. Tropoblast inilah yang memberi makan ovum sampai terbentuk sirkulasi darah didalam plasenta (Elisabath, 2015 : 3-4).

b. Sperma

Sel sperma adalah sel sistem reproduksi utama dari laki-laki, yang dihasilkan oleh testis. Sel sperma inilah yang akan membuahi ovum untuk membentuk zigot. Sel sperm memiliki jnis kelamin laki-laki atau perempuan. Sperma berbentuk seperti kecebong, terdiri atas kepala, berbentuk lonjong agak gepeng, yang berisi inti (nukleus) leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengahsetelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai

masa akil baliq. Pada dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira sepuluh kali bagian kepala.



Gambar 2.1
Tekstur Sperma

Sumber: Manuaba I.B.G. 2007.

Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan samapai akil baliq. Pada masa pubertas dibawah pengaruh sel-sel linterstia lleyding. Sel-sel spermatogonium mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis.

Urutan pertumbuhan spermatogenesis meliputi :

- 1) Spermatogonium, merupakan tahap pertama pada spermatogenesis yang dihasilkan oleh testis.
- 2) Spermatosit primer, merupakan mitosis dari spermatogonium. Pada tahap ini tidak terjadi pembelahan.

- 3) Spermatosit sekunder, merupakan meiosis dari spermatosit primer. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis.
- 4) Spermatid, merupakan meiosis dari spermatosit sekunder. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis yang kedua.
- 5) Spermatozoa merupakan diferensiasi / pematangan dari spermatid. Pada tahap ini terjadi diferensiasi (Ina, 2014 : 58-59).

c. Pembelahan dan Fertilisasi

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu sperma bertemu dengan ovum, terjadi penyatuan sperma dengan ovum, sampai dengan terjadinya perubahan fisik dan kimiawi ovum-sperma hingga menjadi buah kehamilan.

Fase-fase dalam konsepsi sampai dengan fertilisasi :

- 1) Sperma memasuki vagina.

Sperma diejakulasi diforniks vagina saat koitus, menuju keampulla tuba sebagai tempat fertilisasi.

- 2) Proses kapasitas

Sperma mengalami perubahan biokimiawi agar lebih kuat untuk mencapai ampulla tuba.

3) Reaksi akrosom

Sperma mengadakan pengeluaran cairan hyaluronidase dan tripsin agar bisa menembus lapisan Oosit/ovum.

4) Sperma memasuki zona pellusida dan corona radiata

Zat yang dikeluarkan melalui reaksi akrosom akan mengencerkan corona radiata dan zona pellusida.

5) Reaksi granula kortikal

Granula kortikal merupakan sel-sel granulose yang berada disekitar oosit yang akan menutup setelah satu buah sperma masuk kedalam oosit, sehingga mencegah sperma yang lain untuk masuk.

6) Fertilisasi

a) Kepala sperma membesar dan inti sel sperma membentuk pronukleus pria.

b) Inti sel ovum membentuk pronukleus wanita.

c) Kedua pronukleus berfungsi.

Dalam proses ini semua akan bersatu dan membentuk zigot yang terdiri atas bahan genetik dari wanita dan pria (Ari, 2014 : 36).

d. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel disebut *Blastomer* (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar.

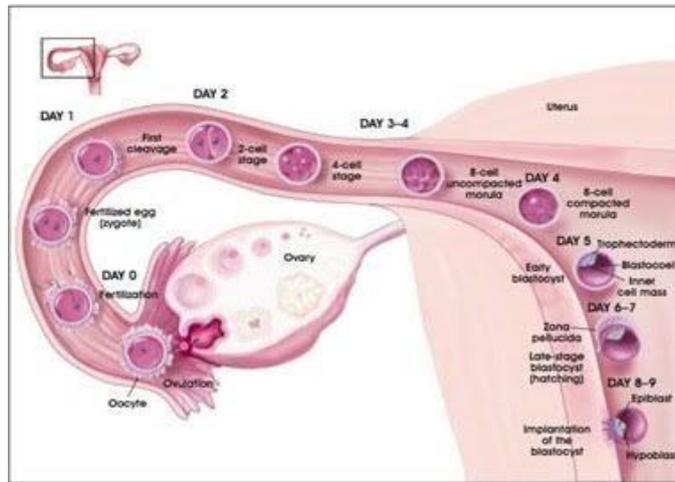
Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut *Morula* (4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk ke dalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur-angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut blastokista (4,5-5 hari).

Sel yang bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut troblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi (5,5-6 hari) dalam bentuk Blastokista tingkat lanjut (Miratu dkk, 2015 : 27-28).

e. Nidasi atau Implantasi

Setelah pertemuan kedua inti spermatozoa dan ovum, maka terbentuklah zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya dari dua sel menjadi trilyunan sel. Bebarengan dengan proses pembelahan sel, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus.

Implantasi didefinisikan sebagai proses melekatnya embrio pada dinding uterus dan menembus epitel serta sistem sirkulasi ibu untuk membentuk plasenta. Implantasi terjadi 5-7 hari sesudah fertilisasi. Tempat terjadinya implantasi biasanya pada fundus uteri bagian posterior (Yesie, 2010 : 62).



Gambar 2.2

Proses perkembangan dan perjalanan ovum dari ovarium sampai cavum uteri

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Halaman 115.

f. Pembentukan Plasenta

Fungsi plasenta adalah sebagai alat metabolisme, alat transfer, dan alat untuk sekresi janin selama didalam uterus (Yesie, 2010 : 62).

3. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi Pada Ibu Hamil

a. Sistem Reproduksi

1) Vagina dan Vulva

Karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda Chadwick (Ari, 2014 : 61).

2) Uterus

Pertumbuhan uterus yang fenomenal pada trimester pertama berlanjut sebagai respons terhadap stimulus kadar hormon estrogen dan progesteron yang tinggi. Pembesaran terjadi akibat :

- a) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah.
- b) Hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru) dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada).
- c) Perkembangan desidua.

Uterus yang tidak hamil memiliki panjang 7,5 cm, lebar 5 cm, dan tebal 2,5 cm, serta berat sekitar 60 gram. Ketika sudah aterm, ukurannya rata-rata menjadi 30 cm x 23 cm x 20 cm dan berat meningkat sampai 900 gram. Pertumbuhan uterus dapat diukur melalui dinding abdomen sepanjang kehamilan. Pertumbuhan uterus yang adekuat merupakan indikator yang baik terhadap kesehatan dan pertumbuhan janin.

Terlihat pola pelunakan uterus pada sekitar minggu ke-7 dan ke-8, yaitu isthmus melunak dan dapat ditekan (tanda Hegar), serviks melunak (tanda Goodell), dan fundus pada serviks mudah fleksi (tanda Mc Donald). Setelah minggu ke-8, korpus uterus dan serviks

melunak dan membesar secara keseluruhan. Minggu ke-12 dan ke-14 uterus semakin membesar menyebabkan uterus keluar dari rongga panggul dan dapat dipalpasi diatas simfisis pubis. Minggu ke-20 uterus membesar secara bertahap sampai setinggi umbilikus, gestasi dan hampir menyentuh [rosesus xifoideus pada aterm. Minggu ke-38 sampai ke-40 tinggi fundus turun karena janin mulai masuk pintu atas panggul.

Sekitar minggu ke-16 kehamilan, timbul kontraksi lemah yang hilang-timbul pada otot uterus mempertahankan tonus otot. Kecepatan rata-rata aliran darah diuterus 500ml/menit dan konsumsi rata-rata oksigen uterus gravida 25ml/menit. Minggu ke-30, uterus dapat terlihat menjadi dua bagian utama. Isthmus menjadi segmen bawah uterus yang dindingnya tersusun atas lapisan otot polos sirkuler dan longitudinal. Bagian uterus sisanya, segmen atas uterus, memiliki dinding yang lebih tebal dan tersusun atas lapisan otot oblik. Minggu ke-36 segmen bawah uterus sudah terbentuk sempurna dan sepanjang 8-10 cm.

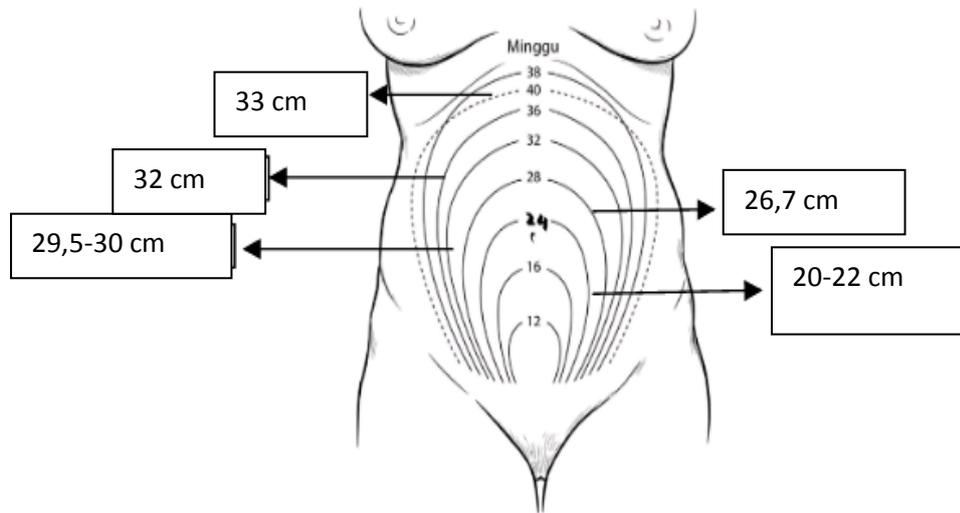
Selama kehamilan vagina dipengaruhi oleh tingginya kadar hormon yang bersirkulasi terutama

estrogen. Otot dinding vagina menebal dan dindingnya menjadi lebih elastis. Keseimbangan normal pada vagina terganggu akibat peningkatan kadar hormon. Peningkatan tersebut membuat lingkungan vagina menjadi lebih asam. Keasaman mencegah invasi berbagai bakteri. Meskipun demikian infeksi vagina, terutama kandidiasi lebih sering terjadi (Nurul, 2014 : 29-31).

Tabel 2.1
Penambahan Ukuran TFU

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3 jari dibawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)

Sumber : (Sulistyawati, 2010: 60)



Gambar 2.3
TFU menurut Umur Kehamilan menurut Mc.Donald
Sumber : Manuaba, 2010.

22-28 minggu : 24-25 cm

28 minggu : 26,7

30 minggu : 29,5-30 cm

32 minggu : 29,5-30 cm

34 minggu : 31 cm

38 minggu : 33 cm

40 minggu : 37,7 cm

Cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

$$1) \frac{\text{Tinggi fundus uteri (cm)} \times 2}{7} = (\text{durasi kehamilan dalam minggu})$$

$$2) \frac{\text{Tinggi fundus uteri (cm)} \times 8}{7} (\text{durasi kehamilan dalam bulan}).$$

Tabel : 2.2
TFU untuk menentukan usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jari diatas symphis
16 minggu	Pertengahan pusat-simfsis
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-prosesus xipodeus (px)
36 minggu	3 jari di bawah prosesus xipodeus (px)
40 minggu	Pertengahan pusat-prosesus xipodeus(px)

(Sumber: Sulistyawati,2012:21)

3) Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Ari, 2014 : 61).

4) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu) (Vivian, 2011 : 89).

b. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan dalam memberikan ASI untuk masa menyusui. Hal ini tak lepas dari pengaruh hormon progesteron, estrogen, dan somatomamotropin (Yesie, 2010 : 66).

c. Sistem Endokrin

Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesteron. Progesteron dan estrogen merangsang proliferasi dari desidua (lapisan dalam uterus) dalam upaya mempersiapkan implantasi jika kehamilan terjadi. Plasenta, yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi, akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan progesteron (Ari, 2014 : 66).

d. Sistem Perkemihan

Uterus yang membesar menyebabkan kandung kemih terangkat. Vaskularisasi bladder meningkat dan tonus otot

menurun. Kapasitas bladder/kandung kemih meningkat sampai dengan 1500ml (Yesie, 2010 : 69).

e. Sistem Pencernaan

1) Trimester I

Menurut Hanifa Wiknjosastro (2002 : 97) pada bulan-bulan pertama kehamilan, terdapat perasaan enek (nause). Hal ini dikarenakan kadar hormon estrogen yang meningkat. Tous otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada dalam usus. Hal ini mungkin baik untuk reabsorpsi, tetapi menimbulkan konstipasi yang memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang dijumpai adanya gejala muntah (emesis) pada bula-bulan pertama kehamilan. Biasanya terjadi pada pagi hari (morning sickness). Apabila emesis terjadi terlalu sering dan terlalu banyak dikeluarkan (hiperemesis gravidarum), maka keadaan ini patologi. Hipersalivasi sering terjadi sebagai kompensasi dari mual dan muntah yang terjadi. Pada beberapa wanita ditemukan adanya ngidam makanan yang mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa muad dan muntah. Kondisi lainnya adalah *pica* (mengidam) yang sering dikaitkan dengan anemia

akibat defisiensi zat besi ataupun adanya suatu tradisi (Vivian, 2012 : 98).

2) Trimester II dan III

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral. Wasir (hemoroid) cukup sering terjadi pada kehamilan. Sebagian besar hal ini erjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena dibawah uterus termasuk vena hemoroidal. Panas perut terjadi karena terjadinya aliran balik asam gastrik ke dalam esofagus bagian bawah (Vivian, 2011 : 98-99).

f. Sistem Musculoskeletal

Lordosis yang progresif yang akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus keposisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokogsigis dan pubis akan meningkat molibitasnya, yang diperkirakan karena pengeruh horma. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah

punggung terutama pada akhir kehamilan (Sarwono, 2014 : 186).

g. Sistem Kardiovaskuler

Jantung mengalami hipertrofi (pembesaran) atau dilatasi ringan akibat peningkatan volume darah dan curah jantung. Pembesaran uterus mendesak diafragma keatas, jantung terangkat keatas dan berotasi ke depan dan ke kiri. Kehamilan minggu ke-14 dan ke-20 denyut meningkat perlahan, mencapai 10-15x/menit, menetap sampai aterm. Dapat timbul palpitasi. Selama pertengahan masa kehamilan, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10mmHg. Penurunan tekanan darah ini kemungkinan disebabkan oleh vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal selama kehamilan. Volume darah meningkat sekitar 1.500ml. peningkatan terjadi atas 1.000ml plasma, 450ml sel darah merah. Peningkatan volume mulai terjadi pada sekitar minggu ke-10 sampai ke-12 sampai ke-26, dan menurun setelah minggu ke-30. Peningkatan volume merupakan mekanisme protektif. Keadaan ini sangat penting untuk sistem vaskuler yang mengalami hipertrofi akibat pembesaran uterus, hidrasi jaringan janin dan ibu yang adekuat saat ibu berdiri atau telentang, cadangan cairan untuk mengganti darah yang hilang selama proses melahirkan dan puerperium. Vasodilasi perifer mempertahankan tekanan darah

tetap normal walaupun volume darah pada ibu hamil meningkat (Nurul, 2014 : 32).

h. Sistem Integumen

Menurut Diczfalusy dan Troen (1961) keadaan ini sangat jelas terlihat pada wanita dengan warna kulit gelap atau hitam dan dapat dikenali payudara, abdomen, vulva, serta wajah. Ketika terjadi dikulit wajah dikenali sebagai *cloasma gravidarum* (topeng kehamilan). Pada daerah wajah biasanya terjadi pada daerah pipi dan dahi sehingga dapat mengubah penampilan wanita.

Linea Alba yaitu garis putih tipis yang membentang dari simfisis pubis sampai umbilikus, dapat menjadi gelap yang biasa disebut *linea nigra*. Peningkatan pigmentasi ini akan berkurang sedikit demi sedikit setelah masa kehamilan.

Stiae gravidarum yaitu garis-garis yang berwarna merah muda atau kecoklatan pada daerah abdomen, paha, dan payudara.

Cloasma gravidarum yaitu deposit pigmen pada dahi, pipi, dan hidung (Vivian, 2011 : 99-100).

i. Metabolisme

Menurut Sarwono dan Hanafi (1995) untuk metabolisme karbohidrat pada kehamilan normal terjadi kadar glukosa plasma ibu yang lebih rendah secara bermakna karena :

- 1) Ambilan glukosa sirkulasi plasenta meningkat.
- 2) Produksi glukosa dari hati menurun.
- 3) Produksi alanin (salah satu *precursor glukoneogenesis*) menurun.
- 4) Aktivitas ekskresi meningkat.
- 5) Efek hormon-hormon gestasional (*human placental lactogen*, hormon-hormon plasenta lainnya, hormon-hormon ovarium, hipofisis, pankreas, adrenal, *growth factor*).
- 6) Perubahan metabolisme lemak dan asam amino.
- 7) Peningkatan enzim-enzim metabolisme pada umumnya.

Berat badan wanita hamil akan naik kira-kira 6,5-16,5 kg, rata-rata 12,5 kg. Kenaikan berat badan ini terjadi terutama dalam kehamilan 20 minggu terakhir, hal ini disebabkan :

- a) Hasil konsepsi : fetus, plasenta dan *likuor amni*.
- b) Dari ibu sendiri : uterus dan payudara yang membesar, volume darah yang meningkat, lemak dan protein lebih banyak, dan adanya retensi air (Dr. Merryana, 2012 : 9).

j. Kulit

Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak pada kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentasi juga terjadi disekeliling puting

susu, sedangkan diperut bawah bagian tangan biasanya tampak garis gelap, yaitu *spider angioma* (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul dikulit, dan biasanya diatas pinggang. Pelebaran pembuluh darah kecil yang ber dinding tipis seringkali tampak ditungkai bawah (Ari, 2014 : 65).

4. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Nutrisi

Nutrisi pada trimester III nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis dan terlalu asin (garam, ikan asin, tauco dan kecap asin), karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan. Jadwal makan bagi ibu hamil sebaiknya teratur 3 kali sehari akan tetapi apabila ibu tidak bisa makan dalam porsi besar 3 kali sehari dapat diganti dengan 6 kali sehari porsi kecil (Marmi, 2011).

1) Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. (Saifuddin, 2010). Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi.

2) Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga yang vital, selain itu dibutuhkan untuk pertumbuhan jaringan plasenta (Hutahaean, 2013). Kebutuhan lemak seorang ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Lemak Omega 3 dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan olahannya, serta ikan laut.

3) Vitamin

Vitamin dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut :

(a) Vitamin yang larut dalam lemak

(1) Vitamin A. Berfungsi untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, kulit, organ dalam, dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014). Kebutuhannya 200 RE (retinol ekivalen) per hari (Hutahaean, 2013).

(2) Vitamin D. Mengonsumsi vitamin D akan dapat mencegah hipokalsemia karena vitamin

D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014).

(3) Vitamin E. Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014). Vitamin E berfungsi untuk pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013).

(b) Vitamin yang larut dalam air

(1) Vitamin C. Berfungsi meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan vitamin C 250 miligram per hari (Varney, 2007).

(2) Vitamin B6. Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg per hari (Kamariyah, 2014; 70). Vitamin B6 penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013).

(3) Asam Folat. Mengurangi angka kejadian anemia megaloblastik. Ibu hamil membutuhkan 200 hingga 400 μg per hari (Varney, 2007). Asam folat juga berfungsi

mencegah cacat tabung saraf (*neural tube defects*) seperti spina bifida (Kamariyah, 2014).

4) Mineral

Mineral yang memiliki fungsi penting selama kehamilan adalah sebagai berikut :

(a) Kalsium. Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014). Bila asupan kalsium ibu hamil kurang maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu (Hutahaean, 2013).

(b) Fosfor. Fosfor berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu (Hutahaean, 2013). Kebutuhannya sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014).

(c) Besi. Diperlukan untuk menghasilkan hemoglobin sel darah merah janin dan maternal (Kamariyah, 2014). Semua wanita hamil harus menerima suplemen zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30 mg per hari (Varney, 2007).

(d) Yodium. Defisiensi yodium menyebabkan kretinisme. Tambahan yodium yang dibutuhkan

ibu hamil sebanyak 25 μ g /hari (Hutahaean, 2013).

(e) Seng atau zink. Berfungsi untuk metabolisme sebuah komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesi DNA dan RNA. Kebutuhannya sebesar 15 mg per hari (Kamariyah, 2014).

(f) Natrium. Berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan, keseimbangan asam basa, iritabilitas muskuler, juga mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf (Kamariyah, 2014). Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram per minggu sehingga ibu hamil cenderung menderita edema. (Hutahaean, 2013).

5. Perubahan Psikologis Kehamilan

a. Trimester I (Periode Penyesuaian)

- 1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa bencidengan kehamilannya.
- 2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.

- 3) Akibat dari dampak terjadinya peningkatan hormone estrogen dan progesterone pada tubuh ibu hamil akan mempengaruhi perubahan pada fisik sehingga banyak ibu hamil yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.
- 4) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ibu benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk menyakinkan dirinya.
- 5) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- 6) Kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakan.
- 7) Hasrat untuk melakukan hubungan seksual berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan (Ina, 2014 : 95-96).

b. Trimester II (Periode Kesehatan yang Baik)

- 1) Minggu ke-16/bulan ke-4

Fundus berada ditengah antara simfisis dan pusat.

Berat ibu bertambah 0,4-0,5 kg/minggu selama sisa kehamilan dan mungkin mempunyai banyak energi. Sekresi vagina meningkat (tetapi normal jika tidak gatal, iritasi, atau berbau busuk). Tekanan pada

kandung kemih berkurang sehingga frekuensi sering BAK berkurang.

2) Minggu ke-20/bulan ke-5

Fundus mencapai pusat. Payudara memulai sekresi kolostrum. Kantong ketuban mempunyai 400 ml cairan. Rasa akan pingsan dan pusing mungkin terjadi, terutama jika posisi berubah secara mendadak. Vaseses pembuluh darah, ibu merasakan gerakan janin, areola bertambah gelap, hidung tersumbat, kram pada kaki, dan konstipasi.

3) Minggu ke-24/bulan ke-6

Fundus diatas pusat. Sakit punggung dan kram pada kaki, perubahan kulit bisa berupa striae gravidarum, cloasma gravidarum, linea nigra, jerawat, mimisan dan mengalami gatal-gatal pada abdomen karena uterus membesar dan kulit meregang(Vivian, 2011 : 107).

c. Trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan)

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.

- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif).
- 8) Libido menurun (Ari, 2014 : 77).

6. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi dalam 3 trimester:

Kehamilan dibagi dalam 3 trimester:

1. Trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu)

Ketika wanita dinyatakan hamil, maka kadar hormon progesteron dalam tubuh akan meningkat dan akan menimbulkan mual, muntah pada pagi hari, lemah, letih dan membesarnya payudara. Pada awal kehamilannya ibu akan membenci perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan, dan kesedihan (Nirwana, 2011).

2. Trimester kedua (antara 12 sampai 28 minggu)

Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih

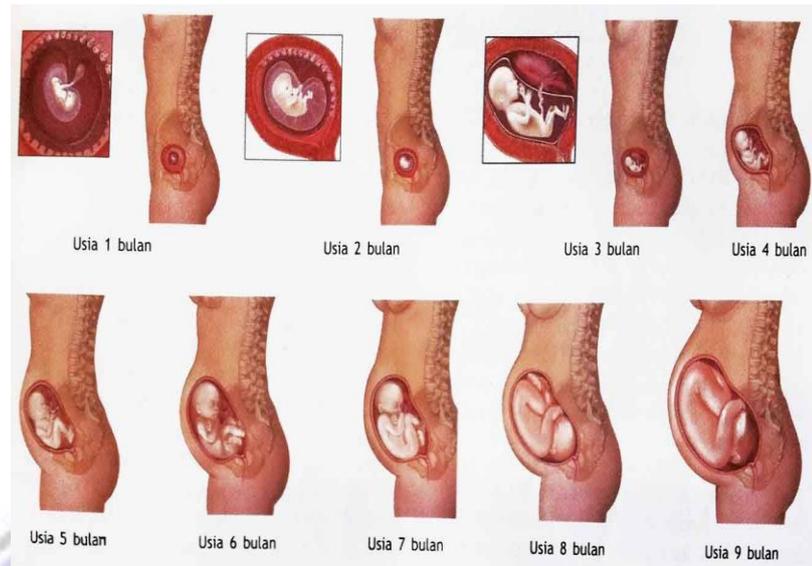
konstruktif. Pada trimester ini ibu dapat merasakan kehamilannya. Banyak ibu merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama (Wulandari, 2009).

3. Trimester ketiga (antara 24 sampai 40 minggu)

Pada trimester ketiga ibu akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya (Wulandari, 2009).

Trimester ketiga lebih sering disebut periode menunggu atau penantian dan waspada. Sebab pada masa ini ibu merasa tidak sabar ingin segera melihat anak yang selama sembilan bulan lahir kedunia ini.

Trimester ketiga ini adalah masa persiapan kelahiran dan peran sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi (Wulandari, 2009).



Gambar 2.4
Tahap-Tahap Pertumbuhan Janin Pada Masa Kehamilan
Sumber:Wirisliani, 2017

7. Tanta-Tanda Kehamilan

a. Tanda Tidak Pasti (Presuntive Sign)

1) Amnorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat di konfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan.

2) Mual (nause) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan

menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari (*morning sickness*).

3) Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makan tertentu. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4) Pingsan (*Syncope*)

Terjadi gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan dan akan hilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

5) Lelah (*fatigue*)

Sering terjadi pada trimester I, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan.

6) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara.

Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan.

7) Seting miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Ini terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada akhir triwulan gejala bisa muncul kembali karena janin mulai masuk rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

8) Kontipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB.

9) Pigmentasi pada kulit

Terjadi pada usia kehamilan 12 minggu. Terjadi karena pengaruh hormon kortikosterid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

10) Epulis

Hipertropi papillagingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

11) Varices atau penampakan pembuluh daerah vena

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Verices dapat terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis serta payudara.

Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Miratu, 2015 : 84-87)

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Perut membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen.

2) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dari rahim.

3) Tanda hegar

Konsistensi rahim yang menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau meletakkan 2 jari dalam formiks posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis, maka isthmus ini tidak berada seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari cerviks.

4) Tanda chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan tampak

livide. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormone estrogen.

5) Tanda piscaseck

Uterus membesar kesalah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus.

6) Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

7) Teraba ballotment

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (Ina , 2014 : 102-103).

c. Tanda Pasti Kehamilan

1) Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ).

2) Terasa gerak janin.

3) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio.

4) Pada pemeriksaan rontgen terligat adanya rangka janin (>16 minggu) (Ari, 2014 : 83).

8. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

a. *Morning Sickness* (mual dan muntah)

Hampir 50% wanita hamil mengalami mual muntah dan biasanya mual ini dialami sejak awal kehamilan. Mual akan berakhir pada usia 14 minggu kehamilan sedangkan pada trimester kedua sampai trimester ketiga jarang terjadi (Surirah, 2008 : 78).

b. Sering buang air kecil

Hal ini terjadi pada awal kehamilan karena rahim yang membesar menekan kandung kemih dan perubahan hormonal juga menyebabkan peningkatan volume darah yang menyebabkan ginjal memproduksi cairan. Hal ini akan berkurang pada trimester 2 dan mulai lagi pada kehamilan lanjut karena bayi akan menekan kandung kencing dari arah atas (Surirah, 2008 : 84).

c. Konstipasi atau Sembelit

Konstipasi terjadi karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus bekerja kurang efisien. Tapi keuntungannya memungkinkan penyerapan nutrisi yang lebih baik saat hamil (Surirah, 2008 : 85).

d. Merasa Lelah dan Mengantuk

Hal ini terjadi pada saat awal kehamilan, karena tubuh bekerja secara aktif untuk menyesuaikan, baik secara fisik dan emosional selama proses kehamilan (Surirah, 2008 : 86).

e. Sakit Kepala

Nyeri kepala yang tidak berkaitan dengan proses patologis dan etiologinya tidak diketahui dapat mulai terjadi pada masa hamil (Buku Saku Kebidanan, 2010 : 41). Namun sakit kepala sering dialami pada kehamilan trimester I dikarenakan adanya peningkatan tekanan darah ke tubuh sehingga saat akan mengubah posisi dari duduk atau tidur ke posisi yang lain (berdiri) tiba-tiba kepala akan terasa pusing.

f. Meludah

Keinginan meludah yang terjadi pada ibu hamil yang terus menerus dianggap normal sebab hal ini termasuk gejala morning sickness yang sering terjadi pada trimester pertama dan akan menghilang pada trimester selanjutnya (Surirah, 2008 : 89).

g. Nyeri Punggung

Nyeri punggung saat kehamilan mencapai puncak pada minggu ke-24 sampai dengan minggu ke-28, tepat

sebelum pertumbuhan abdomen mencapai titik maksimum (Yuliarti, 2010).

h. Konstipasi

Konstipasi dapat terjadi akibat penurunan kecepatan kerja peristaltis, yang disebabkan oleh progesteron, pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplementasi zat besi (Kebidanan, 2010 : 35).

i. Sering Buang Air Kecil

Karena kandung kemih semakin tertekan oleh rahim yang disebabkan kepala bayi turun ke rongga panggul sehingga tampungan kandung kemih semakin berkurang (dr. Hermawan, 2009 : 44).

j. Kram pada Kaki

Kram kaki dapat disebabkan oleh diet rendah kalsium atau melakukan aktivitas baru. Tekanan pada uterus mengganggu sirkulasi ke ekstermitas bawah dan dapat memberikan tekanan pada saraf yang berjalan melewati foramen obturator (Buku Saku Kebidanan, 2010 : 48).

9. Tanda Bahaya Kehamilan TM III

Macam-macam tanda bahaya kehamilan antara lain sebagai berikut:

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan jarang yang normal. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta dan ruptur uteri (Astuti, 2012).

Menurut Kusmiyati (2008) ada beberapa jenis perdarahan antepartum pada kehamilan lanjut yaitu:

1) Plasenta Previa

Adanya plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan dan belakang rahim atau di daerah fundus uteri. Gejala-gejalanya adalah:

- (a) Gejala yang terpenting adalah perdarahan tanpa nyeri, bisa terjadi secara tiba-tiba dan kapan saja.
- (b) Bagian terendah anak sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim

sehingga bagian terndah tidak dapat mendekati pintu atas panggul.

- (c) Pada plasenta previa, ukuran panjang rahim berkurang maka plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak.

2) Solusio Plasenta

Adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir.

Tanda dan gejalanya adalah:

- (a) Darah dari tempat plasenta keluar dari serviks dan terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan tampak.
- (b) Kadang-kadang darah tidak keluar, terkumpul dibelakang plasenta (perdarahan tersembunyi atau perdarahan ke dalam)
- (c) Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas (rahim keras seperti papan) karena sseluruh perdarahan tertahan di dalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.
- (d) Perdarahan disertai nyeri.
- (e) Nyeri abdomen pada saat di pegang.

- (f) Palpasi sulit dilakukan.
- (g) Fundus uteri makin lama makin naik.
- (h) Bunyi jantung biasanya tidak ada.

b. Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi (Rukiyah, 2010).

c. Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsia (Whalley, 2007).

d. Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia (Sulistyawati, 2009).

e. Keluar Cairan Per Vaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm (< 37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum (Kusmiyati, 2009).

f. Gerak Janin tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur

gerakan bayi akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Bayi harus bergerak 3x dalam 1 jam atau minimal 10x dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin (Sulistyawati, 2009).

g. Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendiksitis, penyakit radang panggul, gastritis dan lain-lain (Astuti, 2012).

10. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang di anjurkan sebagai berikut:

- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama (sebelum usia kehamilan umur 14 minggu)

- b. Minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 14-28 minggu)
- c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-36 minggu atau lebih dari 36 minggu)

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan komplikasi (Depkes RI, 2009).

11. Standar Asuhan Kehamilan

Standar minimal asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

a. Timbang Berat Badan

Secara perlahan berat badan ibu hamil akan mengalami kenaikan antara 9-13 kg selama kehamilan atau sama dengan 0,5 kg per minggu atau 2 kg dalam satu bulan. Penambahan berat badan paling banyak terjadi pada trimester ke II kehamilan (Hani, 2011; 75).

b. Ukur Tekanan Darah

Tekanan darah normal antara 90/60 mmHg hingga 140/90 mmHg dan tidak banyak meningkat selama kehamilan. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan banyak masalah dalam kehamilan. Aliran darah dari plasenta ke bayi juga mengalami gangguan sehingga penyaluran oksigen serta makanan terhambat, yang

menyebabkan gangguan pertumbuhan (IUFD) dan sebagainya (Rukiyah, 2009; 2).

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Uterus semakin lama semakin membesar seiring dengan penambahan usia kehamilan. Pemeriksaan tinggi fundus uteri dilakukan dengan membandingkan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) dan diukur dengan menggunakan palpasi (metode jari) atau meteran terhadap TFU. Uterus bertumbuh kira-kira 2 jari per bulan (Hani, 2011; 75).

d. Imunisasi TT (Tetanus Toxoid)

Menurut Rukiyah (2009; 7) bahwa imunisasi TT pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT kedua diberikan 4 minggu setelah TT pertama.

e. Pemberian Tablet Besi (minimum 90 tablet selama kehamilan)

Selama kehamilan seorang ibu hamil minimal harus mendapatkan 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit untuk mendapatkan zat besi dengan jumlah yang cukup dari makanan. Untuk mencegah anemia seorang wanita sebaiknya mengonsumsi sedikitnya 60 mg zat besi (mengandung FeSO_4 320 mg) dan 1 mg asam folat setiap

hari. Namun jika ibu sudah menderita anemia, maka sebaiknya mengonsumsi 2 tablet besi dan 1 asam folat per hari. Zat besi penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan serta perkembangan janin yang adekuat (Rukiyah (2009; 2).

f. Tes terhadap PMS

PMS yang terjadi selama kehamilan berlangsung akan menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu tes terhadap PMS perlu dilakukan agar dapat didiagnosis secara dini dan mendapatkan pengobatan secara tepat.

g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Temu wicara mengenai persiapan tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan penting dilakukan. Hal ini penting karena bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, ibu dapat segera mendapat pertolongan secara tepat, karena kematian ibu sering terjadi karena 3T, yaitu :

- 1) Terlambat mengenali bahaya
 - 2) Terlambat untuk dirujuk
 - 3) Terlambat mendapat pertolongan yang memadai
- (Kusmiyati, 2009; 169).

Menurut Depkes RI (2009) standar asuhan kehamilan terbagi kedalam 10 bagian, yang disebut juga 10 T yaitu:

- 1) Timbang berat badan;
- 2) Ukur tekanan darah;
- 3) Ukur tinggi fundus uteri;
- 4) Pemberian tablet zat besi;
- 5) Pemberian imunisasi TT;
- 6) Pemeriksaan Hb;
- 7) Pemeriksaan VDRL;
- 8) Pemeriksaan payudara;
- 9) Senam payudara dan pijat tekan payudara;
- 10) Pemeliharaan tingkat kebugaran/selama ibu hamil;
- 11) Temu wicara;
- 12) Pemeriksaan protein urine atas indikasi;
- 13) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi;
- 14) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis malaria (Suryono, 2010)

12. Pemeriksaan Panggul

a. Pemeriksaan Panggul Luar

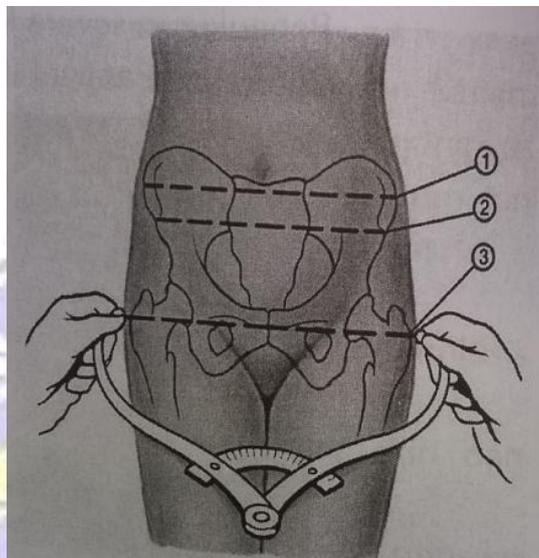
Cara ini dapat ditentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul apabila dilakukan dengan pemeriksaan dalam. Alat-alat yang dipakai antara

lain: jangkar-jangkar panggul Martin, Oseander, Collin, Boudeloque dan sebagainya.

Yang diukur adalah :

- 1) Distansia spinarum ($\pm 24-26$ cm), jarak anatar kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.
- 2) Distansia kristarum ($\pm 28-30$ cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krisna iliaka sinistra dan dekstra.
- 3) Distansia oblikua eksterna (ukuran miring luar), jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior dekstra dan spina iliaka anterior superior sinistra.
- 4) Distansia intertrokanterika, jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Konjugata eksterna (Boudeloque) ± 18 cm, jarak antara bagian atas simfisis ke profesus spinosus lumbal 5.

- 6) Distansia tubernum ($\pm 10,5$ cm), jarak antara tuber iskii kanan dan kiri. (Marmi, 2011:171-176)



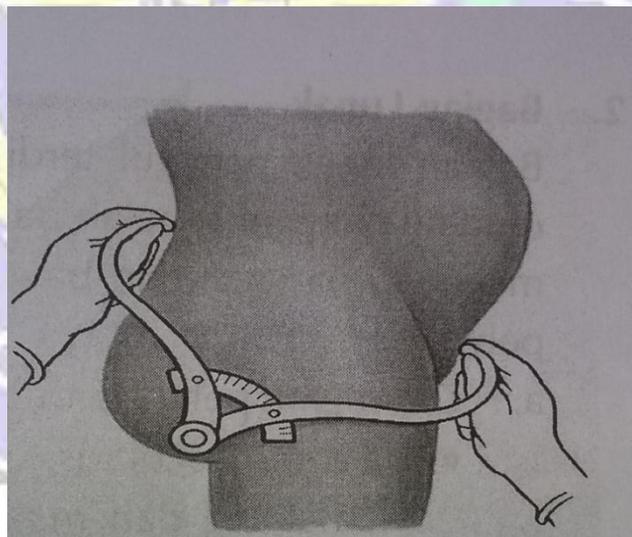
Gambar 2.5
Menentukan ukuran pinggul luar
(sumber: Nurasiah, 2014)

b. Pemeriksaan Panggul Dalam

Menurut Marmi (2011:175-176) pemeriksaan dilakukan usia kehamilan 36 minggu. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina iskiadika tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $> 90^\circ$.

Menurut Megasari (2014 : 22) untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut :

- 1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.
- 2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul.
- 3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul.
- 4) Sudut arcus pubis $> 90^{\circ}$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul.



- 5) Keadaan dasar panggul apakah kau, tebal atau elastis.

Gambar 2.6
Menentukan ukuran Baudeloque
(sumber: Nurasiah, 2014)

2.1.2 PERSALINAN

1. Pengertian Persalinan

Menurut Wiknjosastro (2002) persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui agina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Marmi, 2012 : 2).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri, 2012: 54).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Hutahaean, 2013: 78).

2. Jenis-Jenis Persalinan

a. Persalinan Spontan

Proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri (Ai dkk, 2012 : 3).

b. Persalinan Buatan

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2005) persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *sectio caesarea* (Marmi, 2012 : 3).

c. Persalinan Anjuran

Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

Persalinan kadang-kadang tidak mulai segera dengan sendirinya tetapi baru bisa berlangsung dengan dilakukannya amniotomi/pemecahan ketuban atau dengan induksi persalinan yaitu pemberian pitocin atau prostaglandin (Ika, 2014 : 4).

3. Sebab-Sebab Persalinan

a. Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang menimbulkan relaksasi pada otot-otot rahim. Sedangkan hormon estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah. Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga membantu mencegah ekspulsi fetus. Sebaliknya estrogen mempunyai kecendrungan meningkatkan derajat kontraktilitas terus. Baik

progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan, tetapi mulai kehamilan bulan ke-7 dan seterusnya sekresi estrogen terus meningkat sedangkan sekresi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi braxton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan (Eniyati dkk, 2012 : 10).

b. Oksitosin

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai (Ika, 2014 : 8).

c. Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron. Hal ini menyebabkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi (Eniyati dkk, 2012 : 11).

d. Prostaglandin

- 1) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- 2) Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- 3) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan (Vivian dkk, 2011 : 5).

e. Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus franken hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus (Eniyati dkk, 2012 : 11).

4. Tanda dan Gejala Persalinan Penurunan kepala

a. Tanda dan gejala menjelang persalinan anatar lain :

1) Lighthening

Dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor.

Lighthening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun.

Lighthening menyebabkan tinggi fundus menurun keposisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat melakukan pemeriksaan ballotemen terhadap kepala janin yang

sebelumnya dapat digerakkan diatas simfisis pubis pada palpasi abdomen. Pada leopold IV, jari-jari yang sebelumnya merapat, sekarang akan memisah lebar. Terjadinya lightening juga memberi kesempatan yang baik untuk meninjau perencanaan ibu untuk persalinannya sekaligus memberi petunjuk tentang keadekuatan pintu atas panggul (Dewi, 2012 : 22-23).

2) Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- b) Datangnya tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
- d) Durasi pendek (Mika, 2016 : 16-17).

3) Keluarnya lendir bercampur darah yang lengket (*Blody Show*). *Blody Show* biasanya terjadi dalam 24 jam sampai 48 jam.

4) Ketuban pecah pada akhir kala I persalinan.

5) Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Setelah menentukan kematangan

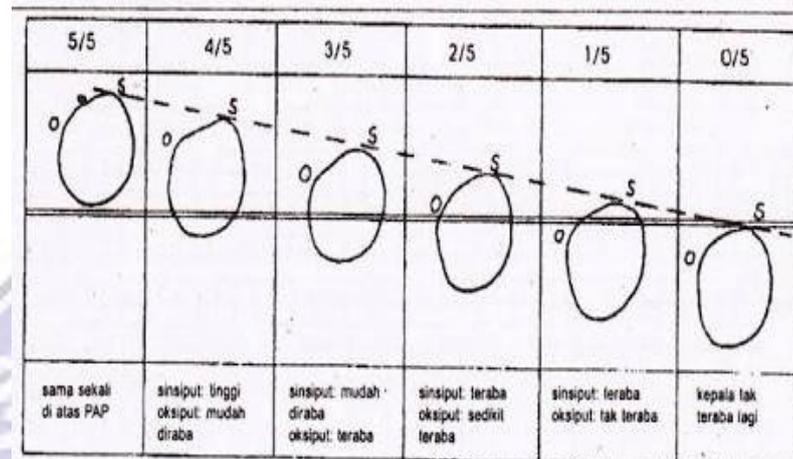
serviks, bidan dapat menyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat (Dewi, 2012 : 23-24).

b. Penurunan Kepala Janin

Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian bawah janin yang masih berada diatas tepi atas shypisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per limaian). Bagian diatas shumpisis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas shympisis pubis.
- 2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- 3) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas shympisis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.
- 5) 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas shympisis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.

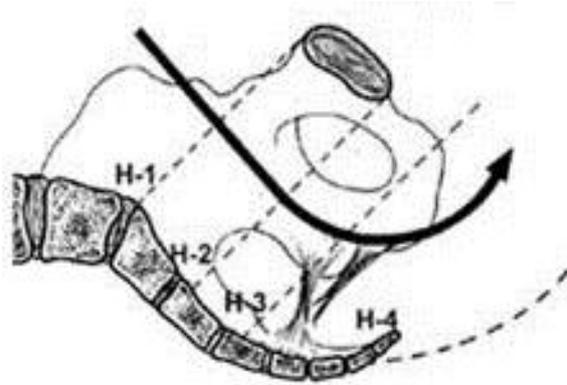
- 6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Widia, 2015 : 64-65).



Gambar 2.7
Penurunan Kepala Perlimaan
Sumber: (Imbarwati, 2009)

c. Hodge

Bidang hodge adalah bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT). Bidang hodge terbagi menjadi 4, antara lain :



Gambar 2.8
Hodge I-IV
Sumber: Siti Salehah, 2009

1) Bidang hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis.

2) Bidang hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I)

3) Bidang hodge III

Bidang setinggi ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I).

4) Bidang hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I).

5. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Beberapa faktor yang berperan didalam sebuah proses persalinan meliputi :

a. *Power* (Kekuatan)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah :

1) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

a) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.

Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri.

b) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

2) Tenaga mengejan :

a) Kontraksi otot-otot dinding perut.

b) Kepala didasar panggul merangsang mengejan.

c) Paling efektif saat kontraksi/his (Dewi, 2012 : 2).

b. *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina).

Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. J anin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Marmi, 2012 : 43).

1) Bagian-bagian tulang panggul :

a) Os Ischium/tulang duduk

(1) Posisi os ischium terletak dibawah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina iliaca posterior inferior (SIPI).

(2) Lengkungan dibawah spina ischiadica dinamakan incisura ischiadica minor.

(3) Pada bagian bawah menembah sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadicum.

b) Os Pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

(1) Corpus mempunyai permukaan medikal yang kasar.

(2) Crista pubis adalah tepi atas corpus.

(3) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica.

(4) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illii pada linea illiopectinea.

(5) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischi (Dewi, 2012 : 3).

c) Os Sacrum

(1) Berbentuk segitiga, basis diatas, aspek bawah.

(2) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu.

(3)Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulatio sacroiliaca.

(4)Permukaan atas vertebra sacralis bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5.

(5)Permukaan depan cekung, belakangnya cembung.

(6)Promontorium, yaitu tepi anterior superior vetebra sacralis pertama (Dewi, 2012 : 3-4).

d) Os Illium

(1)Spina illiaca anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale.

(2)Spina illiaca posterior superior : setinggi vertebra sacral ke-2 dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.

(3)Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior (Dewi, 2012 : 3).

c. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Pada persalinan, karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara satu dengan yang lain yang disebut moulage, sehingga kepala bertambah kecil. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir maka bagian-bagian lain dari janin dengan mudah menyusul. Karena plasenta juga harus melalui

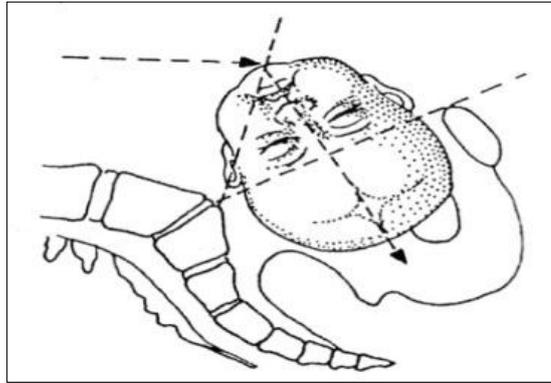
jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal (Eniyati dkk, 2012 : 26).

6. Mekanisme Persalinan Normal

a. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal atau pada beberapa 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 panggul. Engagement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara.

Bilangan perlima kepala janin yang dapat palpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari dua perlima kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged* (Holmes, 2012 : 224).



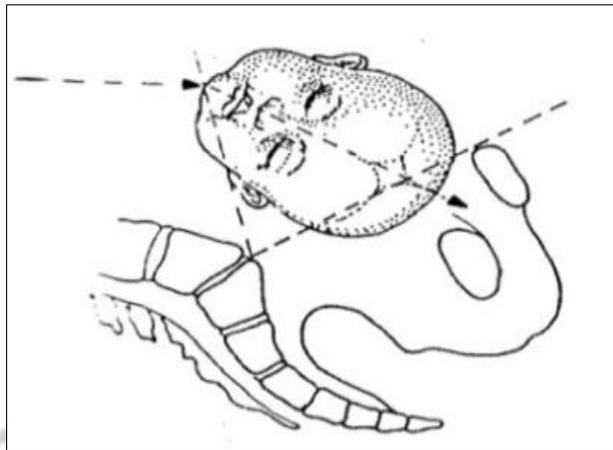
Gambar 2.9

Sinklitismus

Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo.* Jakarta, halaman 310.

b. Desent (penurunan)

Penurunan yang meliputi *engagement* pada diameter obliqua kanan panggul, berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Gerakan-gerakan lainnya menyertai penurunan ini. Pada primigravida sebelum persalinan mulai sudah harus terjadi penurunan kepala yang jelas dalam proses *engagement*, asal tidak ada disproporsi dan segmen bawah rahim sudah terbentuk dengan baik. Pada multipara mungkin *engagement* tidak akan terjadi sampai persalinan betul-betul berjalan dengan baik. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah, dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat (Harry, 2010 : 86).



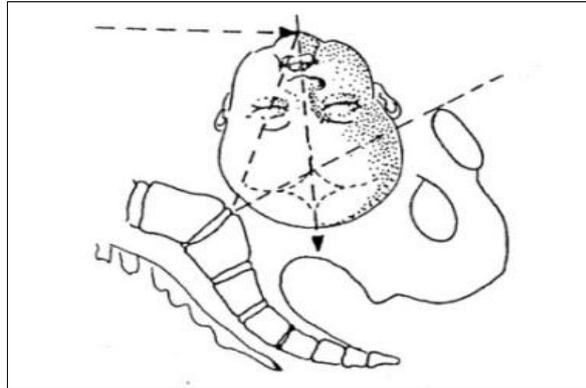
Gambar 2.10

Asinklitismus anterior

Sumber : *Wiknjosastro, dkk. 2009. Ilmu Kebidanan.*
Jakarta, halaman 311.

c. Flexsi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi flexsi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan flexsi. Occiput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah daripada bregma, dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP, tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek daripada flexsi adalah merubah diameter terendah dari occiputofrontalus (11,0 cm) menjadi subocciput bregmatica (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih bulat. Oleh karena persesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu mungkin ketat, pengurangan 1,5 cm dalam diameter terendah adalah penting (Harry, 2010 : 86).



Gambar 2.11
Asinklitismus posterior
Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009. *Ilmu Kebidanan*.
Jakarta, halaman 311.

d. Rotasi Internal (putar paksi dalam)

Rotasi interna selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisi pubis), membawa kepala melewati distansi interspinarum dengan diameter biparietalis.

Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan :

- 1) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar.
- 2) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terenda memutar kedepan kebawah simfisis

a) Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir.

b) Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan manjunya kepala.

c) Tidak terjadi sebelum sampai Hodge III

d) Sebab-sebab putaran paksi dalam :

1) Pada letak fleksi → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah.

2) Bag terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis).

3) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter anteroposterior (Dewi, 2012 : 17).

e. Exstensi

Extensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan :

1) Kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan kebawah.

2) Dasar panggul yang memberikan tahanan.

Perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4-5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm. Dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada oociput. Dengan semakin turunnya kepala terjadilah

penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (Crowning). Oosiput lewat melalui PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik pusat diangulus subpubicus. Kemudian dengan proses ekstensi yang cepat sinciput menelusur sepanjang sacrum dan berturun-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum (Harry, 2010 : 90).



Gambar 2.12

Kepala janin ekstensi

Sumber : Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta, halaman 185

f. Restitusi

Resitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Resitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dai vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan

bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring) (Holmes, 2012 : 225).

g. Putaran Paksi Luar

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala keposisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- 1) Setelah kepala lahir → memutar kembali kearah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi).
- 2) Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sefihak → putaran paksi luar sebenarnya.
- 3) Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP.
- 4) Setelah putaran paksi luar → bahu depan dibawah simfisi menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang.
- 5) Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak (Dewi, 2012 : 18).



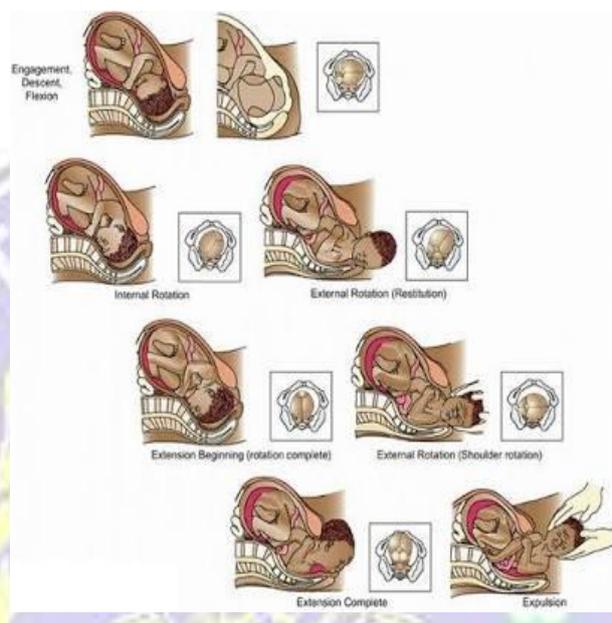
Gambar 2.13
Rotasi Eksternal

Sumber : Manuaba, Ida Ayu Candradinata, dkk. 2010.
*Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KBuntuk
Pendidikan Bidan.* halaman 185.

h. Pelahian Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior-posterior. Bahu anterior berada dibawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, sering kali “traksi lateral” dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dari bawah simfisis pubis

Normalnya, sisa tubuh jani lahir dengan mudah bahu posterior dipandu ke atas, pada perineum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke abdomen ibu (Holmes, 2012 : 225).



Gambar 2.14
Mekanisme gerakan kepala janin pada persalinan normal mulai dari engagement hingga descent.
<http://jurnalbidandiah.blogspot.com>

7. Tahap-Tahap Persalinan(kala I, II, III dan IV)

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu :

1) Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan 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

Pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm berlangsung selama 6 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu :

- a) Fase akselerasi : primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam.
- b) Fase dilatasi maksimal : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi lebih cepat menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan melambat dari 9 cm sampai lengkap (Hj. Ilah, 2010 :5-6).

b. Kala II (Pengeluaran Janin)

Menurut Manuaba (2010) Gejala utama dari kala II :

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser.
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglin berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan ;
 - a) Kepala dipegang pada occiput dan dibawah dagu, ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu belakang.
 - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban.
- 7) Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Mika, 2016 : 14-15).

c. Kala III

Menurut Prawirohardjo (1999 : 185) persalinan kala III dimulai segera bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta

serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri (Ai dkk, 2012 : 6).

d. Kala IV

Hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan :

- 1) Kontraksi uterus harus baik.
- 2) Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genitalia lain.
- 3) Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap.
- 4) Kandung kemih harus kosong.
- 5) Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hemotoma.
- 6) Resume keadaan umum ibu dan bayi (Ika, 2014 : 14).

8. Lima Benang Merah

Menurut JNPKR (2008) tujuan asuhan persalinan mengepuyakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta interfensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Mika, 2016: 4).

Menurut Widia (2015 : 8-12) ada 5 aspek dasar Membuat keputusan klinik:

a. Membuat Keputusan Klinik

Yaitu proses pemecahan masalah yang akan di gunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi.
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
- 6) Pantau efektifitas asuhan atau intervensi.
- 7) Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Yaitu asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa aman dan

keluaran yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksivakum, cunam dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.
- 2) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan di berikan pada ibu sebelum memulai asuhan perawatan tersebut.
- 3) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- 4) Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga yang lain.
- 7) Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya dan atau anggota keluarganya yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 8) Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 9) Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.

- 10) Menghargai privasi ibu.
- 11) Menganjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- 12) Menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makan-makanan ringan bila ia menginginkannya.
- 13) Menghargai dan memperbolehkan praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
- 14) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran, dan klisma).
- 15) Menganjurkan ibu untuk memeluki bayinya sesegera mungkin.
- 16) Membantu memulai pemberian asi dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
- 17) Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu).
- 18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang di perlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

c. Pencegahan Infeksi

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi :

- 1) Setiap orang harus di anggap dapat menularkan penyakit.
- 2) Setiap orang harus di anggap berisiko terkena infeksi.

- 3) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus di anggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- 4) Jika tidak di ketahui apakah permukaan, peralatan atau benda yang lainnya telah diproses maka semua itu harus di anggap masih terkontaminasi.
- 5) Resiko infeksi tidak bisa di hilangkan secara total, tapi dapat di kurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

d. Pencatatan (Rekam Medis)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan :

- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut di berikan.
- 2) Identifikasi penolong persalinan.
- 3) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
- 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara cepat, di catat dengan jelas dan dapat di baca.
- 5) Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien.
- 6) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis.

e. Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan atau bayinya kefasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga penolong atau fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetric dan bayi baru lahir.

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu adalah bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang,darah (BAKSOKUDA).

9. 60 Langkah APN

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala II

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c) Peineum menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau clemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik).

c. Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi. 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 jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi, langkah #9).

8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, kemudian dilepaskan secara terbalik dan direndam selama 10 menit. Lalu cuci tangan.

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180x/menit).

1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

2) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

a) Menunggu hingga kepada ibu dan ibu mulai meneran ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai mendorong yang kuat untuk meneran :

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

- c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring telentang).
- d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
- e) Menganjurkan keluarga untuk 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 akan terjadi segera dalam waktu 2 jam meneran untuk ibu primipara atau 1 jam untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 1 jam, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 1 jam meneran, merujuk ibu dengan segera.

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 14) Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 3-6cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau seril pada kedua tangan.

f. Menolong Kelahiran Kepala

Lahirnya Kepala

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas secara cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi 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 kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya didua tempat dan memotongnya.

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

g. Lahir Bahu

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan 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 dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi bayi berada di bagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran 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 bayi dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontrak kulit ibu-bayi. Lakukan penyulitnya oksitosin/i.m.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memerlukan bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

i. Oksitosin

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM. di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

j. Penegangan Tali Pusat Terkendali

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) 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 (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah

terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-kontraksi berikut mulai.

- a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau 40detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

k. Mengeluarkan Plasenta

37) 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 sekitar 5-10cm dari vulva.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit.

(1)Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

(2)Menilai kandung kemih dan dilakukan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

(3)Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4)Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

(5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilih. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

l. Pemijan Uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, melentakan telapak tangan difundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

m. Menilai Perdarahan

40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta didalam kantung plastik atau tempat khusus.

a) Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mangambil tindakan yang sesuai.

41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera manjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

n. Melakukan Prosedur Pascapersainan

42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatnya tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1cm dari pusat.

45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati pertama.

46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.

47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

48) Meganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :

- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
- b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
- c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- e) Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51) Mengevaluasi kehilangan darah.

52) Memeriksa tekanan darah, nadi. Dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan.

b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

o. Kebersihan dan Keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencilupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

p. Dokumentasi

- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)
(Sarwono, 2014 : 341-347).

10. Partograf

Partograf dimulai dari pembukaan 4 cm (fase aktif). Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin :

- a. Denyut jantung janin : catat setiap 1 jam.
- b. Air ketuban : catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.
 - 1) U : selaput utuh
 - 2) J : selaput pecah, air ketuban jernih
 - 3) M : air ketuban bercampur mekoneum
 - 4) D : air ketuban bernoda darah
 - 5) K : tidak ada cairan ketuban/kering
- c. Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau molase) :
 - 1) 0 : sutura terpisah
 - 2) 1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian
 - 3) 2 : sutura tumpang tindih dapat diperbaiki
 - 4) 3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- d. Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).
- e. Penurunan : mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis; catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam.

Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.

- f. Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- g. Jam : catat jam sesungguhnya.
- h. Kontraksi : catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik :
 - 1) Kurang dari 20 detik
 - 2) Antara 20 dan 40 detik
 - 3) Lebih dari 40 detik
- i. Oksitosin : jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
- j. Obat yang diberikan catat semua obat yang diberikan.
- k. Nadi : catat setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik benar (●).
- l. Tekanan darah : catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah ↑.
- m. Suhu badan : catatlah setiap dua jam.
- n. Protein, aseton, dan volume urine : ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urine.

Kemajuan Persalinan dalam Kala I

- 1) Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I :
 - a) Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi.
 - b) Kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam selama persalinan, fase aktif (dilatasi serviks berlangsung atau ada disebelah kiri garis waspada).
 - c) Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.
- 2) Kemajuan yang kurang baik pada persalinan kurang baik persalinan kala I :
 - a) Kontraksi yang tidak teratur dan tidak sering setelah fase laten.
 - b) Atau kecepatan pembukaan pembukaan serviks lebih lambat dari 1 cm per jam selama persalinan fase aktif (dilatasi serviks berada disebalah kanan garis waspada).
 - c) Atau serviks tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

Kemajuan pada Kondisi Janin

- (1) Jika didapati denyut jantung janin tidak normal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut per menit), curiga adanya gawat janin.
- (2) Posisi atau presentasi selain oksiput anterior dengan verteks fleksi sempurna digolongkan kedalam malposisi dan malpresentasi.

- (3) Jika kemajuan yang berkurang baik atau adanya persalinan lama, segera tangani penyebab tersebut.

Kemajuan pada Kondisi Ibu

- (a) Jika denyut jantung ibu meningkat, mungkin ia sedang dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan. Pastikan hidrasi yang cukup melalui oral atau I.V dan berikan analgetisia secukupnya.
- (b) Jika tekanan darah ibu menurun, curigai adanya perdarahan.
- (c) Jika terdapat aseton didalam urine ibu, curigai masukkan nutrisi yang kurang, segera berikan dekstrose I.V (Abdul, 2010 : N-12-N-13).

11. Kebutuhan Ibu Selama Persalinan

- a. Kebutuhan fisiologis yang diperlukan ibu selama persalinan diantaranya: oksigen, makan dan minum, istirahat selama his, kebersihan badan terutama genetalia, buang air kecil dan buang air besar, pertolongan persalinan yang berstandar, penjahitan perineum bila perlu (Sumarah, 2009; 20).
- b. Makan dan minum per oral

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan

masuk ke dalam saluran pernapasan. Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalorinya tetap akan terpenuhi. Jika pasien berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsisten dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2010; 83-84).

c. Kebutuhan rasa nyaman

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan.
- 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu.
- 4) Pendampingan oleh keluarga.
- 5) Pantauan selama persalinan.
- 6) Intervensi yang diperlukan (Sumarah, 2009; 20).

d. Akses Intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien. Beberapa keadaan berikut ini memerlukan pemasangan infus sejak awal persalinan, antara lain:

- 1) Gravida 5 atau lebih
- 2) Distensi uterus (ketegangan uterus) yang terlalu berlebihan, misalnya pada kondisi gemeli, polihidramnion, atau pada bayi besar
- 3) Induksi oksitosin
- 4) Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya
- 5) Riwayat atau predisposisi lain yang memungkinkan pasien untuk mengalami perdarahan segera setelah melahirkan
- 6) Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan
- 7) Pasien diketahui mengidap penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Streptococcus* grup B, sehingga memerlukan terapi antibiotik secara intravena
- 8) Suhu pasien lebih dari 38⁰C pada saat persalinan

9) Kondisi obstetrik patologis yang mengancam kondisi pasien, misalnya plasenta previa, abrupsio plasenta, pre-eklamsi, dan eklamsi (Sulistiyawati, 2010; 84).

e. Anestesi epidural

Keputusan pemasangan infus sangat dipengaruhi oleh pertimbangan para praktisi. Sebagian lebih memilih untuk memasang infus sedini mungkin untuk mengantisipasi keadaan darurat dan mempercepat penanganan, atau jika diperlukan jenis terapi intravena. Lain halnya bagi para bidan yang mempunyai pemikiran bahwa pemasangan infus akan mengganggu kenyamanan gerak pasien dan akan menimbulkan rasa nyeri. Bidan memegang prinsip tidak satupun pasien yang menginginkan untuk dipasang infus jika keadaannya belum sangat terpaksa. Untuk menjembatani hal ini maka diambil suatu kebijakan untuk memasang alat yang disebut dengan "*heparin lock*". Bentuknya berupa kateter intravena (*abocath*) dengan bahan elastis, digunakan untuk memberikan injeksi intravena atau mengambil sampel darah tanpa dihubungkan dengan selang infus. Keuntungan dari alat ini adalah hanya satu jarum yang ditusukkan ke dalam vena sehingga dengan alat ini pasien akan tetap merasa nyaman karena tidak merasa nyeri serta tidak terganggu ketika bergerak, dan jika sewaktu-waktu diperlukan suatu tindakan hidrasi intravena atau transfusi darah maka bidan

atau perawat tidak akan mengalami kesulitan. Larutan intravena yang biasa diberikan kepada pasien adalah D5% (dextrose 5%) atau RL (Ringer Laktat) dengan kecepatan 125 ml/jam. Larutan yang diberikan dapat bervariasi tergantung dari tingkat dehidrasi pasien. Pada dehidrasi berat larutan diberikan 300 ml/jam, selanjutnya aliran diperlambat menjadi 125 ml/jam (Sulistyawati, 2010; 84).

f. Kebutuhan dicintai dan mencintai

- 1) Pendampingan oleh suami/ keluarga.
- 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan).
- 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit.
- 4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan (Sumarah, 2009; 20).

g. Posisi dan Ambulasi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok. Berjalan diawal persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap juga sangat membantu untuk putaran paksi kepala janin. Sebagian

besar pasien akan merasa rileks dan mampu mengatasi persalinan mereka dengan lebih baik. Beberapa situasi pasien yang tidak memungkinkan untuk ambulasi dengan turun dari tempat tidur antara lain:

- 1) Ketika ketuban sudah pecah dan taksiran berat janin kecil (kurang dari 2000 gram), serta bukan pesentasi kepala. Pada kondisi tersebut akan sangat berbahaya bagi pasien jika turun dari tempat tidur karena akan menyebabkan prolaps tali pusat. Posisi telentang dengan kepala ditinggikan 20-30^o juga akan meningkatkan risiko prolaps tali pusat. Posisi rekumben lateral dan posisi lutut-dada merupakan alternatif yang baik untuk keadaan ini.
- 2) Ketika pasien sedang mendapatkan pengobatan yang dengan obat tersebut membuat pasien pusing dan tidak stabil untuk berdiri
- 3) Selama persalinan kala I yang kemajuannya cepat, kala I akhir pada multipara, atau kala II pada primipara kecuali jika sudah ada kesepakatan untuk bersalin dalam posisi jongkok atau berdiri (Sulistyawati, 2010; 86).
- 4) Pasien yang mengalami komplikasi obstetrik seperti abrupsio plasenta, plasenta previa, pre-eklamsi, dan eklamsi. Nampaknya dari beberapa posisi yang dapat dipilih, posisi miring ke kiri adalah posisi yang paling nyaman serta

mempunyai banyak keuntungan. Beberapa keuntungan dari *posisi rekumben lateral* yaitu:

- a) Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang daripada ketika pasien dalam posisi telentang
- b) Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada pada posisi telentang
- c) Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior
- d) Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama pasien (vena cava inferior dan aorta) (Sulistyawati, 2010; 89).

h. Kebutuhan harga diri

- 1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya.
- 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu.
- 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati.
- 4) Informasi bila akan melakukan tindakan.
- 5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan (Sumarah, 2009; 21).

i. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

1) Buang Air Kecil

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala

I, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk BAK sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasinya misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada pasien mengenai siapa yang ia inginkan untuk membantunya BAK di atas tempat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis pasien, tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya.

2) Buang air besar

Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai ia selesai. Namun jika kondisi sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan terlebih dahulu mengenai posisi apa yang paling nyaman serta siapa yang akan dimintai bantuan untuk membersihkannya. Usahakan semaksimal mungkin bagi penolong untuk tidak menunjukkan reaksi negatif (misalnya menutup hidung) karena ini akan sangat menyakitkan bagi pasien yang sedang bersalin (Marmi, 2011; 77).

j. Kebersihan tubuh

Sebagian pasien yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ia lebih terfokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan bau akibat keringat berlebih selama persalinan. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh pasien antara lain:

- 1) Saat tidak ada his, bidan atau perawat dapat membantu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat. Sarankan pasien untuk menggunakan baju dengan bahan yang tipis dan menyerap keringat serta berkancing depan
- 2) Seka keringat yang membasahi dahi dan wajah pasien menggunakan handuk kecil.
- 3) Ganti kain pengalas bokng jika sudah basah oleh darah atau air ketuban.

k. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien

benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu.

l. Kehadiran pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika di awal pertemuan bidan sudah dapat “memikat hati” pasien, maka hal ini merupakan satu hal yang sangat istimewa bagi pasien dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinannya.

m. Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada di atas tempat tidur, dan sebagainya (Sulistyawati, 2010; 90).

n. Kebutuhan aktualisasi diri

- 1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan.
- 2) Memilih pendamping selama persalinan.
- 3) *Bounding and attachment.*
- 4) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya (Sumarah, 2009; 22)

2.1.3 NIFAS

1. Pengertian Nifas

Menurut Ambarwati (2010) masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Risa, 2009 : 2).

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Periode *postpartum* adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode *intrapartum*) hingga kembalinya *traktus* reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. (Islami dkk, 2012:1)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali

seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati,2009:1).

2. Tahapan Masa Nifas

a. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari).

b. Puerperium Intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alay genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Susilo dkk, 2016).

3. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

a. Fase Taking In

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami.

Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan (Yetti, 2010 : 80).

b. Fase Taking Hold

- 1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- 2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- 3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekutan dan ketahanan tubuhnya.
- 4) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- 5) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- 6) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- 7) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karena hal itu akan sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan (Ari, 2009 : 88-89).

c. Fase Letting Go

- 1) Terjadi setelah ibu pulang kerumah 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 postpartum sering terjadi pada masa ini (Risa, 2014 : 8).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Pengeluaran rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

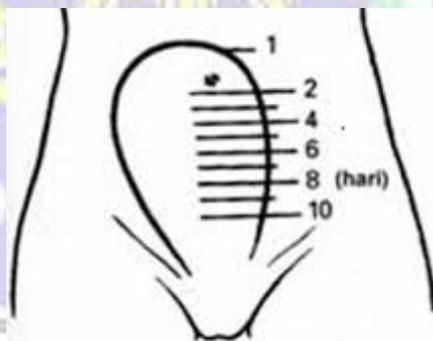
- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat simpisis dengan berat 500 gram.

- c) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- d) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram (Ari, 2009 : 73-74).

Tabel 2.3
Perubahan Uterus pada Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter uterus	Palpasi Cervik
Plasenta Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm	Lembut/ lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan symphisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati. E.R., Wulandari, D, 2010, Asuhan Kebidanan Nifas, Yogyakarta, Hal 76



Gambar 2.15
Perubahan Uterus Pada Masa Nifas
Sumber: Sulistyawati, 2009

2) Lochia

Menurut Manuaba (2012 : 202) dalam Rimbun (2016 : 74) lochia adalah cairan atau lendir yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lachia :

a) Lochia Rubra

Ini berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik caseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan.

b) Lochia Sanguinolenta

Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke-37 pasca persalinan.

c) Lochia Serosa

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

d) Lochia Alba

Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.

3) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rat,

sehingga tidak ada pembentukkan jaringan perut pada bekas implantasi plasenta (Siti, 2009 : 56-57).

4) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi (luka). Karen arobekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang dilatasi 10 cm pada waktu persalinana, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke-6 postpartum serviks menutup (Eny, 2010 : 79).

5) Vagina dan Vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar 4 minggu (Eny, 2010 : 80).

b. Tanda-tanda Vital

1) Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (mastitis, tractus genetalis, atau sistem lainnya).

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat

post partum dapat menandakan terjadinya eklamsi post partum.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Ari, 2009 : 80-81).

c. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat 2 kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kondisi pada penderita vitium cordia. Untuk keadaan ini dapat dilatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 hari post partum (Eny, 2010 : 85-86).

d. Sistem Pencernaan Pada Masa Nifas

Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Ini dikarenakan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, lacerasi janin (Reni, 2012 : 33).

e. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teragang dan berdelitasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasi darah pada submukosa.

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang ninpatologis sejak pascamelahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan.

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Hal ini merupakan salah satu cara untuk menghilangkan

peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga didapatkan adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

Kandung kemih juga mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Distensi yang berlebihan, urine residu yang berlebihan, dan pengosongan kandung yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan (Siti, 2009 :59).

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Tidak ada kontraindikasi dalam pemberian nutrisi setelah persalinan. Ibu harus mendapat nutrisi yang lengkap dengan tambahan kalori sejak sebelum hamil (200-500 kal) yang akan mempercepat pemulihan kesehatan dan kekuatan, meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI, serta mencegah terjadinya infeksi.

Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai proses pemberian ASI eksklusif. Asupan kalori per hari ditingkatkan sampai 3000 ml (susu 1000 ml). Suplemen zat besi

dapat diberikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah kelahiran (Bahiyatu, 2009 : 68).

Tabel 2.4
Kebutuhan Ibu Nifas

Jenis Makanan	Post Partum Bayi 0-6 Bulan	Post Partum Bayi >6 Bulan
Nasi	5 piring	4 piring
Ikan	3 potong	2 potong
Tempe	5 potong	4 potong
Sayuran	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong
Gula	5 sendok	5 sendok
Susu	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Bahiyatul, 2009).

b. Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat.

Keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya (Ari, 2009 : 100-101).

c. Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila

BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sbagai akibat persalinan sehingga ibu takut BAK. Bila kandung kemih penuh, maka harus diusahakan agar ibu dapat BAK sehingga tidak memerlukan penyadapan yang mana akan membawa bahaya infeksi.

Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat BAK sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan berikut ini :

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat ibu.
- 2) Mengompres hangat diatas simfisis.
- 3) Saat *site bath* (berendam air hangat) ibu diusakan BAK.

Apabila cara tersebut tidak berhasil maka dilakukan kateterisasi. Namun hal ini akan membuat ibu merasa tidak nyaman dan infeksi saluran kemih tinggi.

Buang Air Besar (BAB) harus ada 3 hari postpartum nila ada obstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (fases yang mengeras) tertimbun direktum, mungkin akan terjadi febris. Bila terjadi demikian dapat dilakkan klisma atau diberi laksan per os (melalui mulut). Berikut cara agar dapat BAB dengan teratur :

- a) Diet teratur
- b) Pemberian cairan yang banyak
- c) Ambulasi yang baik

d) Bila takut BAB secara episiotomi, maka di berikan laksan supposotria (Vivia, 2011 : 73-74).

d. Kebersihan Diri

Menurut Sulistyawati (2009 : 95) dalam Rimbun (2016: 80) beberapa langkah penting dan perawatan kebersihan diri ibu postpartum :

- 1) Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.
- 2) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ibu selesai membersihkan daerah kemaluan.

e. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

Hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya :

- 1) Anjurkan ibu untuk cukup istirahat.
- 2) Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan.
- 3) Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur.

Kurangi istirahat yang dapat menyebabkan :

- a) Jumlah ASI berkurang.
- b) Memperlambat proses involusi uteri.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri (Reni, 2012 : 62-63).

f. Seksual

- 1) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- 2) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Siti, 2009 : 75).

g. Latihan/Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum (Ari, 2009 : 103-104).

h. Keluarga Berencana

- 1) Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali.
- 2) Biasanya ibu post partum tidak akan menghasilkan telur (ovulsi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu amenorea laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan.
- 3) Sebelum menggunakan metode KB, ada hal yang harus dijelaskan kepada ibu :
 - e) Bagaimanapun metode ini dapat mencegah kehamilan serta metodenya.
 - f) Kelebihan dan kekurangan.
 - g) Efek samping.
 - h) Kekurangannya.
 - i) Bagaimana memakai metode itu.
 - j) Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca persalinan yang menyusui.

- 4) Jika pasangan memilih metode KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam 2 minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan oleh ibu atau pasangan dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Eny, 2010 : 114-115).

6. Sistem Pencernaan pada Masa Nifas

a. Nafsu makan

Nafsu Makan menurut (Jannah, 2011) yaitu :

- 1) Ibu biasanya lapar setelah melahirkan.
- 2) Ibu boleh konsumsi makanan ringan.
- 3) Ibu akan merasa sangat lapar setelah benar-benar pulih dari efek analgesik, anastesi, dan kelelahan.

b. Motilitas

- 1) Secara khas, penurunan tonus otot dan motilitas otot
- 2) Traktus cerna menetap selama waktu singkat setelah bayi lahir.
- 3) Kelebihan anakgesik dan motilitas ke keadaan normal.

c. Defekasi

- 1) Buang air besar spontan bisa tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah ibu melahirkan.
- 2) Buang air besar tidak lancar disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalihan dan awal masa pasca

persalinan, diare sebelum, persalinan, kurang makan, atau dalam keadaan dehidrasi.

- 3) Kebiasaan buang air besar teratur perlu dicapai setelah tonus kembali pada keadaan normal (Jannah, 2011).

7. Jadwal Kunjungan Masa Nifas menurut Syafrudin (2009)

a. Kunjungan Pertama (6 – 48 jam Pasca Persalinan)

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas, karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, serta merujuk jika perdarahan berlanjut.
- 3) Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan *bonding attachment*
- 6) Menjaga bayi tetap sehat, cegah hipotermia.
- 7) Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan BBL 2 jam pertama pascapartum atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.

b. Kedua (4 hari – 28 hari)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan
- 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Memastikan ibu dapat makan, minum, dan cukup istirahat.

- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda penyulit
- 5) Memberi konseling mengenai asuhan bayi, perawatan tali pusat dan perawatan sehari – hari.

c. Ketiga (29 hari – 42 hari)

- 1) Menanyakan penyulit yang dialami
- 2) Memberi Konseling KB secara dini.

2.1.4 BAYI BARU LAHIR (BBL)

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Vivian, 2010 : 1).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram. (Vivian, 2010)

Masa bayi merupakan manusia yang baru lahir sampai umur 12 bulan, namun tidak ada batasan yang pasti. Menurut psikologi, bayi adalah periode perkembangan yang merentang

dari kelahiran hingga 18 atau 24 bulan. Masa bayi adalah masa yang sangat bergantung pada orang dewasa. (Maryunani, 2014)

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernafasan \pm 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia ;
 - 1) Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
 - 2) Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan
- m. Refleks grasps atau menggenggam sudah baik
- n. Refleks rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik

- o. Eliminasi bai, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Octa dkk, 2014 : 5-6).

3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

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

a. Neonatus menurut masa gestasinya :

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

b. Neonatus menurut berat badan lahir :

1) Berat lahir rendah

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

2) Berat lahir cukup

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 2500 sampai 4000 gram.

3) Berat lahir lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 4000 gram.

c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :

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

4. Penilaian APGAR SCORE

Tabel 2.5
APGAR SCORE

Tampilan	0	1	2
<i>Appearance color</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah,ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (heart rate)/frekuensi jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dan fleksi sedikit	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: (Rukiyah & yulianti,2010)

Menurut Dwiendar (2014 : 6) interpretasi dalam APGAR

SCORE :

- a. Nilai 1-3 berat
- b. Nilai 4-6 asfiksia sedang
- c. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwiendar, 2014 : 6).

5. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Sistem Sirkulasi Darah

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi lahir. Foramen ovale, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikus dan vena umbilikus dan arteri hepatica menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan oleh bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner, sehingga darah mengalir, tekanan arteri pulmoner menurun. Rangkaian peristiwa merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan masuk ke kanan bagian kiri sehingga tekanan dalam atrium kiri meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup. Selama beberapa hari pertama kehidupan, tangisan dapat mengembalikan aliran darah melalui foramen ovale sementara dan mengakibatkan sianosis ringan. Frekuensi jantung rata-rata 140x/ menit saat lahir, dengan variasi berkisar antara 120-140x/ menit, frekuensi saat bayi tidur berbeda dari frekuensi saat bayi bangun. Pada saat usia satu minggu frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 128x/ menit dan 163x/ 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). Ketika dilahirkan bayi memiliki kadar hemoglobin yang tinggi sekitar 17 gr/dl dan sebagian besar terdiri dari hemoglobin fetal type (HbF). Jumlah HbF yang tinggi ketika didalam rahim diperlukan untuk meningkatkan kapasitas pengangkutan O₂ dalam darah saat darah yang teroksigenasi dari plasenta bercampur dengan darah dari bagian bawah janin. Keadaan ini tidak berlangsung lama, ketika bayi lahir banyak sel darah merah tidak diperlukan sehingga terjadi hemolisis sel darah merah. Hal ini menyebabkan ikterus fisiologis pada bayi baru lahir dalam 2-3 hari pertama kelahiran (Endang : 29).

b. Sistem Pernapasan

Tabel 2.6
Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kudua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
36-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber: (Vivin, 2010).

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Rangsangan gerakan pernapasan pertama terjadi karena beberapa hal :

- 1) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- 2) Penurunan PaO₂ dan peningkatan PaCO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak disinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- 3) Rangsangan dingin didaerah muka dan perubahan suhu didalam uterus (stimulasi sensorik).
- 4) Refleks deflasi Hering Breur.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan didalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas diafragmatik dan abdiminal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik (Vivian, 2010 : 12-13).

c. Sistem Pernafasan

Upaya bernafas pertama seorang bayi adalah untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan olveolus paru. Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat cukup surfaktan dan aliran darah ke paru. Produksi surfaktan dimulai pada usia 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru matang sekitar 30-40 minggu kehamilan. (Deslidel dkk, 2011:2)

1) Sistem Pernafasan Janin :

Di dalam Rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikal, sebagian masuk vena cava inferior melalui duktus venosus arantii. Darah dari vena cava inferior masuk ke atrium kanan dan bercampur dengan darah dari vena cava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan dipompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstermitas kanan dan ekstermitas kiri. Sebagian kecil darah yang berasal dari atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan bersama-sama dengan darah yang berasal dari vena kava

superior, karena tekanan dari paru-paru belum berkembang, maka sebagian besar dari ventrikel kanan yang seharusnya mengalir melalui duktus arteriosus botali ke aorta desenden dan mengalir ke seluruh tubuh, sebagian kecil mengalir ke paru-paru dan selanjutnya ke atrium kiri melalui vena pulmonalis. Darah dari sel-sel tersebut yang miskin oksigen serta penuh dengan sisa pembakaran dan sebagiannya akan dialirkan ke plasenta melalui arteri umbilikalis, demikian seterusnya. (Marmi, 2011).

2) Sistem Pernafasan Bayi Baru Lahir:

Pada saat tali pusat dipotong. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua hal ini membantu darah dengan kandungan O₂ sedikit mengalir ke paru-paru untuk oksigenasi ulang. Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernafasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Dengan

pernafasan, kadar O₂ dalam darah akan meningkat, mengakibatkan ductus arteriosus berkonstriksi dan menutup. Vena umbilikus, ductus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2-3 bulan (Marmi, 2011).

d. Suhu Tubuh

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh ke objek lain melalui kontak langsung).

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas

dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi :

Keringkan bayi.

a) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat.

b) Tutup bagian kepala bayi.

c) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.

d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

e) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat (Vivian, 2010 : 13-14).

e. Metabolisme

Menurut Dewi (2011) dalam Dela (2016 : 179) luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar di hari keenam energi didapat dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

f. Sistem Gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan mempraktikkan perilaku menghisap dan menelan. Reflek muntah dan batuk pada bayi lahir matur telah terbentuk baik pada saat lahir (Varney H, et all.2008:885). Setelah bayi lahir gerakan usus mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri di usus positif. Syarat pemberian minum kepada bayi adalah sirkulasi baik, bising usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonium positif, tidak ada muntah dan sesak nafas (Deslidel, et all, 2012: 6).

g. Sistem integumen

Pada saat lahir, seluruh struktur kulit sudah terbentuk, namun fungsi dari integumen belum optimal. Kelenjar sebacea sangat aktif pada masa akhir janin dan awal bayi karena tingginya tingkat androgen dari ibu. Akibat dari tersumbatnya kelenjar sebacea dapat mengakibatkan milia. Fase pertumbuhan folikel rambut terjadi simultan pada waktu lahir, dan selang beberapa bulan terjadi pertumbuhan rambut. Pertumbuhan rambut lebih cepat pada bayi pria dari pada wanita.

h. Sistem perkemihan

Pada bayi semua struktur ginjal sudah ada tetapi kemampuan ginjal untuk mengkonsentrasikan urine dan mengatur kondisi cairan serta fluktuasi elektrolit belum

maksimal. Volume output urine dalam 24 jam sekitar 200-300 ml sampai dengan akhir minggu pertama.

i. Sistem neurologis

Pada saat lahir, sistem syaraf belum terintegrasi secara keseluruhan, namun cukup untuk mendukung kehidupan diekstra uterin. Kebanyakan fungsi syaraf yang sudah berfungsi adalah reflex primitif. Sistem persyarafan otonom sangat penting pada masa transisi karena hal ini merangsang pernafasan, menjaga keseimbangan asam-basa, dan mengatur temperature (Maryunani A, 2014: 17-18).

6. Kebutuhan Dasar Neonatus

a. Makan/minum

Menurut Marmi dan Kukuh Raharjo (2012) dalam (Umi, 2015 : 154) berikan ASINs sering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara penuh) atau berikan sesuai dengan kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi menyusu bisa sampai 12-15 kali dalam 24 jam. Pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan maupun minuman lainnya. Karena pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

b. Eliminasi

a) Buang Air Besar

Fases bayi didua hari pertama setelah persalinan berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu fases bayi akan bergumpal-gumpal seperti jeli, padat, berbiji atau *seeded* dan bisa juga berupa cairan, fases bayi yang di beri ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan fases yang diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal-gumpal atau agak liat dan bulat. Maka dari itu bayi yang di beri susu formula akan susah untuk BAB sedangkan yang diberi ASI tidak (157-158).

b) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini

menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4-5 x/hari.

c) Keamanan

Menurut Dewi (2013) dalam Rimbun (2016 : 102) hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekali pun meninggalkan bayi tanpa ada yang mengganggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidur.

7. Kunjungan Neonatus

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates, sedikitnya 3 kali selama selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu:

- a. Kunjungan neonatus ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
- b. Kunjungan neonates ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3-7 hari setelah kelahiran

c. Kunjungan neonates ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari 8-28 setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Dinkes, 2012; 7).

8. Masalah-Masalah Pada Bayi Baru Lahir

a. Asfiksia

Asfiksia neonatorium ialah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2007).

b. Tetanus Neonatorium

Penyakit tetanus yang diderita oleh bayi baru lahir (neonates) yang disebabkan oleh basil klostridium tetani. Basil ini mempunyai sifat anaerob, berbentuk spora selama di luar tubuh manusia dan dapat mengeluarkan toksin yang dapat menghancurkan sel darah merah, merusak leukosit dan merupakan toksin yang bersifat neutropik yang dapat menyebabkan kekakuan otot dan gangguan kesadaran (Arief dkk, 2009).

c. Ikterus

Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir (Paulette, 2007).

Macam-macam ikterus menurut Sarwono Prawirohardjo (2009):

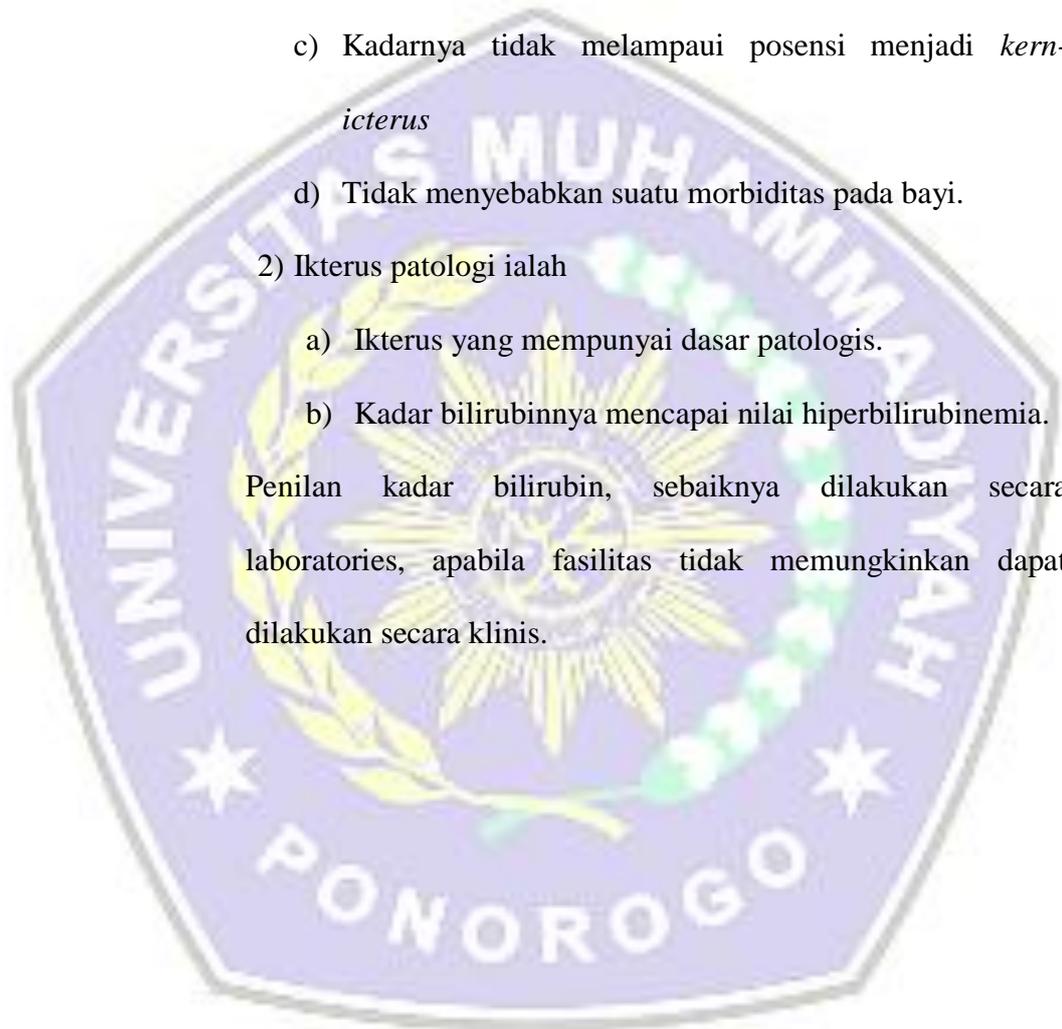
1) Ikterus fisiologi ialah:

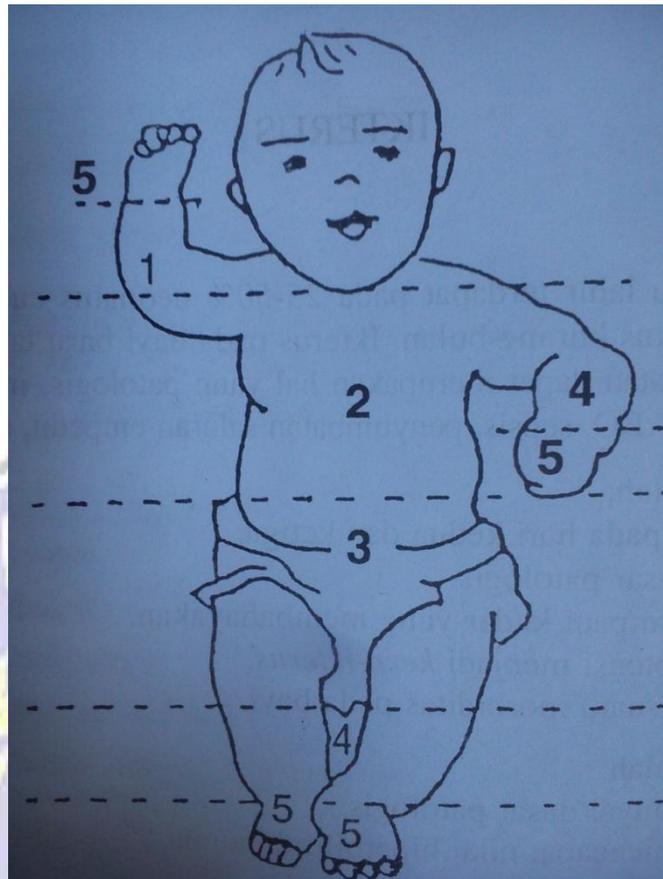
- a) Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga.
- b) Tidak mempunyai dasar patologi
- c) Kadarnya tidak melampaui posensi menjadi *kern-icterus*
- d) Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi.

2) Ikterus patologi ialah

- a) Ikterus yang mempunyai dasar patologis.
- b) Kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia.

Penilan kadar bilirubin, sebaiknya dilakukan secara laboratories, apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis.





Gambar 2.16

Daerah kulit bayi yang berwarna kuning untuk penerapan rumus Kramer

Sumber: Sarwono Prawiroharjo, 2009

Tabel 2.7
Rumus Kramer

DAERAH (Lihat gambar)	LUAS IKTERUS	KADAR BILIRUBIN (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 + badan bagian atas	9
3	Daerah 1, 2 + badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1,2,3 + lengan dan kaki bawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 + tangan dan kaki	15

(Sumber: Sarwono Prawiroharjo, 2009)

Contoh 1. Kulit bayi kuning di kepala, leher dan badan bagian atas, berarti bilirubin kira-kira 9mg%.

Contoh 2. Kulit bayi kuning seluruh badan sampai kaki dan tangan, berarti jumlah bilirubin \geq 15mg%.

d. Infeksi/ sepsis

Infeksi pada bayi baru lahir lebih sering ditemukan pada BBLR dan bayi yang dilahirkan dirumah sakit. Setelah lahir, bayi terpapar dengan kuman yang juga berasal dari orang lain dan terhadap kuman dari orang lain, dalam hal ini bayi tidak mempunyai imunitas.

Penanganannya :

- 1) Pertahankan tubuh bayi tetap hangat.
- 2) ASI tetap diberikan atau diberi air gula.
- 3) Diberi injeksi antibiotic berspektrum luas.
- 4) Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis) diberi salep yang mengandung neomisin dan basitrasin (Sarwono Prwirohardjo, 2009).

e. Kejang

Kejang pada bayi baru lahir sering tidak dikeballi karena bentuknya berbeda dengan kejang pada anak atau orang dewasa. Manifestasi kejang pada bayi baru lahir dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang-kejang, tiba-tiba menangis

melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran, gerakan tidak menentu (*involuntary movements*), nistagmus, atau mata mengedip-ngedip paroksimal, gerakan seperti mengayuh dan menelan, bahkan apnu. Gerakan kejang berlangsung berulang-ulang dan periodik (Sarwono Prawiroharjo, 2009).

2.1.5 KONTRASEPSI

1. Pengertian Kontrasepsi

a. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha menjaangkan atau merencanakan jumlah dan jatak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012).

Program keluarga berencana adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu para pasangan dan perorangan dalam mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insidens kehamilan beresiko tinggi, kesakitan dan kematian membuat pelayanan yang bermutu, terjangkau, diterima dan mudah diperoleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu nasehat, komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan pelayanan

meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria dalam praktek KB (Maharyani dkk, 2010:1).

b. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah menghindari dan mencegah terjadinya suatu kehamilan sebagai akibat dari bertemunya sel sperma dan sel telur yang matang dan dapat mengakibatkan kehamilan. Dapat juga menggunakan berbagai macam cara, baik menggunakan hormon, alat ataupun melalui prosedur operasi. Kontrasepsi merupakan sebuah alat, obat, efek atau tindakan yang dimaksudkan untuk mencegah kehamilan. Masyarakat pada umumnya menyebut kontrasepsi dengan istilah Keluarga Berencana atau KB (Wiknjosastro, 2009).

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008:534).

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra: berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi: adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindarkan atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. (Kumalasari, 2015:277).

2. Macam-Macam Kontrasepsi

a. Kondom

Kondom alat kontrasepsi yang terbuat dari lateks. Untuk mencegah kehamilan, kondom dipasang pada penis atau vagina pada saat melakukan hubungan. Sperma yang dikeluarkan ketika ejakulasi tidak masuk ke rahim tapi tertumpang didalam kondom, dengan demikian sel telur sehingga tidak terjadi fertilisasi (Dewi, 2012 : 103).

1) Cara Kerja

- a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

2) Efektivitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka

kegagalankondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Abdul, 2010 : MK-18).

b. Pil KB

1) Jenis Pil KB

Ada 3 jenis pil KB menurut Sarwono (2007) yaitu :

a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

2) Macam-macam Pil KB

Pil KB menurut Dyah (2010) ada 3 macam yaitu : mini pil (*low dose continuous progesterone*), pil oral kombinasi (*POK*), *morning after pills*.

3) Cara Kerja Pil KB

Menurut Meilani (2010) yaitu :

a) Menekan ovulasi

- b) Mencegah implantasi
- c) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

4) Cara Penggunaan Pil KB

Menurut Manuaba (2010)

- a) Minumlah pil KB dengan teratur
- b) Bila lupa maka pil KB yang harus diminum menjadi dua buah
- c) Bila perdarahan tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi
- d) Gangguan ringan seperti mual-muntah sebaiknya diatasi.

5) Sistem Kemasan Pil KB

Sistem kemasan pil KB diatur dengan sistem 28 dan sistem 22/1 menurut Manuaba (2010) adapun sistem 28 yaitu peserta pil KB harus terus minum pil tanpa pernah berhenti, sedangkan pil KB yang sistem 22/1 yaitu peserta KB pil berhenti minum pil selama 7-8 hari dengan mendapat kesempatan menstruasi, akan tetapi untuk memudahkan masyarakat, pil KB sistem 28 lebih banyak dipergunakan

kaena mudah memberikan keterangan terutama bagi mereka yang dengan pendidikan rendah.

6) Efek Samping

Menurut Hartono (2010)

- a) Jerawat atau kulit berminyak
- b) Perdarahan bercak atau perdarahan haid
- c) Payudara terasa penuh atau nyeri
- d) Depresi
- e) Gangguan penglihatan (buram atau hilangnya penglihatan)
- f) Pada kehamilan akan terjadi kelainan pada janin
- g) Sakit kepala
- h) Tekanan darah tinggi
- i) Mual
- j) BB bertambah

7) Efektivitas

Menurut Hartono (2010)

- a) Tidak menambah risiko terjadinya karsinoma payudara
- b) Tidak memengaruhi terjadinya karsinoma kulit (*melanoma*)
- c) Tidak memengaruhi terjadinya tumor kelenjar hypophyse

- d) Tidak memengaruhi efek buruk terhadap kehamilan selanjutnya
- e) Tidak memengaruhi terjadinya kelainan kongenital atau abortus pada pemakaian pil oral sebelum hamil.

8) Manfaat dan Keuntungan

Menurut Sarwono (2007)

- a) Memiliki efektivitas yang tinggi bila digunakan setiap hari
- b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- d) Siklus haid menjadi teratur banyaknya darah haid berkurang
- e) Dapat digunakan jangka panjang
- f) Mudah dihentikan setiap saat
- g) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- h) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- i) Membantu mencegah (kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorhoe, jerawat).

c. Kontrasepsi Suntik

1) Profil

- a) Sangat efektif
- b) Aman
- c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi
- d) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan
- e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

2) Jenis

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan intramuskular (di daerah bokong).
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

3) Cara Kerja

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
 - d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- 4) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikkannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

5) Keuntungan

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- f) Sedikit efek samping
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- k) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul

- l) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).
- 6) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- a) Usia reproduksi
 - b) Nulipara dan telah memiliki anak
 - c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
 - d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
 - f) Setelah abortus atau keguguran
 - g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
 - h) Perokok
 - i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
 - j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)
 - k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
 - l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
 - m) Anemia defisiensi besi
 - n) Mendekati usia menopause yang tidak mau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- 7) Yang Tidak Boleh Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

- a) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- e) Diabetes millitus disertai komplikasi (Abdul, 2010 : MK 41-43).

d. Implant

Metode kontrasepsi dengan cara memasukkan 2 batang susuk KB yang berukuran sebesar korek api dibawah kulit lengan atas. Implan ini berbentuk batang kecil berisi hormon yang terbuat dari plastik lentur. Implan terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon seperti pil KB 3 tahun. Bila pasangan suami istri menginginkan anak, implan dapat di lepas dan wanita yang menggunakan alat kontrasepsi ini akan kembali subur setelah satu bulan (Dewi, 2012 : 106).

1) Cara Kerja

- a) Lendir serviks menjadi kental.
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- c) Mengurangi transportasi sperma.
- d) Menekan ovulasi.

2) Efektivitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

3) Yang Boleh Menggunakan Implan

- a) Usia reproduksi.
- b) Telah memiliki anak ataupun yang belum.
- c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- e) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- f) Pascakeguguran.
- g) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi.
- h) Riwayat kehamilan etopik.
- i) Tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit.
- j) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.
- k) Sering lupa menggunakan pil.

4) Yang Tidak Boleh Menggunakan Implan

- a) Hamil atau diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Benjolan/kanker payudara atau riwayat pola haid yang terjadi.

d) Miom uterus dan kanker payudara.

e) Gangguan toleransi glukosa (Abdul, 2010 : MK 54-55).

e. Koitus Interruptus

1) Cara Kerja

Menarik penis yang sedang ereksi dari vagina sebelum ejakulasi guna mencegah sperma masuk ke vagina. Hal ini membutuhkan pengetahuan dasar tentang organisme dan pengendalian diri dari pasangan.

2) Keuntungan

Tidak menggunakan obat dan alat, nyaman dan tidak memerlukan biaya.

3) Kerugian

Tidak ada perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan angka kehamilan tinggi (sperma bisa terdapat dalam di cairan praejakulasi).

4) Efektivitas

Pada penggunaan yang sempurna, angka kehamilan diperkirakan dapat mencapai 4%, sedangkan pada pengguna yang biasa 19% (Eny, 2010 : 652).

f. MAL (Metode Amenorrhea Laktasi)

1) Profil

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengendalikan pemberian ASI secara eksklusif, artinya

hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman apapun lainnya.

2) MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

- a) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x/sehari.
- b) Belum haid.
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- d) Efektif sampai 6 bulan.
- e) Harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya.

3) Cara Kerja

Penundaan/penekanan ovulasi.

4) Keuntungan Kontrasepsi

- a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu senggama.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- e) Tidak perlu pengawasan medis.
- f) Tidak perlu obat atau alat.
- g) Tanpa biaya.

5) Keuntungan Nonkontrasepsi

- a) Untuk bayi

- 1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI).
- 2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- 3) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

b) Untuk ibu

- 1) Mengurangi perdarahan pascapersalinan.
- 2) Mengurangi resiko anemia.
- 3) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

6) Keterbatasan

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HIV dan HIV /AIDS.

7) Yang Dapat Menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

8) Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

- a) Sudah mendapat haid setelah bersalin.
- b) Tidak menyusui secara eksklusif.
- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Biran, 2014 : MK 1-3).

g. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Metode ini sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang. Haid menjadi lebih banyak dan lama. AKDR dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tetapi tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpajan infeksi menular seksual. Ada beberapa jenis yaitu CuT-380A, Nova T, dan Lippes Lopps.

1) Cara Kerja

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- c) Mencegah pertemuan sperma dan ovum atau membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

2) Keuntungan

- a) Efektivitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- b) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- c) Tidak memengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- d) Tidak memengaruhi produksi dan kualitas ASI.
- e) Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- f) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- g) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

3) Keterbatasan

- a) Efek samping yang umum terjadi meliputi perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting di antara menstruasi, dan saat haid sakit.
- b) Komplikasi dan meliputi merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perforansi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.

c) Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS.

d) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan (Bahiyatun, 2009 : 90-91).

h. Operatif Pria (MOP)

1) Pengertian

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga jalur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi penyatuan dengan ovum tidak terjadi (Sujiyatni dkk, 2009).

2) Efektifitas Kontrasepsi MOP

Vasektomi adalah bentuk kontrasepsi yang sangat efektif. Angka kegagalan langsungnya adalah 1 dalam 1000; angka kegagalan lanjutnya adalah antara 1 dalam 3000 (Everett,2007)

3) Syarat Melakukan MOP

a) Syarat sukarela

Klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap

b) Syarat bahagia

Perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup 2 orang, umur anak terkecil > 2 tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapatkan persetujuan istri, umur istri 25-45

c) Syarat sehat

Syarat kesehatan dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter (Handayani,2010)

d) Indikasi Kontrasepsi MOP

Pada dasarnya indikasi untuk melakukan vasektomi ialah bahwa pasangan suami-istri tidak ingin menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami bersedia bahwa tindakan kontrasepsi dilakukan pada dirinya (Prawirohardjo, 2009)

e) Kegagalan MOP

(1) Pada analisis sperma setelah 3 bulan paska vasektomi atau setelah 20 kali ejakulasi masih dijumpai *spermatozoa*.

(2) Dijumpai spermatozoa setelah sebelumnya *azoosperma*

(3) Istri (pasangan) hamil. (Saifuddin,2006)

i. Medis Operatif Wanita (MOW)

1) Pengertian

Tubektomi atau kontap wanita ialah suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara

tindakan mengikat atau memotong pada kedua saluran tuba (Suratun dkk, 2008).

a) Kontra Indikasi kontrasepsi MOW

- (1) Hamil sudah terdeteksi atau dicurigai pendarahan pervaginal yang belum jelas penyebabnya
- (2) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol
- (3) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan
- (4) Belum memberikan persetujuan tertulis (Noviawati dkk, 2009)

b) Kelebihan kontrasepsi MOW

- (1) Penggunaan sangat efektif, yaitu 0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan tidak mempengaruhi terhadap proses menyusui (*breasfeeding*)
- (2) Tidak tergantung pada factor senggama baik bagi klien bila kehamilan akan menjadi resiko kehamilan yang serius
- (3) Pembedahan sederhana dapat dilakukan dengan anestesi local
- (4) Tidak ada efek samping dalam jangka waktu yang panjang

(5) Tidak ada perubahan organ dalam (Proverawati, 2010)

c) Kekurangan kontrasepsi MOW

(1) Harus dipertimbangkan sifat mantap metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali) klien dapat menyesal di kemudian hari

(2) Resiko komplikasi kecil namun dapat meningkat apabila menggunakan anestesi setelah tindakan

(3) Rasa sakit atau ketidaknyamanan muncul dalam waktu pendek setelah tindakan

(4) Dilakukan oleh dokter terlatih, yaitu dokter spesialis ginekologi untuk proses laparoskopi

(5) Tidak melindungi diri dari IMS dan HIV/AIDS
(Proverawati, 2010)



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a. Nama

Untuk mengetahui nama klien dan suami sebagai identitas pasien untuk mencegah terjadinya kekeliruan bila ada nama pasien/klien yang sama.

b. Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011 : 162).

c. Agama

Untuk mengetahui kepercayaan yang dianut oleh pasien, hal ini berpengaruh dalam memberikan asuhan selama hamil.

d. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapat cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak

tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011 : 124).

e. Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi mengkaji potensi kelainan prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011 : 155).

f. Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya sama. Ditanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (Roumali, 2011 : 163).

2) Keluhan Utama

Menurut Varney (2007 : 538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a. Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul yang saat wanita

tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat telentang.

b. Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sering dialami oleh primigravida. Bagian janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

c. Hemmoroid

Hemmoroid sering didahului oleh konstipasi. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena hemmoroid.

d. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron.

e. Sesak nafas

Pada periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma.

f. Nyeri ulu hati

Hal ini disebabkan penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan oleh peningkatan jumlah progesteron dan

tekanan uterus, tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

g. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring.

h. Kram tungkai

Salah satu dugaan lain adalah bahwa uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstermitas bagian bawah.

i. Nyeri panggul bawah

Pada ibu hamil trimester III, biasanya akan berjalan dengan ayunan tubuh ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

3) Riwayat Kesehatan

Menurut Manuaba (2010 : 33-346) penyakit yang menyertai dan mempengaruhi kehamilan antara lain :

a) Penyakit Jantung

Penyakit jantung tidak dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamila sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah serta terjadi perubahan dan kerja jantung karena pengaruh peningkatan hormon tubuh saat hamil, terjadi hemodilusi darah dengan puncaknya pada kehamilan 28-32 minggu.

b) Diabetes Millitus

Pengaruh penyakit diabetes dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadi keguguran, persalinan prematur, kematian janin dalam rahim, lahir mati atau bayi besar, dapat terjadi hidramnion, dan dapat menimbulkan pre eklamsi dan eklamsi.

c) Infeksi Ginjal dan Saluran Kemih

Akibatnya terjadi demam yang tinggi dan menyebabkan terjadinya kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematur dan memudahkan infeksi pada neonatus.

d) Anemia

Pengaruh anemia dalam kehamilan adalah dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan

pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, mudah menjadi infeksi, ancaman dekomposisi karies (Hb <6g%), melahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, dan Ketuban Pecah Dini (KPD).

e) Penyakit Paru

Gangguan fungsi paru-paru yang berat dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin sampai dengan keguguran.

f) Penyakit Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran O₂ dan CO₂ dalam rahim.

g) Hipertensi Infeksiosa

Pengaruh infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkembang.

h) TORCH

Semua infeksi *toksoplasmosis*, *sitomegalovirus*, *herpes simpleks* dan *rubella* (TORCH) yang dapat menimbulkan kelainan konginetal dalam bentuk hampir sama yaitu mikrosefali, ketulian dan kebutaan, abortus, persalinan prematur, dan pertumbuhan janin terhambat.

i) Sifilis

Pengaruhnya dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk plak konginetal (*pemfigus sifilitus*, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser dan Cooper, 2009:254).

Menurut Manuaba (2010), anamnesis yang dapat dilakukan pada riwayat kesehatan keluarga dapat ditanyakan mengenai latar belakang kesehatan keluarga antara lain :

- a) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit tertentu terutama penyakit menular seperti TBC dan Hepatitis.
- b) Penyakit keluarga yang dapat diturunkan seperti kencing manis, kelainan pembekuan darah, jiwa, dan asma.

5) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Menurut Mochtar (2012 : 35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele :

$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$
untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Manuaba (2010 : 68) umumnya menarche terjadi pada usia 13-16 tahun, teratur atau tidak setiap bulannya (umumnya interval 28-30 hari), lama menstruasi biasanya 4-7 hari, konsistensi darah menstruasi encer, berwarna hitam, bau amis, mengalami dismenorrhea sebelum menstruasi, kemudian tanggal menstruasi terakhir (HPHT).

b) Kehamilan yang Lalu

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor risiko seperti berat badan lahir rendah, lahir prematur, dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2012:113). Diabetes pada

kehamilan yang terdiagnosis pada kehamilan pertama biasanya akan berulang pada kehamilan berikutnya (Varney, 2007:639).

c) Persalinan yang Lalu

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu Passage (jalan lahir), Passenger (janin), Power (tenaga ibu/his/kontraksi), Psikis ibu dan Penolong (Mochtar, 2015:58). Bila pada persalinan yang lampau persalinan spontan, bayi hidup dan aterm, ini menunjukkan koordinasi 5P berjalan baik (Manuaba, 2010:125).

d) Nifas yang Lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lokia yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokia purulenta, lokia statis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010 : 201).

e) Keluarga Berencana

Menurut Saifuddin (2012:MK 1-MK 74) kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenorea Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (minipil), implan, dan AKDR (IUD). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tentang Keluarga Berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca salin (Saifuddin, 2012:U-51).

6) Riwayat Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Nutrisi yang diperlukan bagi ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori dan 60 gram protein, yakni 10 gram per hari melebihi asupan wanita yang tidak hamil (Saifuddin, 2009:286).

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram/hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah

susu, keju, yogurt dan kalsium karbonat (Saifuddin, 2009:286).

Karbohidrat diperlukan untuk pencernaan protein dan beberapa fungsi otak. Karbohidrat dapat ditemukan dalam biji-bijian, sayuran, buah dan gula. Gula dikenal sebagai karbohidrat sederhana dan zat tepung serta serat sebagai karbohidrat kompleks (Varney, 2007:94).

Zat besi digunakan untuk membuat hemoglobin, yang mentransportasi oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Makanan yang mengandung zat besi antara lain adalah produk susu dan sereal yang difortifikasi, minyak, hati, ikan, kuning telur. Asam folat berfungsi sebagai koenzim dalam metabolisme asam nukleat, mencegah anemia megaloblastik. Asam folat bisa didapatkan dari sereal yang diperkaya, sayuran berdaun hijau, roti dan biji-bijian yang diperkaya, makanan yang difortifikasi (Varney, 2007:98-99).

Tabel 2.8
Contoh Makanan Ibu Hamil

Bahan Makanan	Kebutuhan makanan ibu hamil dalam sehari		
	Ibu hamil		
	Triwulan 1	Triwulan 2	Triwulan 3
Nasi	3 ½ piring	4 piring	3 piring
Ikan	1½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	3 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	1½ mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	6 gelas	6 gelas	6 gelas

Sumber: Manuaba dkk (2007:36)

b) Eliminasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah pada trimester kedua atau ketiga. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron, bisa juga disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi yang mengandung serat dan kurangnya mobilisasi/gerak (Varney, 2007 : 539). Pada akhir kehamilan, ibu akan sering berkemih karena kandung kemih akan tertekan oleh uterus akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul (Saifuddin, 2011 : 185).

c) Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan \pm 6-8 jam/hari, termasuk tidur siang dan malam. Posisi yang baik adalah ibu tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010 : 98).

d) Personal Hygiene

Menurut Mochtar (2012 : 47), mandi diperlukan untuk kebersihan diri, terutama untuk perawatan kulit karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Pakaian yang harus digunakan ibu hamil juga harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Dianjurkan memakai bra yang menyongkong payudara. Payudara dipersiapkan untuk memberikan ASI, terutama bagi ibu hamil pertama harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjahi puting susu untuk menonjolkan puting susu.

e) Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010 : 132-135). Wanita hamil juga di anjurkan untuk jalan-jalan 20-30 menit di pagi hari.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011 : 172).

b) Tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh yang normal adalah $36-37,5^{\circ}$. Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai adanya infeksi (Roumauli, 2011 : 173).

2) Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume

ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).

3) Nadi, denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi >100x/menit (Marmi, 2011:163).

4) Tekanan darah pada kehamilan normal sedikit menurun sejak minggu ke-8. Kondisi ini menetap sepanjang trimester II dan kembali ke tekanan darah sebelum hamil. Seluruh TD pada wanita hamil harus diukur pada posisi duduk. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistol >120 mmHg ia berisiko mengalami preeklamsi (Marmi, 2011:163).

c) Pemeriksaan antropometri

1) Berat Badan

Berat badan ibu hamil diperbolehkan naik sekitar 0,75-1 kg/minggu, kenaikan berat badan akan bertambah sekitar 12-16 kg pada akhir kehamilan (Manuaba, 2012:213).

$$\text{IMT} = \text{BBIH} = \text{BBI} (\text{UK} \times 0,35)$$

Keterangan :

BBHI = Berat Badan Ibu Hamil

UK = Usia Kehamilan (dalam minggu)

0,35 = tambah berat badan per minggunya

Penjelasannya sebagai berikut :

BBI = (TB-110) jika tinggi badan diatas 160

BBI = (TB-105) jika tinggi badan dibawah 160

BBI = (TB-100) jika tinggi badan dibawah 150

2) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011).

3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Menurut Romauli (2011 : 173) LILA diukur pada lengan atas yang kurang dominan, LILA <23,3 cm merupakan indikator kuat untuk statur gizi yang kurang atau buruk, sehingga risiko untuk melahirkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

d) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

(a) Rambut

Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011 : 175).

(b) Muka

Edema pada wajah merupakan salah satu gejala preeklamsi (Manuaba, 2010 : 261).

(c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada *conjungtivis*. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011 : 174).

(2) Mulut dan Gigi

Menurut Manuaba (2010 : 122), saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis-hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium disekitar gigi. Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi.

(3)Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan

hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid berisiko mengalami preeklamsi gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Pembesaran kelenjar limfe terdapat penyakit jantung, sedangkan ditemukan bendungan vena jugularis terdapat adanya infeksi (Romauli, 2011).

(4)Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011:207).

(5)Payudara

Bentuk buah dada, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol (Romauli, 2011). Payudara harus kembali diperiksa pada usia kehamilan 36 minggu untuk memastikan perlunya tindakan untuk mengeluarkan puting yang datar atau masuk ke dalam (Varney, 2007).

(6)Abdomen

Ada bekas luka operasi atau tidak, terdapat linea nigra, striae livide, dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011). Pada primigravida perut tegang,

menonjol dan terdapat striae livide akibat dari peregangan uterus. Pada multigravida perut lembek, menggantung serta terdapat striae livida dan albikan (Manuaba, 2010).

(7) Genitalia

Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011).

(8) Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid ialah pelebaran vena-vena di anus, hemoroid dapat bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah di dalam rongga panggul (Romauli, 2011).

(9) Esktermitas

Menurut Manuaba (2010), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi di kaki dan betis.

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negatif kemungkinan mengalami

kekurangan vitamin B1. Kekurangan B1 mempengaruhi saraf tulang belakang, dapat berdampak pada reflek tubuh (Romauli, 2011).

e) Pemeriksaan Khusus

1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan memegang tanda nol pita secara superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010 : 100).

Tabel 2.9
Tinggi Fundus Uteri

TFU(berdasarkan perabaan)	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
1/2 di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : (Manuaba, 2010).

2) Menentukan Usia Kehamilan

a) Menurut Mochtar (2012 : 41) cara untuk menentukan tuanya kehamilan antara lain :

(1) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

(2) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (quickening).

(3) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.

b) Menurut Manuaba (2010 : 128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu :

(1) Mendengarkan denyut jantung, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu.

(2) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36.

(3) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin.

(4) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua kehamilan semakin sedikit air ketuban.

c) Menurut Manuaba (2010 : 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

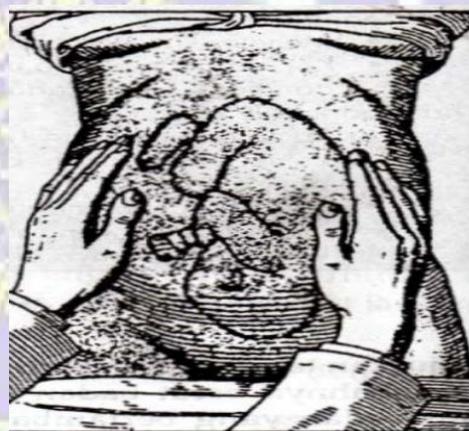
d) Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2015:41) menurut rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155= berat badan (g). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika makan n=12, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11. Tafsiran Berat Janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010).

e) Pemeriksaan Leopold

(1) Leopold I

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebeldengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010 : 118).

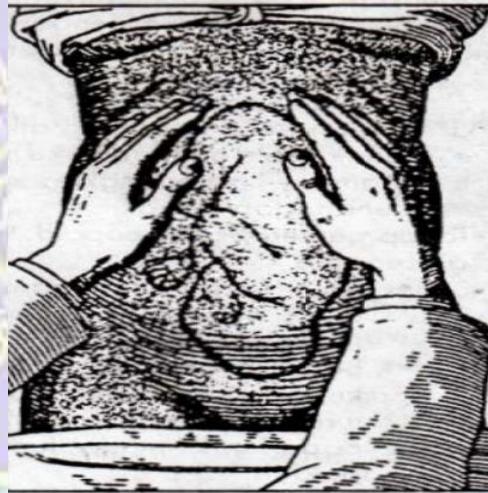


Gambar 2.17
Posisi Leopold 1

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 118

(2) Leopold II

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir kiri diletakkan ditengah perut (Manuaba, 2010 : 118-119).

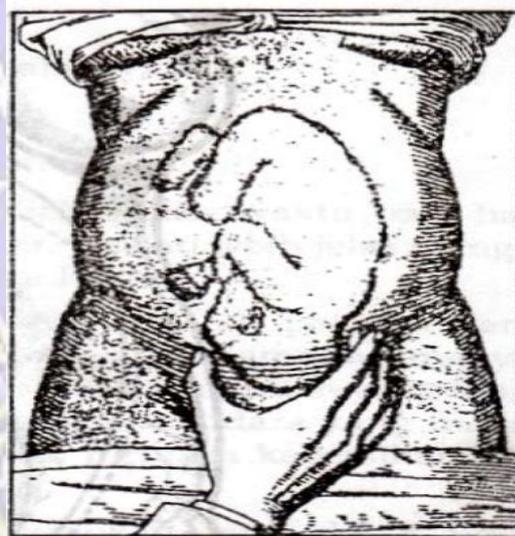


Gambar 2.18
Posisi Leopold II

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 119

(3) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010 : 119).



Gambar 2.19
Posisi Leopold III

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 168

(4) Leopold IV

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Pada bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksa divergen, sedangkan bila lingkaran

terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010 : 119).



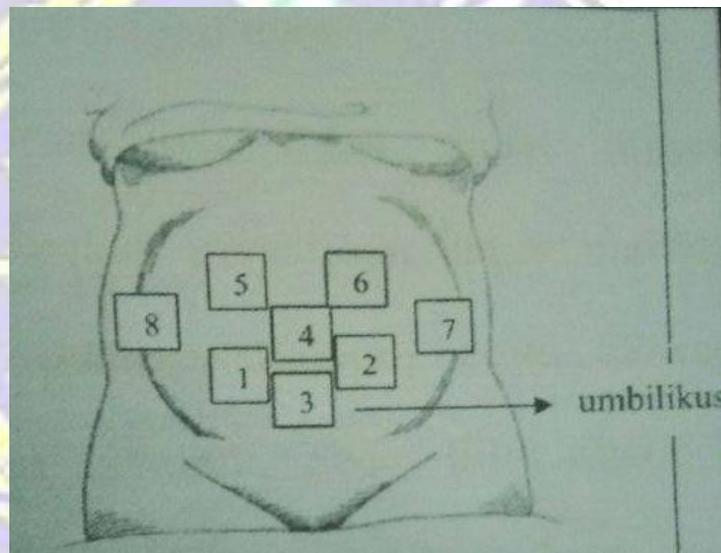
Gambar 2.20
Posisi Leopold IV

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 168

f) Auskultasi

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan

ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar dipihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di iri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Roumali, 2011).



Gambar 2.21
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26
Gestasi Pada Posisi Normal

Sumber: Wheeler, 2004, *Buku Saku Asuhan Pranatal & Pascapartum*, Jakarta, halaman 145.

g) Pemeriksaan Panggul

Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Panggul dibagi dua yaitu panggul luar dan dalam (Marmi, 2011).

(1) Menurut Marmi (2011) pemeriksaan panggul luar yaitu:

- (a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan normalnya $\pm 23-26$ cm.
- (b) *Distantia kristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri normalnya $\pm 26-29$ cm.
- (c) *Conjungata eksterna* (baudeloque), jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V normalnya $\pm 18-20$ cm.

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter mayor sepihak

dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain normalnya 80-90 cm.

(2) Marmi (2011:175-176) pemeriksaan panggul dalam yaitu : pemeriksaan yang dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), lineainnominata teraba sebagian, spina iskiadika tidak teraba, os. sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

f) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Hemoglobin

Pemeriksaan Hb minimal dilakukan 2 kali selama hamil, trimester I dan trimester III. Menurut Manuaba (2010:239), hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut Hb $\geq 11g\%$ tidak anemia, Hb 9-10g% anemia ringan, Hb 7-8g% anemia sedang, Hb $<7g\%$ anemia berat

2) Pemeriksaan Golongan Darah

Diambil dari darah perifer, bertujuan untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama

persalinan, sehingga transfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011 : 187-188).

3) Protein Urine

Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++)
(Romauli, 2011 : 188).

4) Reduksi Urine

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya yaitu Hijau jernih atau biru (-), Hijau keruh (+), Hijau keruh kekuningan (++) , Jingga atau kuning keruh (+++), Merah kekuningan, keruh atau merah bata (++++)
(Romauli, 2011).

5) Ultrasonografi (USG)

Saifuddin, (2010) menambahkan bahwa pemeriksaan USG pada TM II dan III untuk penentuan usia kehamilan,

evaluasi pertumbuhan janin, penentuan presentasi janin, penilaian jumlah cairan amnion.

6) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011). Pemeriksaan detak jantung janin dihubungkan dengan gerak janin. Terjadinya akselerasi menunjukkan kesejahteraan janin optimal intra uteri (Manuaba, 2010).

2. Diagnosa Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Mekes RI, 2007).

Diagnosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 : 123).

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemmoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan.

3. Perencanaan

a. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 : 123).

1) Tujuan

Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

2) Kriteria

- (a) Keadaan umum baik.
- (b) Kesadaran kompos mentis.
- (c) Tanda-tanda vital normal (Tekanan Darah 100/70-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5°C, Respirasi 16-24 x/menit).
- (d) Pemeriksaan laboratorium
- (e) Hb 11g%, protein urin (-), reduksi urin (-).
- (f) DJJ 120-160 x/menit, kuat dan teratur.
- (g) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- (h) Situs bujur dan presentasi kepala

4. Intervensi

Intervensi menurut Varney (2007 : 554-556)

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

b) Jelaskan perubahan tentang fisiologis dan ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester III.

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil trimester III meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual dan perawatan payudara.

R/ Agar kebutuhan ibu dapat terpenuhi dan janin dapat berkembang dan tumbuh dengan baik.

d) Jelaskan pada ibu tanda bahaya dalam kehamilan trimester III dan tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan termasuk juga tanda-tanda persalinan supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk kelahiran dan kemungkinan keadaan darurat.

e) Jadwalkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai jadwal atau bila ada keluhan sewaktu-waktu.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin dalam mendeteksi dini bila terjadi komplikasi.

f) Anjurkan ibu untuk menghindari kelelahan/aktivitas terlalu berat.

R/ Aktivitas yang terlalu berat akan meningkatkan penggunaan energi dalam jaringan sehingga suplai O₂ ke jaringan berkurang dan dapat menyebabkan iskemia sehingga mengakibatkan nyeri bertambah.

b. Masalah

1) Masalah 1 : nyeri punggung

Tujuan : ibu tidak merasakan nyeri pada daerah punggung

Kriteria Hasil :

a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu merasa lebih nyaman

Intervensi menurut Nurtiana E (2016: 5-6)

(1) Mengajarkan teknik relaksasi

R/ Untuk memberikan rasa tenang dan nyaman

(2) Mengajarkan perbaikan postur tubuh pada ibu hamil.

R/ Untuk menjaga otot – otot tidak tegang dan mengurangi nyeri

(3) Mengajarkan posisi tidur yang nyaman dengan menggunakan bantal penopang dan posisi miring secara bergantian.

R/ Untuk memberikan rasa nyaman dan untuk menghindari nyeri.

(4)Menganjurkan klien mandi dengan berendam air hangat

R/ Untuk meredakan otot – otot yang terasa sakit.

(5)Mengajarkan kompres hangat atau dingin pada bagian nyeri.

R/ Mengurangi rasa nyeri dan memberikan rasa nyaman

2) Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : ibu bisa BAB dengan lancer

Kriteria Hasil :

- a) Klien dapat buang air besar tanpa perlu mengejan berlebihan
- b) Mampu memilih makanan untuk mencegah konstipasi

Intervensi menurut Sulistiyowati (2016:5)

(1)Kaji pola eliminasi BAB yang normal atau biasa pada klien.

R/ Pola BAB pada setiap individu beragam.

(2)Kaji asupan serat dalam diet

R/ jika dalam mengkonsumsi asupan serat dalam diet akan menyebabkan kurangnya ampas yang tersedia untuk membentuk feses.

(3)Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan secara rutin, baik dengan mengikuti kegiatan senam hamil atau sekedar berjalan ringan disetiap harinya.

3) Masalah 3 : Nocturia

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nocturia)

Kriteria Hasil :

a) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari infeksi saluran kencing tidak terjadi.

Intervensi menurut Varney (2007:541)

(1)Jelaskan penyebab terjadinya kencing

R/ ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih

(2)Anjurkan ibu untuk menghindari minum – minuman bahan *deuretik* alamiah seperti teh, kopi, *softdrink*.

R/ Bahan deuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(3)Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(4)Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil terlebih dahulu.

R/ Mengurangi Frekuensi Berkemih pada malam hari.

4) Masalah 4 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologi
(kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria :

- a) Kram pada kaki berkurang
- b) Ibu mampu mengatasi bila kram berkurang.

Intervensi menurut Sinclair, (2010):

- (1)Anjurkan untuk tidak berdiri dan duduk telalu lama
R/ berdiri terlalu lama dapat menekan pembuluh darah
sehingga terjadi kram pada kaki ibu.
- (2)Anjurkan pada ibu untuk tidur berbaring dan meninggikan kakinya.
R/ meninggikan kaki dapat mempelancar aliran darah dari otak ke kaki. Sehingga semua organ tubuh dapat terpasok oksigen.
- (3)Berikan suplemen kalsium dan magnesium
R/ pemberian suplemen dapat meningkatkan kalsium pada ibu.

5) Masalah 5 : Hemorroid

Tujuan : Hemorroid Tidak terjadi

Kriteria Hasil :

- a) BAB 1-2x/hari konsisten lunak, BAB tidak berdarah dan nyeri

Intervensi Menurut Varney (2007:539)

(1)Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/ keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

(2)Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

(3)Anjurkan ibu untuk jalan – jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar terutama sistem pencernaan.

(4)Anjurkan ibu untuk tidak mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemorrhoid.

(5)Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

(6)Anjurkan ibu untuk kompres dingin dan hangat

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemorrhoid.

6) Masalah 6 : Sesak Nafas

Tujuan : ibu tidak mengalami sesak atau sesak ibu berkurang.

Kriteria : Frekuensi penafasan 16-24 x/menit.

Intervensi menurut Umami, (2010) :

a) Jelaskan berikan KIE tentang penyebab fisiologi.

R/ Ibu dapat mengerti penyebab sesak yang dialami akibat janin bertambah besar.

b) Bantu ibu untuk mengatur pernafasan

R/ Ibu dapat mengatur pernafasan, sehingga pasokan oksigen terpenuhi.

c) Atur posisi ibu semifowler

R/ Posisi semifowler dapat membantu ibu dalam mendapatkan oksigen.

d) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

R/ Istirahat yang cukup dapat membantu proses pernafasan bisa berjalan secara normal.

e) Anjurkan latihan pernafasan dan senam hamil.

R/ Dapat melatih pernafasan ibu sehingga kebutuhan oksigen ibu dapat terpenuhi.

7) Masalah 7 : Varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

Kriteria : tidak terdapat varises.

Intervensi menurut Sinclair, (2010):

a) Kenakan kaos kaki penyongkong

R/Penggunaan kaos kaki penyongkong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

b) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

e) Kenakan penyongkong abdomen maternal atau korset,

R/Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

8) Masalah 8 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan Berkurang

Kriteria Hasil :

a) Ibu tampak tenang dan rileks

b) Ibu tampak tersenyum

c) Suami dan keluarga member dukungan

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:540)

(1)Anjurkan ibu untuk mandi dengan air hangat.

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

(2)Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah – masalah psikologi seperti halnya cemas menjelang persalinan.

5. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes R1, 2007:6)

6. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkeseimbangan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien (Kepmenkes RI, 2007:7).

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7) pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/ status pasien/ buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalahkebidanan.

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

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Menurut Depkes RI (1995) nama yang jelas dan lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kesalahan dalam menyebutkan nama ke pasien (Marmi, 2012).

b) Umur

Menurut Christina (1993) untuk mengetahui ibu tergolong primitua atau primimuda. Menurut para ahli, kehamilan yang pertama kali yang baik antara usia 19 sampai 35 tahun, dimana otot masih bersifat sangat elastis dan mudah diregang. Tetapi menurut pengalaman, pasien umur 25-35 tahun masih mudah melahirkan, sehingga ada yang mengubah pendapat diatas. Jadi, melahirkan tidak saja umur 19-25 tahun tetapi 19-35 tahun. Primitua dikatakan mulai umur 35 tahun (Marmi,2012).

c) Agama

Menurut Christina (1993) hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama. Misal dalam keadaan yang gawat saat memberi

pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan (Marmi,2012).

d) Pendidikan

Menurut Depkes RI (1995) ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah (Marmi, 2012).

e) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan ibu kelelahan. Secara tidak langsung dapat menyebabkan masa kehamilan akan terganggu.

f)Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal.

2) Keluhan Utama

Menurut Bobak (1996) keluhan utama pasien datang ke rumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara (Marmi, 2012). Untuk mengetahui keluhan apa yang sedang dirasakan oleh pasien. Bagaimana kontraksi dan ditanyakan ketuban sudah pecah atau belum.

3) Riwayat Mestruasi

a. Menarche

Menurut Mochtar R (1999) menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12-16 tahun (Marmi, 2012).

b. Siklus Haid

Menurut Pusdiknakes (1998) siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari (Marmi, 2012).

c. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Dapat digunakan untuk mengetahui umur kehamilan.

d. Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Untuk menghitung dan mengetahui perkiraan lahir.

Menggunakan rumus Naegele : tanggal HPHT ditambah 7 dan bulan dikurangi 3 dan tahun ditambah 1.

4) Riwayat Obstetri yang Lalu

Untuk mengetahui persalinan yang lalu, ditolong oleh siapa, adakah penyulit atau tidak, jenis persalinannya apa semua itu untuk memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak (Marmi, 2012).

5) Riwayat Kehamilan Sekarang

a. Ante Natal Care (ANC)

Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak sejak hamil beberapa minggu, tempat ANC, berapa kali melakukan ANC selama kehamilan.

b. Keluhan

Keluhan utama dinyatakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Sulistyawati, 2009).

c. Penyuluhan yang pernah didapat

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien. Penyuluhan yang didapat biasanya KIE tentang persiapan persalinan, tanda-tanda bahaya trimester III (Sulistyawati, 2012).

d. Imunisasi TT

Untuk mengetahui pasien sudah mendapatkan vaksin berapa kali, kapan, dan dimana mendapatkan imunisasi TT.

6) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilannya ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya (Nursalam, 2009).

7) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

a. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan.

b. Riwayat kesehatan yang lalu

Riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, asma, hipertensi, ginjal dan diabetes mellitus (Manuaba, 2008).

8) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut Christina (1993) adakah penyakit keturunan dari keluarga ibu atau suami, yang mungkin dapat berpengaruh terhadap hanin. Seperti : jiwa, Diabetes Millitus (DM), hemophillia. Keluarga dari pihak ibu atau suami ada yang pernah melahirkan atau hamil dengan anak kembar perlu diwaspadai karena faktor tersebut bisa menurunkan kehamilan kembar (Marmi, 2012).

9) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Menurut Bobak (1990) aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat prenatal. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita

memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktik khusus, alergi makanan, dan perilaku makan, serta faktor-faktor lain yang terkait dengan status nutrisi (Marmi, 2012).

b) Eliminasi

Berapa kali ibu BAK dan BAB, ada kaitannya dengan konstipasi atau tidak (Manuaba, 2010).

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan pasien sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan music, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan (Ambarwati, 2010).

d) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar, 2012).

e) Personal Hygiene

Sebelum hamil dan selama hamil berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas dan anti pakaian (Wiknjosastro, 2007).

f) Hubungan seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali klien melakukan hubungan seksual dengan suami dalam seminggu dan ada keluhan atau tidak (Wiknjosastro, 2008).

g) Pola kebiasaan

Kebiasaan ibu dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin dalam rahim (Manuaba, 2007).

10) Riwayat Psikososial dan Budaya

Menurut Sulistyawati (2012) yang kita kaji antara lain :

a) Respon ibu terhadap kehamilan ini

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung pada pasien bagaimana perasaannya terhadap kehamilannya.

b) Respon ayah terhadap kehamilan ini

Data mengenai respon ayah ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai satu acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien.

c) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil. Hal penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan masa hamil yaitu pantangan makan yang berasal dari telur, daging, ikan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut justru akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal.

b. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tingkat kesadaran ibu, sedang atau baik (Nursalam, 2008).

b) Kesadaran

Untuk melihat tingkat kesadaran ibu meliputi composmentis, samnolen, apatis, delirium (Saifuddin, 2007).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Untuk mengetahui tekanan darah klien, normal 120/80 mmHg (Varney, 2007).

(2) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan apakah ada peningkatan atau tidak. Batas normal suhu tubuh yaitu $35,8^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Mandriwati, 2008).

(3) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien yang dihitung dalam 1 menit, denyut nadi normal 70x/menit sampai 88x/menit (Saiffudin, 2007).

(4) Respirasi

Untuk mengetahui kelainan saluran nafas, normalnya 24 x/ menit (Prawirohardjo, 2008).

(5) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu hamil, kurang dari 145 cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak (Varney, 2007).

(6) Berat badan

Menurut Varney (2007 : 693) berat badan di timbang untuk memperoleh kenaikan berat badan. Kenaikan berat badan ibu selama hamil rata-rata 0,3 - 0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama kehamilan 9 – 12 kg.

d) LILA

Untuk mengetahui status gizi ibu hamil dengan batas lingkaran lengan normal, yaitu 23,5 cm (Wiknjosastro, 2007).

b. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

(1) Rambut

Untuk menilai warna rambut klien bersih/tidak, ada ketombe/tidak, rontok/ tidak (Manuaba, 2009).

(2) Muka

Untuk mengetahui keadaan muka pucat atau tidak, ada oedema dan cloasma gravidarum atau tidak (Prawihardjo, 2010).

(3) Mata

Konjungtiva warna pucat atau kemerahan, sclera putih atau tidak (Alimul, 2008).

(4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/ tidak (Varney, 2007).

(5) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, tonjolan, lesi, warna, adanya benda asing

pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

(6) Mulut

Untuk mengetahui ada stomatitis/tidak, ada caries/tidak, berdarah/ tidak (Wiknjosastro, 2008).

b) Leher

Untuk mengetahui adakah pembesaran pada kelenjar gondok, tumor/ tidak, kelenjar limfe/ tidak (Alimul, 2008).

c) Dada

(1) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru, gagal jantung, gagal ginjal, hipoalbuminemia (Manuaba, 2007).

(2) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat (Varney, 2007).

d) Abdomen

Untuk mengetahui ada bekas operasi/tidak, linea, striae/tidak (Nursalam, 2009).

(1) Inspeksi

Proses pengamatan dilakukan untuk menilai pembesaran perut sesuai atau tidak dengan tuanya

kehamilan, bentuk perut membesar ke depan atau ke samping, adakah kelainan pada perut, serta untuk menilai pergerakan anak (Alimul, 2008).

(2) Palpasi

Pemeriksaan dengan indra peraba yaitu tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode :

TFU : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan umur kehamilan.

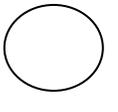
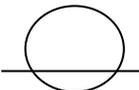
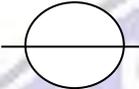
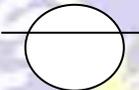
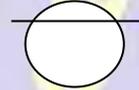
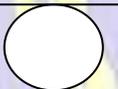
Leopold I: untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus.

Leopold II: untuk mengetahui bagian punggung janin berada di sebelah kanan atau kiri.

Leopold III: untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin, bokong atau kepala.

Leopold IV: untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum.

Tabel 2.10
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin dkk, 2013:10)

TBJ : untuk mengetahui perkiraan berat janin.

Dihitung dengan TFU bila kepala janin sudah masuk panggul dikurangi 11, dan bila kepala jani belum masuk panggul dikurangi 12 dikali 155(Manuaba, 2008).

(3) Auskultasi

Pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus (Alimul, 2008). Detak jantung janin : lokasi punctum maksimum, frekuensinya teratur atau tidak. Denyut jantung normal 120-160 x/menit, jika ditemukan DJJ dibawah 100 x/menit atau lebih dari 180 x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (Varney, 2007).

e) Genetalia

Untuk mengetahui adanya varises/tidak, mengetahui apakah ada pembengkakan kelenjar bartholini, mengetahui pengeluaran, yaitu perdarahan dan flor albus (Wiknjosastro, 2007).

f) Anus

Untuk mengetahui adanya haemoroid/tidak, adanya varises/tidak (Wiknjosastro, 2007).

g) Ekstermitas

Untuk mengetahui adanya oedema/tidak, varises/tidak, reflek patella positif/negatif betis merah lembek/keras (Wiknjosastro, 2007).

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Dalam (VT)

VT (pemeriksaan dalam): untuk mengetahui keadaan vagina, porsio, pembukaan, ketuban, penurunan kepala, UUK dan untuk mendeteksi kesan panggul (Nursalam, 2007).

2. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benarterhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik (Varney, 2007).

a. Diagnosa kebidanan

P...A...umur kehamilan...minggu, tahun, hamil ke... janin tunggal/kembar, hidup/mati, intra/ekstra uteri, letak memanjang/melintang, persentasi kepala/bokong, punggung kanan/kiri dengan persalinan kala I fase... (Sulistyawati, 2009).

b. Masalah

Hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang

didapatkan dengan melakukan analisa data (Varney, 2007).

c. Kebutuhan

Hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data (Ambarwati, 2008).

3. Diagnosa potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi (Nursalam, 2008).

4. Tindakan segera

Langkah ini mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan segera ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan sesuai dengan kondisi klien (Varney, 2007).

5. Perencanaan

Merupakan tindakan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date

sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dan tidak akan dilakukan klien (Varney, 2007).

6. Pelaksanaan

Kala II persalinan:

- 1) Melihat tanda dan gejala persalinan kala dua
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
- 8) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi).
- 9) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

10) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

11) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 \times /menit).

12) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

a) Menunggu hingga ibumempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dekontaminasikan temuan-temuan.

b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

13) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

- 14) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - g) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - h) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

- i) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 -6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka partus set.
- 18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekana yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, mwmbiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 20) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

- 21) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 22) Menunggu hingga kepala bayi melakukan outaran paksi luar secara spontan.
- 23) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 24) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah

untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

25) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangannyang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

26) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan) Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

27) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu -bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin /i.m.

28) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.

29) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

- 30) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 31) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- 32) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 33) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntuk.
- 34) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntukan oksitosin 10 unit i.m di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 35) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 36) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

37) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 -40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seotang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

38) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk menetan sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 -10 cm, dari vulva.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

(1)Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m.

(2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kantung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

(3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

(4) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

39) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

40) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, melakukan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

41) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

- 42) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 43) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 44) Mencilupkan kedua tangannyang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
- 45) Menempatkannklem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 46) Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 47) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 48) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 49) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

50) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.

b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.

c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

e) Jika ditemukannlaserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

51) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

52) Mengevaluasi kehilangan darah.

53) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selamam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

- b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 54) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 55) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 56) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 57) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 58) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 59) Mencilupkan sarung tangan bckotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

60) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

61) Melengkapi partograf.

(Saifuddin, 2010).

(a) Masalah dalam Kala I :

(1) Masalah 1 : Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria Hasil : Ibu Tampak Tenang

Intervensi menurut Wiknjosatiro (2008: 113)

a. Jelaskan fisiologi Persalinan pada Ibu

R/ Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

b. Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada Ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan tentang kondisi dirinya.

c. Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan

(2) Masalah 2 :

Nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan : Mengurangi rasa nyeri karena kontraksi uterus.

Kriteria Hasil :

- a. Nyeri berkurang
- b. Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Henderson (2007) :

- 1) Kaji kontraksi uterus dan ketidaknyamanan (frekuensi, durasi, intensitas dan gambaran ketidaknyamanan)

R/ Mengetahui kemajuan persalinan dan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu.

- 2) Berikan usapan/ massase

R/Usapan/ massase dapat meningkatkan relaksasi.

3) Lakukan manajemen distraksi relaksasi.

R/Distraksi relaksasi bertujuan untuk membebaskan pikiran dan beban dari ketegangan dengan cara mengalihkan perhatian.

4) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

5) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/ Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menenangkan dan menenangkan ibu.

6) Lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi ingin ditempati tidur anjurkan untuk miring ke kiri.

R/ Nyeri persalinan bersifat sangat individual sehingga posisi nyaman tiap individu akan berbeda, miring

kiri dianjurkan karena memaksimalkan curah jantung ibu.

7) Pengisapan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(b) Masalah pada kala II :

(1) Masalah 1 : Kekurangan Cairan

Tujuan : Tidak Terjadi dehidrasi

Kriteria Hasil :

- a. Nadi 76-100x/menit
- b. Urin Jernih, produksi urine 30 cc/jam

Intervensi menurut Henderson (2007) :

1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL 125 atau 125 cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- 3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

(2) Masalah 2 : Kram tungkai (Varney, dkk 2007: 722)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria Hasil : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

- a. Luruskan tungkai ibu inpartu

R/meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

- b. Atur posisi Dorsofleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

- c. Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/ SK/VIII/2007 tentang stándar asuhan Kebidanan)

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria Hasil:

- 1) Bayi Menangis kuat
- 2) Bayi Bergerak aktif

Intervensi Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang estándar asuhan kebidanan :

- a) Observasi tanda – tanda vital dan tangisan Bayi

R/ tanda – tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah

atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

c) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/ *Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat placenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5mg

R/ Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial

e) Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis

(c) Masalah Pada Kala III:

(1) Masalah 1 : Retensio plasenta (Manuaba, 2010:399)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria hasil : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Manuaba (2010 :399):

a. Perhatikan keadaan umum pasien

R/ keadaan tetap terpantau dan tidak terjadi komplikasi dengan melihat apakah anemis, jumlah perdarahannya, tekanan darah, suhu, nadi, kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.

b. Memasang infuse dan memberikan cairan pengganti

c. Retensio plasenta dengan perdarahan lakukan plasenta manual.

d. Retensio plasenta tanpa perdarahan

a. Pastikan keadaan umum ibu

b. Rujuk ibu kepusat dengan fasilitas cukup untuk mendapat penanganan yang lebih baik.

c. Berikan Transfusi

(2) Masalah 2 : Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, tali pusat lahir

Kriteria hasil : Tali pusat Utuh

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:119)

- a. Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi
- b. Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati – hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso – kranial pada uterus.
- c. Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
- d. Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

(d) Masalah pada kala IV :

(1) Masalah 1 : terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- a. Kontraksi uterus baik, keras
- b. Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Manuaba (2010 :397):

- 1) Pasang infuse untuk memberikan cairan pengganti
- 2) Berikan uterotonika intramuscular, intravena atau dengan drip

- 3) Lakukan masase uterus sehingga kontraksi otot rahim makin cepat dan makin kuat
- 4) Segera lakukan kompresi aorta abdominalis selama 5 sampai 7 menit untuk mengurangi perdarahan.
- 5) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung oksitosin 20 UI.
- 6) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- 7) Jika kontraksi tidak berkontraksi selama 12 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang lebih tepat.

8) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

(2) Masalah 2 : Robekan Vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan Vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

a. Vagina,perineum,atau serviks dapat terjahit dengan baik.

b. Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Marmi (2016:229)

1) Lakukan pemeriksaan secara hati – hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat 2 lakukan penjahitan.

3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks :

a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL

- b) Pasang tampón untuk mengurangi darah yang keluar
- c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.
- d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

7. Penatalaksanaan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara Komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007 :6)

8. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/NK/VII 2007 tentang stándar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klin dan keluarga. Hasil evaluasi

harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/ pasien

:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan estandar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur

lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas.

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan dan untuk mengetahui sejauhmana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2) Keluhan

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

3) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat Persalinan Sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini.

4) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas dan beralih ke kontrasepsi apa.

5) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

7) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan.

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah.

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

d) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini 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.

e) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

f) Hubungan seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti ibu dapat memasukan satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai hubungan suami istri.

8) Kepercayaan yang berhubungan dengan nifas

Budaya dan keyakinan akan mempengaruhi penyembuhan luka perinium seperti kebiasaan makan telur, ikan, daging,

ayam akan mempengaruhi asupan gizi ibu yang akan mempengaruhi penyembuhan

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tingkat kesadaran ibu, sedang atau baik (Nursalam, 2008).

b) Kesadaran

Untuk melihat tingkat kesadaran ibu meliputi composmentis, somnolen, apatis, delirium (Saifuddin, 2007).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tenaga yang di gunakan darah untuk melawan dinding pembuluh normalnya tekana darah 110-130 MmHg (Tambunan dkk, 2011).

2) Nadi

Gelombang yang di akibatkan adanya perubahan pelebaran(vasodilatasi)dan penyempitan (vasokonstriksi) dari pembuluh darah arteri akibat kontraksi vertikel melawan dinding aorta, normalnya nadi 60-80 kali permenit (Tambunan dkk, 2011).

3) Suhu

Derajat panas yang di pertahankan oleh tubuh dan di atur oleh hipotalamus (di pertahankan dalam batas normal 37,5-38°C (Tambunan dkk, 2011).

4) Pernafasan

Suplai O₂ ke sel-sel tubuh dan membuang CO₂ keluar dari sel tubuh, normalnya 20-30 kali permenit (Tambunan dkk, 2011).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati,2012)

b) Muka

Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis).Apakah terdapat odema atau tidak, muka pucat atau tidak.(Hani,dkk, 2011)

c) Mata

Untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata, teknik yang di gunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa semetris apa tidak, kelopak mata, konjungtiva, sklera.

d) Telinga

Untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga/membrane timpani, dan pendengaran. teknik yang di gunakan adalah inspeksi dan palpasi, dilihat simetris apa tidak, gangguan pendengaran apa tidak.

e) Hidung

Dikaji untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung, bagian dalam, lalu sinus- sinus, kebersihan nya dan apakah ada nyeri tekan apa tidak. Untuk mengetahui adanya kelainan, cuping hidung,benjolan, dan sekret (Hani,dkk, 2011).

f) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusiberdarah atau tidak (Sulistyawati,2012)

g) Leher

Untuk mengetahui bentuk leher, serta organ- organ lain yang berkaitan. Teknik yang di gunakan adalah inspeksi dan palpasi, apakah ada kelenjar getah bening dan kelenjar tyroid. Untuk mengetahui ada tidaknya pembengkakan kelenjar limfe, kelenjar tyroid, dan pembesaran vena jugularis(Hani,dkk, 2011)

h) Dada

Mengkaji kesehatan pernafasan, retraksi dan mendengar bunyi jantung dan paru-paru.

i) Perut

Untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi.

j) Punggung

Mengkaji nyeri tekan, nyeri ketuk.

k) Genetalia

Mengkaji seperti apakah ada masalah dalam buang air kecil, adanya luka, bengkak maupun nyeri pada genetalian (Tambunan dkk, 2011).

l) Ekstermitas bawah : pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, *human's sign*, varises .

a) Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100)

b) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

c) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik (Varney, 2007).

a. Diagnosa kebidanan

Diagnosa yang ditegakkan yang berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu dan keadaan nifas (Sulistyawati, 2009).

P...A... umur, tahun, post partum hari ke...dengan...

b. Masalah

Hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data (Varney, 2007).

1) Masalah 1 : Konstipasi

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi dapat teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Sulistyawati (2009 :101), antara lain :

a) Jelaskan fisiologis konstipasi yang dialami ibu

R/ Ibu memahami dan ibu tidak cemas lagi.

b) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari

R/ Cairan dapat memperlancar kerja peristaltic usus

c) Anjurkan ibu segera BAB bila terasa.

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

d) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serta dalam diet.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat.

e) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/ panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum air panas/ dingin sehingga dapat merangsang BAB

2) Masalah 2 : Retensi Urine

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan masalah retensi urine dapat teratasi

Kriteria hasil : ibu bisa BAK setelah 2 jam postpartum

Intervensi menurut Utami (2014)

a) Lakukan pemasangan kateter tetap selama 24 jam

R/ menjaga kandung kemih agar tetap kosong

b) Lakukan *barde training* dengan langkah – langkah sebagai berikut :

(1) Berikan edukasi kepada klien tentang pentingnya eliminasi BAK spontan setelah melahirkan.

R/ Retensio urin pada masa nifas dapat mempengaruhi aktifitas sehari – hari dan aktifitas menyusui karena ibu tidak akan merasa nyaman melakukan aktifitas dan nyeri perut bagian bawah karena kandung kemih yang penuh dan dapat menyebabkan sub involusi uterus.

(2) Berikan air minum

R/ Hal ini dimungkinkan dengan adanya asupan cairan dapat menstimulasi kerja ginjal, sehingga akan timbul keinginan ibu postpartum untuk berkemih.

(3) Ukur tanda – tanda vital dan *Bladder Training* dimulai dari 2 jam postpartum

R/ Hal ini dikarenakan perlu kondisi yang stabil untuk turun dari tempat tidur dan mengikuti program *Bladder Training*. Untuk mempercepat pemulihan kondisi setelah melahirkan diperlukannya ambulasi dini dan berkemih setelah 2 jam postpartum untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum.

(4) Bawa klien ke toilet untuk BAK dengan posisi duduk dan menyiram perineum dengan air hangat.

R/ Hal ini dimungkinkan untuk merelaksasikan kandung kemih sehingga ibu postpartum dapat bisa berkemih dengan nyaman.

(5) Buka kran air maksimal 15 menit dimulai sejak klien berada di toilet

R/ Hal ini merupakan salah satu stimulus yang dapat mempercepat berkemih.

(6) Observasi apakah sudah BAK/ belum

R/ Hal ini dimungkinkan untuk mengetahui kemampuan ibu berkemih setelah melahirkan dalam batas normal atau terdapat masalah setelah melahirkan.

Ulang *baldder training* setiap 2 jam bila belum bisa BAK

R/ Hal ini dimungkinkan untuk melihat perkembangan berkemih dalam setiap 2 jam.

3) Masalah 3 : Nyeri Pada luka Jahitan

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria Hasil: Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktifitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Purwanti (2012 :89) antara lain :

a) Observasi luka jahitan perineum

R/ Untuk mengkaji jahitan Perineum dan mengetahui adanya infeksi.

b) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/ mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

c) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Ibu melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

d) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap jam atau bila perlu).

R/ Meningkatkan Ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

4) Masalah 4 : *After pain* atau kram Perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria Hasil:

a) Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak

Intervensi menurut Bahiyatun (2009 :123-124) :

(1)Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

(2)Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal dibawah perut

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(3)Jika perlu berikan analgesic (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

c. Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data (Ambarwati, 2008).

3. Mengantisipasi Diagnosa/Masalah Kebidanan

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial ini berdasarkan rangkaian masalah yang ada. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Sambil mengamati pasien, bidan diharapkan siap bila diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi.

4. Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Antisipasi merupakan penerapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera tahap ini dilakukan oleh bidan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan, kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi dan melakukan rujukan.

5. Merencana Asuhan Secara Menyeluruh

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi terkait juga dalam kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya (Ambarwati dkk, 2009). Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan yang menyeluruh dan rasional pada nifas normal meliputi :

a. Rencana asuhan untuk ibu nifas 6 hari:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan abnormal.

- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat dan merawat bayi sehari-hari (Sulistiawati, 2009).
- b. Rencana asuhan untuk payudara bengkak yaitu:
- 1) Masase payudara dan ASI diperas dengan tangan sebelum menyusui.
 - 2) Kompres dingin untuk mekuragi statis pembuluh darah vena dan mengurangi rasa nyeri. Biasanya dilakukan selang-seling dengan kompres hangat untuk melancarkan pembuluh darah.
 - 3) Menyusui lebih sering dan lebih lama pada payudara yang terkena untuk mempelancarkan saluran ASI dan menurunkan tegangan payudara (Saleha, 2009).
 - 4) Susui bayi semau dia sesering mungkin tanpa jadwal dan tanpa batas waktu.
 - 5) Bila bayi sukar menghisap, keluarkan ASI dengan bantuan tangan atau pompa ASI yang efektif.
 - 6) Sebelum menyusui untuk merangsang reflek oksitosin dapat dilakukan: kompres hangat untuk mengurangi rasa sakit, massage payudara, massage leher dan punggung.

7) Setelah menyusui, kompres air dingin untuk mengurangi oedema (Ambarwati dkk, 2010)

6. Implementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan pada klien dan keluarga. Mengarah atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Ambarwati dkk, 2009)

7. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana (Dewi, 2012 : 144).



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

a) Nama bayi

Untuk mengetahui identitas bayi

b) Umur bayi

Untuk mengetahui asuhan yang sesuai pada bayi

c) Tanggal/jam/lahir

Untuk mengetahui umur bayi

d) Berat badan

Untuk mengetahui antara berat badan dengan umur kehamilan

e) Panjang badan

Untuk mengetahui panjang badan

2) Identitas Orang Tua

a) Nama ayah/ibu

Untuk mengetahui identitas orang tua bayi

b) Umur

Untuk mengetahui umur orang tua bayi

c) Suku/bangsa

Untuk mengetahui factor pembawa ras

d) Agama

Untuk memberikan support kepada keluarga sesuai agamanya.

e) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pendidikan yang diperlukan untuk memberikan KIE dan cara perawatan bayi.

f) Pekerjaan

Untuk mengetahui social ekonomi keluarga

g) Alamat

Untuk mengetahui tempat tinggal pasien

3) Riwayat kehamilan sekarang

a) Antenatal Care (ANC)

Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sejak hamil berapa minggu, tempat ANC dan riwayat kehamilannya (Wiknjosastro,2009)

b) Penyuluhan

Apakah ibu sudah mendapatkan penyuluhan tentang gizi , aktivitas selama hamil dan tanda-tanda bahaya kehamilan.

c) Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Sudah/belum, kapan,dan berapa kali yang nantinya akan mempengaruhi kekebalan ibu dan bayi terhadap penyakit tetanus(Wiknjosastro,2009).

4) Psikososial Budaya

Untuk mengetahui apakah ibu ada pantangan makanan dan kebiasaan selama hamil yang tidak diperbolehkan dalam adat masyarakat setempat. Tentang kehamilan ini diharapkan atau tidak, jenis kelamin yang diharapkan, dukungan keluarga dalam kehamilan ini, keluarga lain yang tinggal serumah (Varney,2007).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum bayi meliputi tingkat kesadaran (sadar penuh, apatis, gelisah, koma) gerakan yang ekstrem dan ketegangan otot.

a) Tanda-tanda vital meliputi:

- (1) Suhu dinilai dari temperatur normal rectal atau axilla yaitu 36,5 derajat celsius sampai 37 derajat celsius.
- (2) Denyut jantung dinilai dari kecepatan, irama, kekuatan. dalam 1 menit normalnya 120-140x/permenit.
- (3) Pernapasan dinilai dari sifat pernapasan dan bunyi napas. Dalam satu menit, pernapasan normal 40-60x/menit. Pada kasus asfiksia ringan untuk pernapasan lebih dari 60 x/menit (Nanny,2010).

2) Pemeriksaan Fisik menurut Dewi 2011 adalah:

a) Kelapa

Adakah mesocephal atau mekrocephal serta adakah kelainan cephal hematoma, caputsucedaneum.

b) Mata

Apakah kotoran dimata, adakah warna kuning di sclera dan warna putih pucat di konjungtiva.

c) Telinga

Adakah kotoran atau cairan, simetris atau tidak.

d) Hidung

Adakah nafas cuping, kotoran yang menyumbat jalan nafas.pada kasusafiksia ringan ada pernapasan cuping hidung.(Nanny,2010)

e) Mulut

Adakah sianosis dan bibir kering adakah kelainan seperti labioskizis atau labiopalatoskizis

f)Leher

Adakah pembesaran kelenjar tiroid

g) Dada

Simetris atau tidak,retraksi,frekuensi bunyi jantung,adakah kelainan, pada kasus afiksia ringan ada retraksi pada sela iga (Nanny,2010).

h) Abdomen

Bentuk, adakah pembesaran hati dan limpa

i) Kulit

Warna, apakah kulit kencang atau keriput dan rambut lanugo .

j) Genetalia

(1) Laki-laki

Pada bayi panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012 : 59).

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labiya mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012 : 59).

k) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya.

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluarkemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012 : 59).

1) Ekstremitas

Adakah odema, tanda sianosis, akral dingin, apakah kuku sudah melebihi jari-jari, apakah ada kelainan polidaktil, atau sindaktil. pada kasus asfiksia ringan bayi tampak sianosis (Nanny, 2010).

3) Pemeriksaan Neurologik

Pemeriksaan neurologik merupakan indikator indikator sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs dan Geger, 2007 : 923).

a) Refleks Berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan perama (Marmi, 2012 : 70).

b) Reflek Mencara (*rooting reflex*)

Untuk mengetahui cara mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut

c) Reflek Menghisap (*sucking reflex*)

Untuk mengetahui reflek isap dan menelan

d) Refleks Menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan

refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008 : 134).

e) Reflek Menoleh (*tonic neckreflex*)

Untuk mengetahui otot leher anak akan mengangkat leher dan menoleh kekanan dan kekiri jika diletakkan pada posisi tengkurap. (Rohani dkk,2011)

f) Reflek Terkejut (*morro reflex*)

Untuk mengetahui gerakan memeluk bila dikagetkan

g) Refleks Menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Mammi, 2012 : 71).

h) Refleks Babinsky

Goresan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperkstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012 : 71).

i) Refleks *galanfs*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping

bila distimulasi, dijumpai pada 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008 : 70).

j) Refleks Ekstrusi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012 : 72).

k) Refleks Melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya, sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012 : 72).

4) Pemeriksaan antropometri

Menurut Dewi 2010 meliputi:

- a) Lingkar kepala: untuk mengetahui pertumbuhan otak (normal 33-35cm).
- b) Lingkar dada: untuk mengetahui keterlambatan pertumbuhan (normal 33-35cm).
- c) Panjang badan : normal (48-50cm).
- d) Berat badan: normal (2500-4000gr)

5) Pemeriksaan penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari,2010).

2. Interpretasi Data

Pada langkah interpretasi data ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa kebidanan. Masalah dan kebutuhan klien (Varney,2007)

a. Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, sebarrahea, miliarsis, muntah dan gumoh, *oral trush, diaper rash* (Marmi, 2012 : 207-229).

b. Kebutuhan

Hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data. (Ambarwati, 2008).

3. Intervensi

a. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, sebarrahea, miliarsis, muntah dan gumoh, *oral trush, diaper rash* (Marmi, 2012 : 207-229).

b. Kriteria:

1) Keadaan umum baik

S : 36,5-37,5 °C

N: 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

2) Bayi menyusu kuat

3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008).

b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

c) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, *et al*, 2007).

d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir.

Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusukurang baik

R/ Suhu normal bayi adalah 36^5 - 37^5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

f) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

c. Masalah

1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria : Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL dan tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut Marmi (2014) :

a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi $< 36^{\circ}\text{C}$ dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu,

tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006).

Intervensi :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterik Fisiologis

Tujuan : Ikterik fisiologis tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin.

Intervensi (Varney, 2007) :

a) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik fisiologis.

R/ Kepala dan leher kadar bilirubin 5 mg/dL ,
kepala, leher dan badan bagian atas 9 mg/dL ,
seluruh tubuh kecuali ekstermitas 12 mg/dL ,
seluruh tubuh 16 mg/dL .

b) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium.

c) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10-20 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10-20 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala, dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Sudarti (2012 : 12) :

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu.

R/ Shampo bayi harus lembut karena sesuai dengan fungsi kelenjar. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

- b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- c) Biasakan untuk selalu mencuci tangan sesudah menyentuh kulit kepala anak yang terkena infeksi.

R/ Untuk menghindari penularan lebih lanjut.

- d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan atau yang memiliki sarana lengkap

5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi):

- a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- d) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

- e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Manuaba (2012 : 207) :

- a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Muslihatun (2010 : 104) :

- a) Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dengan air hangat bergaram.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

- b) Olesi bercak *trush* dalam mulut bayi dengan larutan nistalin oral atau Gentian Violet 0,25-0,5% sampai empat kali sehari.

c) Anjurkan ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim nistalin atau larutan Gentian Violet 0,5% setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati.

R/ untuk menghilangkan jamur *candida albicans* sehingga mencegah timbulnya oral thrush.

8) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Leveno (2009 : 292) :

a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Pakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan fases membasahi tali pusat.

b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kulit bayi baru lahir yang normal, tipis, halus dan mudah sekali mengaami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda.

d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

4. Implementasi

Merupakan pelaksanaan dari rencanaasuhan menyeluruh dari perencanaan.pelaksanaaan asuhan ini biasa dilakukan untuk klien atau oleh tenaga kesehatan lainnya(Varney,2007)

5. Evaluasi

Sebuah perbandingan antara hasil yang actual dengan hasil yang diharapkan.dilakukan penilaian apakah rencana asuhan yang telah disusun dapat terlaksana dan terpenuhi kebutuhannya seperti yang telah diidentifikasi dlam masalah dan diagnose. (Varney,2007).

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kontrasepsi

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nam panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2010 : 131).

b) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Biran Affandi, 2012 : U-8).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambawati, 2010 : 132).

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntik KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012 : 592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011 : 194).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010 : 132).

2) Keluhan

Keluhan utama pada ibu pascapersalinan menurut Affandi (2012 : U-9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi

3) Riwayat Kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak dibolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012 : MK-45).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi, 2012 : MK-66).

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012 : U-52).

4) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012 : MK-68).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012 : MK-4).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010 : 598).

5) Riwaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, maka infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu.

Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012 : U-52).

6) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014 : 168).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013 : 209).

7) Riwayat Mestruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan dan pernahkah dismenorhoe. (Nursalam, 2008)

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013 : 171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesteron, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kemih karena relaksasi otot (Hartanto, 2013 : 124).

c) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010 : MK-35).

d) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergi dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan tromboembolik (Hartanto, 2013 : 123).

e) Personal Hygiene

Dikaji karena kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Pemeriksaan keadaan umum meliputi status kesadaran, status gizi, tanda vital dan lain-lain (Hidayat,2008) keadaan umum meliputi baik, sedang dan jelek.

b) Kesadaran

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya kelainan pada gangguan system kardiovaskuler (Hidayat,2008)

- (1) Composmentis: sadar penuh
- (2) Apatis: acuh tak acuh dan lama dalam menjawab
- (3) Somnolen: keadaan mengantuk (letargi)
- (4) Delirium: penurunan abnormal , disertai dengan peningkatan yang abnormal
- (5) Koma: keadaan tidak sadar diri yang penderitanya tidak dapat dibangunkan

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Untuk mengetahui tekanan darah apakah ada peningkatan atau tidak. Tekanan darah normal yaitu 110/80-120/80mmhg (Hidayat,2008).

(2) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan apakah ada peningkatan atau tidak, normalnya 36,5-37,6 derajat celcius.

(3) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80kali per menit (Ambarwati dkk,2008)

(4) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit batas respirasi normal 22-24 kali/ menit. (Hidayat,2008).

d) Pemeriksaan antropometri

Berat Badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg-5kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas.

Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013 : 171).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Meliputi warna, mudah rontok atau tidak dan kebersihannya.

(1) Mata

Untuk mengetahui apakah konjungtiva warna merah muda dan sclera warna putih

(2) Muka keadaan muka pucat atau tidak adakah kelainan , adakah odema

(3) Hidung

Bagaimana kebersihannya, ada polip atau tidak

(4) Telinga

Bagaimana kebersihannya, ada serumen atau tidak.

(5) Mulut

Ada stomatis atau tidak , keadaan gigi, gusi berdarah atau tidak.

(6) Leher

Adakah pembesaran kelenjar thyroid, ada benjolan atau tidak, adakah pembesaran kelenjar limfe.

(7) Dada dan axilla

Untuk mengetahui keadaan payudara, simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak

(8) Abdomen

Apakah ada luka bekas operasi . ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak.

(9) Genitalia

Terdapat pengeluaran pervaginam atau tidak, bersih atau tidak.

(10) Anus

Apakah ada hemoroid atau tidak

(11) Ekstremitas

Ada cacat atau tidak, odema atau tidak, terdapat varises atau tidak (Wiknjasastro, 2006)

c. Pemeriksaan penunjang

Sebagai pendukung diagnose, apabila diperlukan. misalnya pemeriksaan laboratorium dan papsmear (Varney, 2007)

2. Diagnosa Kebidanan

P_{APIAH} usia 15 – 49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorrhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa Baik.

3. Perencanaan

Diagnosa : P_{APIAH} usia 15 – 49 tahun, anak terkecil usia Tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa Baik.

Tujuan :

- a. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b. Pengetahuan ibu tentang macam – macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria Hasil :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saiffudin (2010):

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keunungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Kemungkinan Masalah :

(1) Masalah 1 : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria Hasil : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Saiffudin (2010:47) :

(a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

(b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

(c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

(2) Masalah 2 : Pusing

Tujuan : pusing dapat teratasi

Kriteria Hasil : Mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Mochtar (2008) :

(a)Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

(b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

(c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

(3) Masalah 3 : Perdarahan Bercak/*Spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan ibu mampu, beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria Hasil :

1) Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Maritalia (2012):

a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*

3. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:6) dengan criteria :

a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk biopsikososial spiritual cultural

- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform konsen*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip mencegah infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standart.
- j. Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

4. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan dengan standart.

5. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7) , evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data Subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: Hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan. Langkah implementasi , evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku/ dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan KB