BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indikator derajat kesehatan masyarakat adalah jumlah angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). AKI dan AKB di Indonesia masih merupakan masalah yang menjadi prioritas di bidang kesehatan (Wahyudin, 2008). Kurangnya kesadaran ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal sangat mempengaruhi kondisi ibu dan janin selama dalam kandungan (Wiknjosastro, 2009:51). Kehamilan dapat menimbulkan risiko kematian ibu, pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sampai masa nifas sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya (Riskesdas, 2013:16). Banyakanya angka kematian bayi dan balita, juga dapat berdampak serius pada kualitas generasi mendatang, yaitu akan memperlambat pertumbuhan dan perkembangan anak, serta berpengaruh pada penurunan kecerdasan (Depkes RI, 2007). Masih tingginya AKI dan AKB menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan masih belum memadai dan belum menjangkau masyarakat banyak, khususnya dipedesaan. Namun bidan di desa yang sudah ditempatkan belum didayagunakan secara optimal dalam upaya menurunkan AKI dan AKB (Palutturi, 2007).

Cakupan K1 di Kabupaten Ponorogo tahun 2016 mencapai 11,573 (94,1%) iby hamil dari target sebesar 100% dan cakupan K4 mencapai 10,435 (84,8%) ibu hamil dari target sebesar 95%. Angka kematian ibu (AKI) di

ponorogo adalah 112 orang. Jumlah angka kematian bayi (AKB) adalah 180. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di kabupaten Ponorogo 10,724 (91,3%) dari target 95%. Cakupan pelayanan nifas 10.709 (90,1%) dari target nasional 95%. Cakupan kunjugan neonatal kunjugan KN1 10,709 (95,8%), kunjugan neonatal 3 kali (KN lengkap) 10.635 (95,1%) dari target 98%. Perkiraan ibu hamil dengan komplikasi kebidanan 2,460 ibu hamil, peserta KB aktif yang menggunakan IUD 6,547 (6,8%), ibu menggunakan KB MOP 312 (0,3%), ibu menggunakan KB MOW 728 (0,8%), ibu menggunakan KB Implan 2,487 (2,6%), ibu menggunakan KB Kondom 2,607 (2,7%), ibu menggunkan KB suntik 55,477 (57,6%), ibu menggunakan KB Pil 28,277 (29,3%). (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2016). Berdasarkan data yang didapat dari Praktek Mandiri Bidan (PMB) T.Wijayanti, Kauman, beringin pada tahun 2016, cakupan kunjugan K1 mencapai 38 (118,6%) ibu hamil, sedangkan cakupan K4 mencapai 26 (81,3%) ibu hamil. Deteksi ibu hamil dengan resiko tinggi oleh masyarakat 5 (15,6%), oleh tenaga kesehatan 8 (25%), komplikasi kebidanan ditangani 13 (40,6%). Jumlah persalinan di PMB tersebut sebanyak 30 (96,8%) persalinan. Persalinan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan sebanyak 30 (96,8%) persalinan. Neonatal komplikasi yang ditangani 5, cakupan kunjugan bayi 22, jumlah angka kematian bayi 1 akibat IUFD. Ibu nifas sebanyak 30 (96,8%) ibu nifas, KN 1 murni 18, KN lengkap 30. Jumlah pasangan usia subur (PUS) 388, akseptor KB aktif sebanyak 366 orang. Akseptor KB IUD tercatat sebanyak 133 orang, akseptor KB implan sebanyak 33 orang, akseptor KB MOW sebanyak 10 orang, akseptor KB kondom

sebanyak 10 orang, akseptor KB pil sebanyak 16 orang, akseptor KB suntik 164 orang.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk perbaikan kesehatan tersebut adalah pemberian asuhan secara *contuinity of care* atau asuhan yang dilakukan secara berkesinambungan. Seperti dalam pilar kedua *safe motherhood,* sehingga Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dapat mengalami penurunan. Ibu hamil dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin dan secara teratur sejak merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pemerintah juga mengeluarkan berbagai cara dalam menanggulangi masalah tersebut diantaranya menigkatkan pelayanan kesehatan dasar, memberikan kebijakan untuk menempatkan 1 bidan di setiap desa membuat program *safe mother initiative,*Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan *making pregnancy safer* (MPS) serta pengembangan puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK 24 jam (Saifuddin, 2010:96). Untuk mengendalikan kualitas penduduk yang demikian besar BKKBN menargetkan untuk menurunkan laju pertumbuhan penduduk nasional menjadi sekitar 1,1% per tahun. Untuk menekan laju pertumbuhan penduduk, salah satu upaya yang dilakukan adalah menigkatkan pemakian kontrasepsi, disamping itu juga dengan menignkatkan pelayanan keluaraga berencana (KB) dan kesehatan reproduksi yang terjangkau, bermutu serta efektif menuju terbentuknya keluarga kecil bahagia dan sejahtera (BKKBN, 2008). Diharapkan untuk melakukan kunjugan ANC secara rutin 1x pada Tm I, 1x pada Tm II, 2x pada Tm III sehingga komplikasi dan penyulit dapat

terdektesi sejak dini (Manauaba, 2010 : 144). Pada ibu postpartum untuk melakukan kunjugan masa nifas (KF) sebanyak 4x yaitu 6-8 jam setelah persalinan 6 hari setelah persalinan 2 minggu setelah persalinan 6 minggu setelah persalinan (Sunarsih, ddk, 2011 : 4-5). Kunjugan neonatal (KN) setidaknya 3x yaitu : KN 1: 6 – 48 jam, KN 2 : hari ke 3-hari ke 7 setelah lahir, KN 3 : Hari ke 8 – hari ke 28 setelah lahir (PMK.RI.No.53 Tahun 2014. Pasal 5 Ayat 1). Sementara untuk KB bisa dilakukan konseling mengenai macam-macam kontrasepsi yang bisa di gunakan pada ibu post partum (Manuaba,2010:592). Berdasarkan uraian diatas, penulis ingin melakukan asuhan kebidanan dengan cara continunity of care pada ibu hamil TM III (29-42), persalinan, nifas, neonatus dan KB.

1.2 Pembatasan Masalah

Kehamilan TM I, II,III, persalinan, nifas, BBL, neounatus, balita, anak balita, remaja putri, wanita pranikah, wanita dengan gangguan reproduksi, KB dan menoupase. Pada LTA ini dibatasi hanya ibu hamil TM III (29-42), bersalin, nifas, BBL dan KB postpartum.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara continunity of care pada ibu hamil TM III (29-42) , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil meliputi: pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, pelaksanaaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continunity of care.*
2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi: pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, pelaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continunity of care.*
3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi: pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, pelaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continunity of care.*
4. Melakukan asuhan kebidanan pada BBL meliputi: pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, pelaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continunity of care.*
5. Melakukan asuhan kebidanan pada akseptor KB meliputi: pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan

kebidanan, pelaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continunity of care.*

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Asuhan kebidanan ini diberikan pada ibu hamil trimester III (29-42) , persalinan, nifa, neounatus, KB secara komprehensif dan *contuintity of care*

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan secara *continunity of care* adalah di PMB MURYATI S.ST.,Keb di Sukorejo Ponorogo.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dari penyusunan proposal, membuat proposal asuhan kebidanan dan menyusun laporan dimulai bulan September 2017 sampai November 2017.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan penerapan pelayanan kebidanan secara *continunity of care* pada kehamilan, persalinan, masa nifas, BBL dan KB

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi Bidan

   Dapat dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara berkesinambungan (*conituity of care).*

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Menambah referensi diperpustakaan tentang asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continunity of care*).

3. Bagi masyarakat

   Menambah wawasan dan pengetahuan masyarakat khususnya tentang kesehatan perempuan yaitu kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB.

4. Bagi penyusun

   Menambah pengalaman dan keterampilan tentang pemberian asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB secara berkesinambungan dengan menggunakan pendekatan manejemen asuhan kebidanan *continunity of care.*

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 Konsep Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah pertumbuhan dari perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010:80). Masa Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari bulan ke 4-6 bulan, dan triemester ketiga dari bulan ke 7-9 bulan. (Saifuddin, 2006:89).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (Saifuddin, 2014:213).

2. Proses Kehamilan

Menurut Saifuddin (2014:139) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

a. Spermatozoa

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di vorniks vagina dan disekitar porsio pada waktu koitus. Hanya beberapa ratus ribu spermatozoa dapat terus ke kavum uteri dan tuba, dan hanya beberapa ratus dapat sampai ke bagian ampula tuba dimana bagian ampula tuba dapat memasuki ovum yang telah siap untuk dibuahi. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada spermatozoa peningkatan konsentrasi DNA di nukleusnya, dan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hialuronidase (Saifuddin, 2014:140).

b. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh system hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Proses pertumbuhan ovum (ogenesis) asalnya epitel germinal → oogonium → folikel primer → proses pematangan pertama. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de graaf

yang menuju ke permukaan ovarium di sertai pembentukan cairan folikel. Desakan folikel de graaf ke permukaan ovarium menyebabkan penipisan dan disertai devaskularisasi. Selama pertumbuhan menjadi folikel de graaf, ovarium mengeluarkan hormone esterogen yang dapat mempengaruhi gerak dai tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin tinggi, peristaltic tuba makin aktif. Ketiga faktor ini menyebabkan aliran cairan dalam tuba makin deras menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi. Dengan gerak aktif tuba yang mempunyai umbai (fimbrae) maka ovum yang telah di lepaskan segera di tangkap oleh fimbrae tuba. Proses penagkapan ini disebut *ovum pick up mechanism*. Ovum yang tertangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus, dalam bentuk pematangan pertama, artinya telah siap untuk dibuahi (Manuaba, 2010:75).

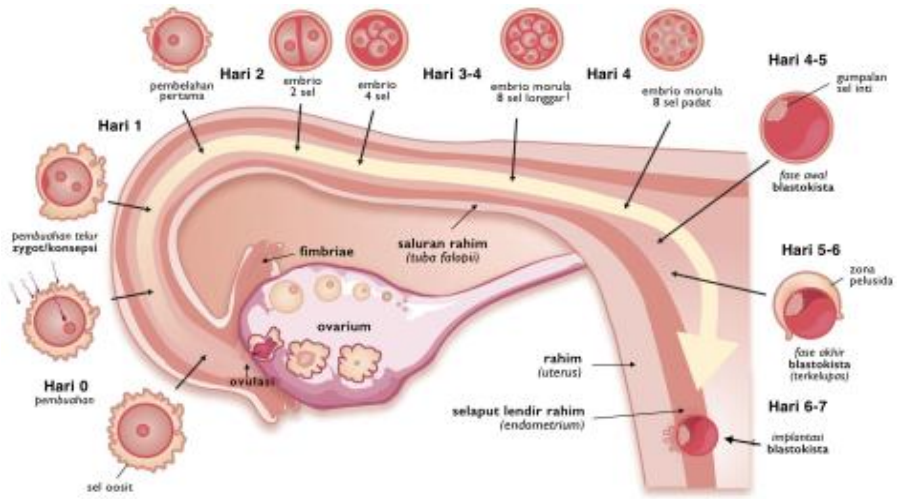
c. Konsepsi

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Saifuddin, 2014:140-141).

d. Implantasi

Setelah lima sampai tujuh hari setelah terjadi ovulasi terjadi, blastosit tiba di rahim dalam keadaan siap untuk implantasi. Produksi progesterone sedang pada puncaknya. Progesterone merangsang pembuluh-pembuluh darah yang sarat oksigen dan zat gizi untuk memberi pasokan pada endometrium agar tumbuh dan siap menerima blastosit. Blastosit mengambang bebas di dalam rahim selama beberapa hari seraya terus berkembang dan tumbuh.

Kira-kira sembilan hari setelah pembuahan, blastosit yang kini terdiri atas beratus-ratus sel, mulai meletakan dirinya ke dinding rahim dengan penjuluran serupa spons dari sel-sel trofoblast. Penjuluran-penjuluran itu meliang ke dalam endometrium.sel-sel tersebut tumbuh menjadi vilus korionik,yang belakangan akan berkembang menjadi plasenta. Mereka melepaskan enzim-enzim yang menembus lapisan rahim dan menyebabkan jaringan terurai. Hal ini menyediakan sel darah kaya gizi yang memberi makan blastosit. Blastosit perlu waktu kira-kira 13 hari agar tertanam dengan kuat (Pantikawati dkk, 2010:46).



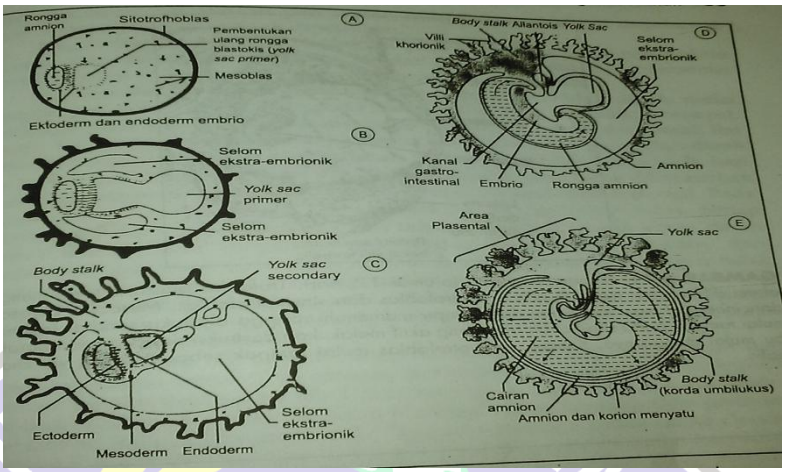
Gambar 2.1
Proses Implantasi atau Nidasi
Sumber : Witjaksono J. 2015.Proses Implantasi atau Nidasi.

e. Pembentukan Plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2014:145-146).

Lapisan desidua yang meliputi hasil konsepsi kea rah kavum uteri disebut desidua kapsularis, yang terletak antara hasil konsepsi dan dinding uterus disebut desidua basalis, disitu plasenta akan dibentuk. Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion. Plasenta yang demikian disebut plasenta jenis hemokorial. Disini jelas tidak ada percampuran darah antara darah janin dan darah ibu. Ada juga sel-sel desidua yang tidak dapat dihancurkan oleh trofoblas dan sel-sel ini akhirnya membentuk lapisan fibrinoid yang disebut lapisan Nitabuch. Ketika proses

melahirkan, plasenta terlepas dari endometrium pada lapisan Nitabuch ini (Saifuddin, 2014:146).



Gambar 2.2
Pembentukan tulang amnion

Sumber: Manuaba. 2010. Ilmu kebidanan,penyakit kandungan, dan kb. Jakarta:EGC

A;pembentukan inner cel mass,**B;**Celah tampak dalam musablas untuk membentuk ektra embrionik rongga**,C;**yolk sac primer mengecil dan rongga ektra embrionik membesar**,D;** rongga amniotik membesar,**E;**setelah usia 45 hari rongga amnion melingkari embrio dan dibantu oleh cairan amnion yang melindungi embrio itu sendiri.

f. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Tabel. 2.1
Pertumbuhan dan Perkembangan janin

Usia kehamilan	**Panjang Janin**	**Ciri Khas**
Organogenesis		
4 minggu	7,5 – 10 mm	Rudimeter : hidung, telinga dan mata
8 minggu	2,5 cm	Kepala fleksi ke dada, hidung, kuping dan jari terbentuk
12 minggu	9 cm	Kuping lebih jelas, kelopak mata terbentuk, genetalia eksterna terbentuk
Usia *Fetus*		
16 minggu	16-18 cm	Genetal jelas terbentuk, kulit merah tipis, uterus telah penuh, desidua parietalis dan kapsularis
20 minggu	25 cm	Kulit tebal dengan rambut lanugo
24 minggu	30-32 cm	Kelopak mata jelas, alis dan bulu tampak
Masa *Parietal*		
28 minggu	35 cm	Berat badan 1000 gram, menyempurnakan janin
40 minggu	50-55 cm	Bayi cukup bulan, kulit berambut dengan baik, kulit kepala tumbuh baik, pusat penulangan pada tibia proksimal

Sumber : (Manuaba dkk, 2010: 89)

3. Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala kehamilan

a. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

1) Amanore (Tidak Dapat Haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus *Neagie*: HT – 3 (bulan + 7) (Prawirohardjo, 2008;).

2) Mual dan Muntah

Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*" (Prawiroharjo. 2008).

3) Mengidam (Ingin Makanan Khusus)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Prawiroharjo. 2008).

4) Quickening

Quickening adalah presepsi gerakan janin pertama, biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu (Pantikawati dkk, 2010:75).

5) Keluhan Kencing

Frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke kranial (Pantikawati dkk, 2010:75).

6) Konstipasi

Ini terjadi karena efek relaksasi progesteron atau dapat juga karena peubahan pola makan (Pantikawati dkk, 2010:76).

b. Tanda Pasti

1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut Jantung Janin (DJJ) dapat didengar dengan *stetoskep linec* pada minggu ke 17-18. Pada orang gemuk lebih lambat. Dengan *stetoskop ultrasonic (Doppler),* denyut jantung janin dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke 12. Auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

2) Palpasi

Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke 22, gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas pada minggu ke 24.

3) Tekanan Darah

Penurunan tahanan (vaskuler periser) selama kehamilan terutama disebabkan karena relaksasi otot polos sebagai akibat pengaruh hormon progesteron. Penurunan tersebut

mengakibatkan penurunan tekanan darah selama usia kehamilan pertama. Ada sedikit penurunan pada sistolik (5-10 mmHg) dan diastolik (7-15 mmHg). Tekanan darah sedikit demi sedikit akan naik ke level sebelum hamil pada saat usia kehamilan lanjut (aterm). Perasaan lelah dan menurunnya semangat atau lesu merupakan hal yang biasa terjadi selama kehamilan. Hiperventilasi ringan juga normal selama kehamilan. Peningkatan volume darah bersamaan dengan dispense dari vena dan penambahan tekanan mekanik dari pembesaran uterus dapat menyebabkan edema pada kaki, vulva, dan anal. Varises pada vena dan hemoroid adalah hal yang umum ditemukan terutama pada trimester III (Vivian Nanny, 2011:97).

4) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2011:163).

5) Sistem Respirasi

Selama kehamilan sirkumferensia torak akan bertambah ±6 cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh diafragma yang naik ±4 cm selama kehamilan. Frekuensi pernapasan hanya

mengalami dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, 2014:185).

6) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ektsraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2014:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.2 :

Tabel 2.2
Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh

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

Sumber **:** Saifuddin, 2014, Ilmu Kebidanan, Jakarta, halaman 180.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan. Menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing

sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2014:180). Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu nerupakan faktor risiko timbulnya pre eklampsia (Saifuddin, 2014:532).

7) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar,kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena horman prolactin ditekan oleh prolactine Inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap α-laktalbulmin akan hilang. Peningkatan prolactin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebasea dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara semakin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai

hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan. (Saifuddin, 2014:179).

8) Vagina dan Vulva

Hormon estrogen mempengaruhi system reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hipremia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan *tanda Chadwick.* Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi otot polos. Akibat peregangan otot polos menyebabkan vagina menjadi lebih lunak. Perubahan yang lain adalah penigkatan secret vagina dan muksoa vagina memetabolisme glikogen. Metabolisme ini terjadi akibat pengaruh hormone estrogen. Peningkatan laktobacilus menyebabkan metabolise meningkat. Hasil metabolisme (glikogen) menyebabkan pH menjadi lebih asam (5,2-6). Keasaman vagina berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri pathogen (Intan, 2015:3-4).

9) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi, serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrosi dan hyperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. (Saifuddin, 2014:177).

10) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwana keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dan sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertrambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Saifuddin, 2014:178).

4. Perubahan Anatomi Dan Fisiologis

a. Uterus

1) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hioertropi dan hiperplasi otot rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometriummenjadi desidua. Jika penambahan ukura TFU per tiga jari, dapat dicermati dalam table berikut ini (Sulistyawati, 2011:59).

Table 2.3
Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

Usia kehamilah (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 xipoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xipoideus (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xipoideus (px)

Sumber :(Sulistyawati, 2010: 60)

2) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan (Sulistyawati, 2011:60).

3) Posisi Rahim Dalam Kehamilan

a) Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi

b) Pada 4 bulan kehamilan, Rahim tetap berada dalam rongga pelvis

c) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati

d) Pada ibu hamil, Rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Sulistyawati, 2011:60).

b. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemuka di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relative minimal. Relaksin, suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan *insulin like growth factor I & II,* disekresikan oleh korpus luteum, desidua, plasenta dan hati.aksi biologi utamanya adalah dalam proses *remodeling* jaringan ikat pada saluran reproduksi, yang kemudian mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubbahan

struktur biokimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplikasi pada kehamilan preterm (Prawirohardjo, 2008:178).

c. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertropi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2008:178-179).

d. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusan dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah

payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dan striae sebelumnya. Pada banyak perempuan kulit garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra.* Kadang-kadang akan muncul dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melisma gravidarum* selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum *melanocyte stimulating hormone* pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan progesteron diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi faktor pendorongnya (Prawirohardjo, 2008:179).

e. Payudara / Mamae

Mamae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomamotropin, estrogen, dan progesterone, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Estrogen menimbulkan hipertropi system saluran, sedangkan progesterone menambah sel-sel asinus pada

mammae. Somatomamotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumun dan laktoglobulin. Dengan demikian mammae dipersiapkan untuk laktasi. Disamping itu dibawah pengaruh progesterone dan somatomamotropin terbentuk lemak sekitar alveolua-alveolus, sehingga mammae menjadi lebih besar. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. Hipertropi kelenjar sebasea (lemak) yang muncul di areola primer dan disebut tuberkelmontgomery. Glandula montgomeri tampak lebih jelas menonjol dipermukaan areola mammae. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda mungkin hamil. Sensitivitas payudara bervariasi dari rasa geli ringan sampai nyeri tajam. Peningkatan ini suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sekarang terlihat, seringkali tampak sebagai jaringan biru dibawah permukaan kulit. Kongesti vena di payudara lebih jelas terlihat pada primigravida. Striae dapat terlihat dibagian luar payudara.

f. Sirkulasi Darah Ibu

Peredarah darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:.

1) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam Rahim
2) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter
3) Pengaruh hormone esterogen dan progesterone makin meningkat

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah:

1) Volume Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25-30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. *Curah jantung* akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan sakit jantung dapat jatuh dalam

dekompensasi kordis. Pada postpartum, terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ke-3 sampai ke-5 (Manuaba, 2010).

2) Sel Darah

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000/ml. dengan hemodelusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal (Manuaba,2010).

3) Sistem Respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga system respirasi untuk memenuhi kebutuhan O2. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan Rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O2 yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari pada biasnya (Manuaba, 2010).

5. Kebutuhan Pada Ibu Hamil

a. Kebutuhan Zat Gizi

1) Energi

a) Energi sebaiknya sebagian besar berasal dari karbohidrat

b) Sumber-sumber karbohidrat utama adalah beras, sereal, gandum, dll.

c) Kebutuhan kalori perhari : TM I 100-150 Kkal/hari, TM II 200-300 Kkal/hari (Dewi, 2011:127)

2) Protein

a) Untuk metabolisme

b) Pertumbuhan janin

c) Pertumbuhan uterus dan payudara

d) Penambahan volume darah : TMI 1g/bb. TMII 1,5 g/bb, TMIII 2g/bb (Dewi, 2011:127)

3) Zat Besi

Sebagian besar anemia disebabkan oleh defisiensi za besi, oleh karena itu perlu di tekankan kepada ibu hamil untuk mengkonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan. Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat seebesar 300% (1.400 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu selama hamil melainkan perlu di tunjang dengan suplemen zat besi. Pemberian suplemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke-

12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan 6 minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum (Sulistyawati, 2011:107).

b. Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang nyaman dan dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan ganjal dengan menggunakan bantal dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri (Sulistyawati, 2011:117).

c. Pakaian

Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher:

1) Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi
2) Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu
3) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi

4) Pakaian dalam yang selalu bersih. (Pantikawati dkk, 2010:92)

d. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen semua manusia sama yaitu udara yang bersih, tidak kotor atau polusi udara, tidak bau, dsb. Pada prinsipnya hindari ruangan / tempat yang dipenuhi polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok) (Pantikawati dkk,2010:89).

e. Hubungan Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan. Jika ada riwayat abortus sebelumnya, koitus di tunda sampai usia kehamilan di atas 6 minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan funngsi yang baik. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang pekiraan tanggal persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks/uterus. Pada beberapa keadaan seperti kontraksi/tanda0tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, keputihan, ketuban pecah, perdarahan pervaginam, abortus iminiens atau abortus habitualis, kehamilan kembar dan penyakit menular sebaaiknya koitus jangan dilakukan (Dewi, 2011:125).

f. Imunisasi

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi dari zat asing (infeksi). Ada 4 macam vaksin:

1) Toksoid dari vaksin mati
2) Vaksin virus mati
3) Virus hidup
4) Preparat lobulin imun

Toksoid adalah preparat dari racun bakteri yang diuibah secara kimiawi/endotoksin yang dibuat oleh bakteri. Vaksin mati berisi mikroorganisme yang dibuat tidak aktif dengan panas atau baahn kimia. Vaksin virus hidup dibuat dari strain virus yang memberikan perlindungan tetap tidak cukup kuaut untuk menimbulkan penyakit. Preparat imun globulin adalah protein yang terbuat dari darah manusia yang dapat menghasilkan perlindungan antibody pasif/temporer. Vaksin ini untuk melawan penyakit hepatitis B, rabies, varisela.

Vaksin dinilai keefektifan dan potensinya dalam membahayakan kehamilan. Vaksin mati aman untuk ibu hamil, tidak ada bukti vaksin mati mempunyai efek pada janin/meningkatkan resiko keguguran. Vaksin hidup jangan pernah diberikan kepad ibu hamil. Satu-satunya imunisasi yang dianjurkan penggunaan selama hamil adalah tetanus. Vaksin campak, rubela, gandongan sebaiknya diberikan sebelum

kehamilan/segera setelah kelahiran. Wanita hamil mendapat vaksinasi primer polio hanya bila resiko terpajan sangat tinggi (polio tidak aktif) (Pantikawati dkk, 2010:97).

g. Personal Hygine

1) Kebersihan perlu di jaga untuk mencegah infeksi
2) Perawatan payudara
3) Kebersihan gigi dan mulut. Pemeriksaan dini ke dokter gigi dianjurkan untuk menjamin pencernaan yang sempurna. Kebersihan daerah genetalia perlu dijaga untuk mencegah keputihan terutama jika sering BAK (Dewi, 2011:128)

2.1.2 Konsep Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.(Sulistyawati,2010:Hal

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan pelahiran plasenta (Varney *et al*, 2007:672).

Persalinan disertai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada servik (membuka dan menipis) dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan penambahan servik. (Jnpk Kr, 2007:37).

2. Bentuk-Bentuk Persalinan

a. Persalinan spontan, bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir (Mira, 2009:74).

b. Persalinan buatan, bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya: ekstrasi dengan forsep atau dilakukan operasi SC atau VE (Mira, 2009:74).

c. Persalinan anjuran, Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya Pitocin dan prostaglandin (Sarwono, 2012:89)

3. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Walyani, (2014 : 76-77), antara lain:

a. *Power*

Power (tenaga) meliputi kekuatan dan reflex meneran.

b. *Passage*

Jalan lahir yang paling penting dalam menentukan proses persalinan adalah pelvis.

c. *Pasanger*

Merupakan janin dan plasenta, terdiri dari janin dengan ukuran dan moulage, sikap fetus, letak janin, presentasi fetus dan posisi fetus.

d. Posisi

Ganti posisi secara teratur kala II persalinan karena dapat mempercepat kemajuan persalinan. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman sesuai dengan keinginannya.

e. Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan (bila diinginkan ibu) dengan memelihara kontak mata seperlunya, bantuan member rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

f. Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada seseorang yang menunggui setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan.

g. Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

4. Permulaan Terjadinya Persalinan

Penyebab mulainya persalinan diuraikan oleh beberapa teori:

a. Teori hormon progesteron dan estrogen

Progesteron menimbulkan estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. hormon Relaksasi otot-otot rahim, sedangkan estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Hormon yang dominan saat hamil adalah estrogen dan progesteron. Pengaruh hormon progesteron tersebut antara lain:

1) Hormon estrogen meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan rangsangan mekanis.
2) Hormon progesteron menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan otot rahim menerima rangsangan dari luar seperti oksitosin,dan prostaglandin mekanik.
3) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi

b. Teori oksitosin internal

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga timbul kontraksi. oksitosin di hasilkan oleh kelenjar hipofise parss posterior. Perubahan keseimbangan progesteron dan estrogen mengubah sensitivitas sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunya progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktifitas kontraksi sehingga terjadi persalinan.

c. Teori prostaglandin

Prostaglandin dihasilakan oleh desidua, meningkat setelah usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat

menimbulakn kontraksi otot rahim sehingga hassil konsepsi dikeluarkan.

d. Teori kerengangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas terjadinya kontraksi sehingga persalinan dimulai. Contohnya pada kehamilan ganda.

e. Pengaruh janin

Hipotalamus, hipofise, dan kelenjar suprarenalis janin merupakan pemicu terjadinya persalinan. Oleh karena itu bayi anensepalus, kehamilanya sering lebih lama karena tidak terbentuk hipotalamus.(Mira, 2009:74)

5. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam dua fase, yaitu :

1) Fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat, serviks pembukaan sampai 3 cm.

2) Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks pembukaan dari 3 sampai 10 cm, kontraksi lebih dan sering.

Di bagi dalam 3 fase :

a) Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan terjadi sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9cm

c) Fase deselerasi: pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap 10 cm, pembukaan lengkapberarti bibir serviks dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm.

Peran petugas kesehatan terutama bidan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan kepada ibu, baik segi emosi/ perasaan maupun fisik. Asuhan yang dapat di berikan berupa:

a) Menghadirkan orang yang di anggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat.

b) Mengatur aktifitas dan posisi ibu sesuai kenyamanan ibu.

c) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his dengan menrik nafas panjang, di tahan sebentar lalu di lepaskan melalui mulut.

d) Menjaga privasi ibu dengan menggunakan penutup atau tirai serta tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizing ibu

e) Menjelaskan tentang kemajuan persalinan

f) Menjaga kebersihan ibu dengan memperbolehkan mandi

g) Mengatasi rasa panas dengan menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar

h) Massase, melakukan pijatan punggung atau mengusap perut ibu dengan lembut

i) Memberikan cukup minum

j) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong dengan menganjurkan ibu untuk kencing sesering mungkin

k) Membrikan sentuhan, sesuai dengan keinginan ibu.

Tabel 2.4
Pemantauan pada Persalinan

Parameter	Frekuensi pada Fase Laten	Frekuensi pada Fase Aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 1 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 mnit
Pembukaan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : (Saifuddin,2012:211)

b. Kala II

Di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) dan berakhirnya dengan lahirnya bayi. Proses persalinan kala II pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida 1 jam. Kala II persalinan merupakan pekerjaan yang sulit bagi ibu. Suhu tubuh ibu akan meninggi, ia mengedan selama kontraksi dan ia kelelahan. Petugas

harus mendukung ibu atas usahanya melahirkan bayinya. Asuhan kebidanan yang dapat di berikan dalam persalinan normal berupa :

1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan menghadirkan seseorang untuk mendampingi ibu agar merasa nyaman
2) Menjaga kebersihan ibu agr terhindar dari infeksi
3) Mengipasi dan massase ibu untuk menambah kenyamanan ibu
4) Memberi dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan menjaga privasi ibu, menjelaskan tentang proses dan kemajuan persalinan serta prosedur yang akan di lakukan dan keterlibatan ibu
5) Mengatur posisi ibu (jongkok, menungging, tidur miring atau setengah duduk)
6) Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin agar kandung kemih tetap kosong karena kandung kemih yang penuh akan dapat menghambat turunnya kepala ke rongga panggul.
7) Memberikan cukup minum untuk memberi tenaga pada ibu dan mencegah dehidrasi
8) Memimpin ibu untuk mengedan saat ada his
9) Memantau denyut jantung janin setelah setiap kontraksi
10) Melahirkaan bayi
    a) Menolong kelahiran kepala dengan meletakkan satu tangan ke kepala bayi agar tidak defleksi terlalau cepat dan tangan

lainnya menahan perineum agar tidak robek. Mengusap muka bayi untuk membersihakan kotoran lendir / darah.

b) Memeriksa tali pusat

Memeriksa tali pusat, apabila lilitan tali pusat terlalu ketat, di klem pada dua tempat kemuian di gunting di antara keeddua klem tersebut.

c) Melahirkan anggotta seluruhnya dengan meenempatkan kedua tangan pada kedua sisi kepala dan leher bayi (biparietal). Melakukan tarikan embut keatas untuk melahirkan bahu belakang dan sangga susur untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya.

11) Mengeringkan bayi dan di hangatkan segera setelah lahir

c. Kala III

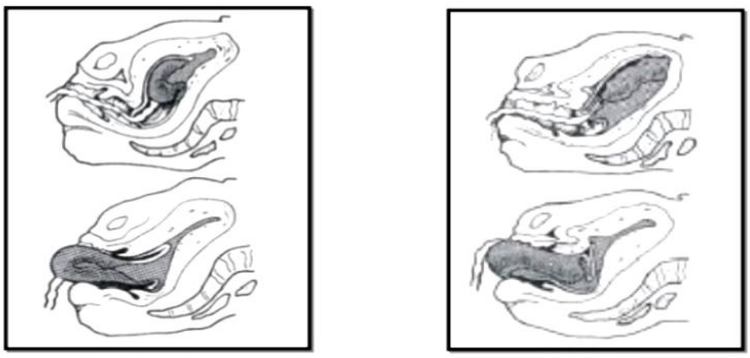
Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan, melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *Crede* pada fundus uteri (Manuaba dkk, 2010 : 174).

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

1) Metode schulze

Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti paying terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan (Marmi, 2016:25).

A. Schultze B. Duncan



Gambar 2.3
Mekanisme Pelepasan Plasenta
Sumber :Daniel E. 2016. Pengeluaran dan pelepasan plasenta Duncan dan Schultze

2) Metode Matthews Duncan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pekepasan plasentanya. Pada metode Matthews Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schultze. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen. (Marmi, 2016 : 257).

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasat menurut Marmi (2016 : 258-259) antara lain :

a) Prasat kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilaukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

b) Prasat strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta

belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

c) Prasat klein

Wanita tersebut disuruh mengedan dan tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedananya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

d) Prasat crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Prasat ini dapat megakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, prasat crede sukar atau tidak dapat dikerjakan

d. Kala IV

Diulai dai saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian ibu kematian di sebabkan oleh perdarahan. Penanganan pada kala IV :

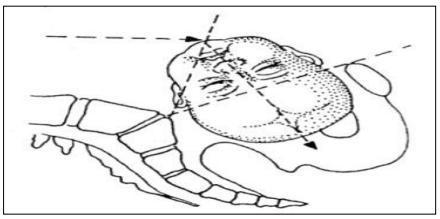
1) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras.

2) Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua
3) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
4) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
5) Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi pada dada ibuuntuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusu dini.
6) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
7) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkn kontraksi serta tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifudin, 2008: 100-121).

6. Mekanisme Persalinan

a. *Engagement*

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Wiknjosastro, 2009: 310). Menambahkan sinklitimus yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Varney (2007: 755) menjelaskan *engagement* terjadi untuk polisi LOT dan ROT dengan sutura sagitalis janin dengan diameter transversum pada pintu atas panggul dan diameter biparietal janin dalam diameter anteroposterior pada pintu atas panggul.



Gambar 2.4

Sinklitismus

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

b. Descent

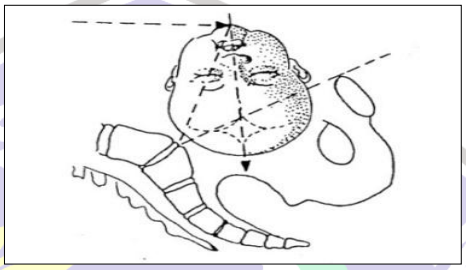
Pada tahap *descent* (penurunan kepala) terjadi peristiwa asinklitismus posterior (Litzman) pada simpisis di mana apabila keadaan sebaiknya dari asinklitismus anterior.

Gambar 2.5
Asinklitismus anterior
Sumber :*Wiknjosastro,dkk. 2009. Ilmu Kebidanan*. Jakarta, halaman 311.

c. Fleksi

Pada tahap ini terjadi peristiwa asinklitismus anterior (Neagele) pada promotorium, di mana apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Menurut Oxorn (2010: 86), menambahkan bahwa tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun

mendahului sinciput, UUK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendakati dadanya. Efek dari fleksi ini adalah untuk merubah diameter terendah dari occipitofrontalis (11,0 cm) menjadi subiccioito bregmatika (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih kuat..



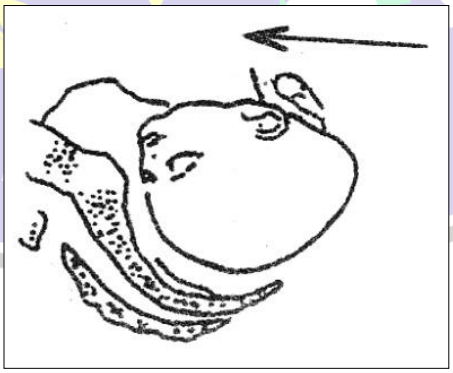
Gambar 2.6
Asinklitismus posterior
Sumber :*Wiknjosastro,dkk. 2009. Ilmu Kebidanan*. Jakarta, halaman 311.

d. Rotasi internal

Terjadi putaran paksi dalam di dasar panggul. Oxorn (2010: 88) menambahkan bahwa sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang nasuk PAP pada diameter atau obliqua harus berputar ke diameter anteroposterior supaya dapat lahir. Inilah yang dimaksud putaran paksi dalam. Pada saat ini UUK masuk ke PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (*musculus* dan *facia levator ani*). Ditempat ini UUK berputar 45° ke kanan ke diameter anteroposterior panggul: LOA ke OA. UUK mendekasi simpisis pubis dan sinciput mendekati sacrum.

e. Ekstensi

Pada tahap ini terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipmoklin UUK di bawah simpisis. Oxorn (2010: 90) menambahkan pada dasarnya eksensi disebabkan oleh dua kekuatan yaitu : (1) kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan (2) dasar panggul yang memberikan tahanan. Oleh karena dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 sampai 5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10 sampai 15 cm, dengan demikian siniciput harus menempuh jarak yang lebih panjang dari pada occiput. Dengan demikian smakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (Crowning). Occiput melewati PAP secara perlahan dan tengkuk menjadi titik putar di *angulus subpubicus*, kemudian dengan proses ekstensi yang cepat sincciput menelusuri sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut, dan dagu melalui perineum.



Gambar 2.7
Kepala janin ekstensi
Sumber : Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta, halaman 185

f. Ekspulsi kepala janin

Terjadi peristiwa lahirnya secara berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.

g. Rotasi eksternal

Pada tahap ini terjadi putaran paksi luar (restitusi). Oxorn (2010: 92) menambahkan pada waktu kepala mencapai dasar pamggul maka bahu memasuki panggul. Oleh karena panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar ke depan, maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali 45° (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

Gambar 2.8
Rotasi Eksternal
Sumber : Manuaba, Ida Ayu Candradinata, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. halaman 185.

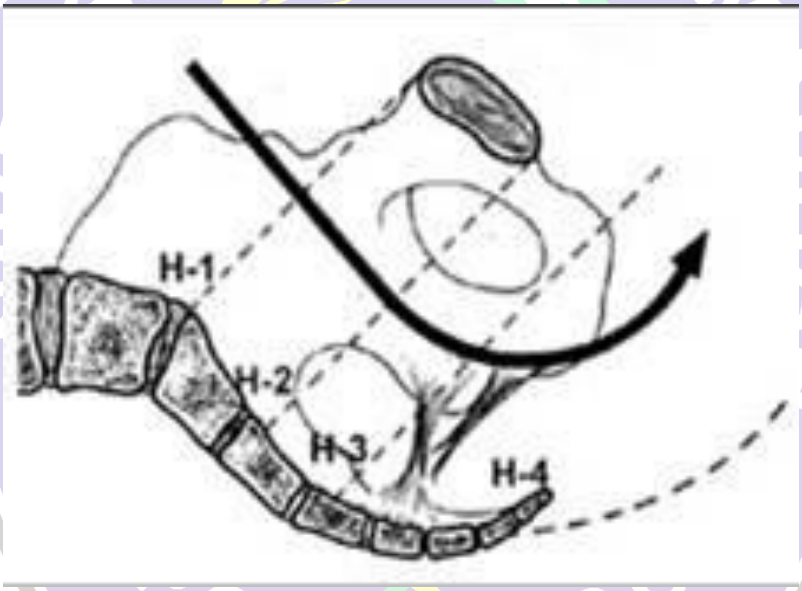
7. Penurunan kepala menurut bidang hodge

Hodge menetapkan bidang-bidang pada jalan lahir dengan ketentuan sebagai berikut.Tujuanya untuk menetapkan apakah persalinan dapat dilakukan per vaginam atau harus melalui seksio sesare. Jika

kedudukan kepala lebih tinggi dari hodge III, dilakukan persalinan dengan SC karena lebih legeartis dan atraumatis.

Bidan HODGE	Keterangan
I	Bidang yang dibuat sama dengan pintu atas panggul
II	Bidang yang dibuat sejajar dengan bidang pertama langsung di bawah simfisis
III	Bidang sejajar dengan bidang pertama dan kedua melalui spina iskiadika
IV	Bidang yang sejajar dengan ketiga bidang di atas melalui ujung os sacrum

Sumber : (Ida bagus dkk, 2007)



Gambar 2.8
Bidang Hodge
Sumber : Sholica, inna. 2016. sistem reproduksi wanita

8. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Kebidanan

Ada lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan

aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada stiap persalinan, baik normal baik patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah :

a. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merpakan proses yang menentukaan untuk menyelesaikan masalh dan menenntukan asuhan yang di perlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberiaka pertolongan.

b. Asuhan Sayang ibu dan Sayang Bayi

Asuhan saying ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercyaan dan keinginan dang ibu. Beberapa prinsip – prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dngan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dn kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukan bahwa jika para ibu di perhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

c. Pencegahan Infeksi

Tindakan peencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus di terapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan

tenaga kesehatan lainnya denngan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Di lakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit – penyakit berbahaya yang hingga kini belum di temukannya pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

d. Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah di berikan kepada ibu dan /bayinya. Jika asuhan tidak di catat, dapat di anggap bahwa hal tersebut tidak di lakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena mmungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang di berikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah di kumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suaatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, di harapaakan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan

penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau baynya ke fasilitas keseahtan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanan ksus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (Jnpk Kr,2008:1-35).

9. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Kebutuhan dasar selama persalinan menurut Sumarah dkk, (2008:55):

a. Kebutuhan fisiologis
   1) Oksigen
   2) Makan dan minum
   3) Istirahat selama tidak ada his.
   4) Kebersihan badan terutama genetalia.
   5) Buang air kecil.
   6) Pertolongan persalinan yang terstandart.
   7) Penjahitan perineum bila perlu.

b. Kebutuhan rasa aman
   1) Memilih tempat dan penolong persalinan
   2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan.
   3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu.

4) Pendampingan oleh keluarga.

5) Pantauan selama persalinan.

6) Intervensi yang diperlukan.

c. Kebutuhan dicintai dan mencintai

1) Pendampingan oleh suami/keluarga.

2) Kontak fisik (member sentuhan ringan).

3) Masase untuk mengurangi rasa sakit.

4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan.

d. Kebutuhan harga diri

1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya.

2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privacy ibu.

3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati.

4) Informasi bila akan melakukan tindakan.

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

e. Kebutuhan aktulisasi diri

1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan.

2) Memilih pendamping selama persalinan.

3) Bounding and attachment.

4) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya

10. Kehamilan posdate

a. Pengertian

Kehamilan lewat tanggal atau *posdate pregnance* adalah kehamian yang terjadi dalam jangka waktu > 40 minggu sampai dengan 42 minggu (Cuningham, 2006: 204).

Kehamilan lewat waktu atau yang disebut juga kehamilan *serotinus, prolonged pregnancy, atau post-trem pregnancy* adalah kehamilan dengan usia lebih dari 42 minggu lengkap mulai dari hari menstruasi pertama (Manuaba, 2009 : 297).

Kehamilan posdate merupakan kehamilan yang umur kehamilannya lebih dari 42 minggu dan merupakan salah satu kehamilan yang beresiko tinggi, dimana dapat terjadi komplikasi pada ibu dan janin (Prawirohardjo, 2008: 172). Dimana usia kehamilannya telah mencapai 42 minggu lengkap dihitung dari hari pertama haid terakhir. Dan pada persalinan lewat waktu angka mortalitas dan morbiditasnya sangat tinggi bila dibandingkan dengan kehamilan normal.

Permasalahan kehamilan posdate adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO_2/ O_2 sehingga mempunyai risiko asfeksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurunnya sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan:

(1) Pertumbuhan janin makin lambat

(2) Terjadi perubahan dengan metabolisme janin

(3) Air ketuban berkurang dan makin kental

(4) Sebagian janin bertambah berat, sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan.

(5) Berkurangnya nutrisi O2 kejanin mengakibatkan asfeksia dan setiap saat dapat meninggal dalam rahim

(6) Dalam persalinan janin lebih muda mengalami asfeksia kematian janin pada kehamilan lewat waktu dapat terjadi sekitar 25% sampai 35% dalam rahim dan makin meningkat pertolongan persalinan dengan tindakan.

Dampak terhadap ibunya dapat menyebabkan distosia, karena aksi uterus tidak terkoordinir dan janin besar. Maka akan sering dijumpai seperti partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia bahu, robekan luas jalan lahir, dan perdarahan postpartum.

Upaya yang dilakukan dalam kasus kehamilan dengan postdate dengan usia 40-42 minggu yang penting monotoring janin sebaik-baiknya. Sebagai bidan dalam menangani kehamilan posdate harus memberikan pelayanan ANC (Ante Natal Car) yang berkualitas dan mampu mendeteksi secara dini adanya kehamilan posdate dengan cara menghindari

kesalahan menentukan usia kehamilan dalam menghitung HPHT dan tafsiran persalinan serta menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG (Sumiyati, dkk. 2015: 21).

b. Sectio Caesarea

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau sectio caesaria adalah suatu histerektomia untuk janin dari dalam rahim yang bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan baik pada ibu maupun bayi (Mochtar, 2002 : 165).

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan melalui sayatan dinding uterus yang masih utuh (Winkjosastro, 2008 : 49).

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian

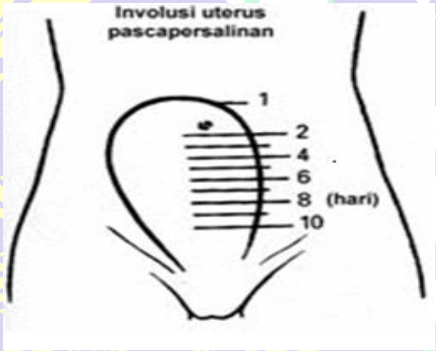
Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini, yaitu 6-8 minggu (Bahiyatun, 2009:2). Kala puerperium yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal (Manuaba, 2010:234).

Masa nifas (*puerperium*), berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan (Saleha, 2009:4).

2. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan *uterus*

Ukuran *uterus* mengecil kembali (setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi *umbilicus*, setelah 4 minggu masuk panggul, setelah 2 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil) (Rahmawati,dkk, 2009:77



Gambar 2.10
Involusi uterus pasca persalinan
Sumber: Okta. 2013. Perbuahan Fisiologis Masa Nifas.

Tabel 2.5
Tabel TFU dan berat uterus masa involusi

Involusi	**Tinggi Fundus Uterus**	**Berat Uterus**
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Suherni dkk, 2009:78)

b. *Lochea*

Lochea dalah istilah untuk *sekret* dari *uterus* yang keluar melalui *vagina* selama *puerperium* (Varney *et al*, 2007:960). Ada beberapa jenis *lochea*, yakni:

1) *Lochea Rubra* (*Cruenta*)

Lochea ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, selsel darah *desidua* (*Desidua* yakni selaput tenar rahim dalam keadaan hamil), *venix caseosa* (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel yang mnyelimuti kulit janin), *lanugo* (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan *mekonium* (yakni isi usus janin cukup bulan yang terdiri atas getah kelenjar usus dan air ketuban berwarna hijau) (Rahmawati,dkk, 2009:78-79).

2) *Lochea Sanguinolenta*

Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan (Rahmawati,dkk, 2009:78-79).

3) *Lochea Serosa*

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan (Rahmawati.dkk, 2009:78-79).

4) *Lochea alba*

Cairan putih setelah 2 minggu (Waryana, 2010:60).

5) *Lochea purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk (Waryana, 2010:60).

6) *Locheastasis*

Lochea yang tidak lancar keluarnya (Waryana, 2010:60).

Tabel 2.6
Perbedaan masing-masing lochea

Lochea	**Waktu**	**Warna**	**Ciri-Ciri**
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : (Heryani, 2010: 32)

c. Perubahan vagina dan perineum

1) *Vagina*

Pada minggu ketiga, *vagina* mengecil dan timbul *vugae* (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan) kembali.

2) Perlukaan *vagina*

Perlukaan *vagina* yang tidak berhubungan dengan *perineum* tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi akibat *ekstrasi* dengan *cunam*, terlebih apabila kepala janin harus diputar, robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan *speculum*.

3) Perubahan pada perineum

Terjadi robekan *perineum* hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan *perineum* umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut *arkus pubis* lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar dan pada *sirkumfarensia suboksipito bregmatika*.

Bila ada laserasi jalan lahir atau luka bekas *episiotomi* (penyayatan mulut serambi kemaluan untuk mempermudah kelahiran bayi) lakukanlah penjahitan dan perawatan dengan baik. (Rahmawati,dkk, 2009:79).

d. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami *konstipasi* setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan

mendapat tekanan yang menyebabkan *kolon* menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (*dehidrasi*), kurang makan, *hemorroid*, *laserasi* jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau *gliserin spuit* atau diberikan obat *laksan* yang lain (Ambarwati, 2009:80).

e. Sistem perkemihan

Kandung kencing masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambah besar dan relative tidak sensitive terhadap tekanan cairan intravesika. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam stelah melahirkan (Rukiyah. at all, 2011:65).

f. Perubahan tanda vital

1) Suhu

Suhu badan di hari pertama post partum naik sedikit (37,5–380 C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Nadi normal orang dewasa 60 – 80 kali per menit sehabis melahirkan denyut nadi bisa lebih cepat (Sulistyawati, 2009:81).

2) Denyut nadi

Denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 kali per menit, yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan

istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama *postpartum (*Rahmawati,dkk, 2009:83-84).

3) Tekanan darah

Tekanan darah, pada umumnya tidak berubah, kemungkinan turun karena ada perdarahan setelah melahirkan dan meningkat karena terjadinya preeklampsia postpartum. Pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya (Sulistyawati, 2009:81).

4) *Respirasi*

Pada umumnya *respirasi* lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian?, tidak lain karena ibu dalam kedaan pemulihan/dalam kondisi istirahat. Bila ada *respirasi* cepat *postpartum* (>30x per menit) mungkin karena ikutan tanda-tanda syok *(*Rahmawati,dkk, 2009:83-84).

g. Sistem kardiovaskuler dan Sistem Hematologi

Leukositosis adalah meningkatnya sel – sel darah putih sampai banyak di masa persalinan. Leukosit tetap tinggi pada hari pertama postpartum akan tetapi jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit sangat bervariasi pada awal – awal masa nifas (Saleha, 2009:62).

h. Sistem Endokrin

Perubahan yang terjadi pada sistim endokrin antara lain : perubahan hormone plasenta, hormone pituitary, kadar esterogen dan hipotalamik pituatary ovarium (Sulistyawati, 2009:80).

3. Perubahan Psikis Ibu Nifas

Perubahn peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

a. Fase taking in (1-2 hari *postpartum*)

Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir (Rahmawati, dkk,2009:87-88).

b. Fase taking hold (3-4 hari *postpartum*)

Ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuan menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu (Waryana, 2010:65).

c. Fase letting go

Pada fase ini pada umumnya ibu sudah pulang dari RS. Ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga adanya *grefing* karena dirasakan dapat mengurangi interaksi sosial tertentu. Depresi *post partum* sering terjadi pada masa ini (Anggraeni, 2010:81).

4. Tahapan Masa Nifas

a. *Puerperium Dini*

Masa kepulihan, yakni saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalanjalan (Rahmawati,dkk, 2009:2).

b. *Puerperium Intermedial*

Masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genetal kira-kira 6-8 minggu (Rahmawati,dkk, 2009:2).

c. *Remote puerpurium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Anggraeni, 2010:3).

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk:

1) Makan dengan diit berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
2) Mengkomsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500kalori/haridan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kalori per harinya.
3) Mengkomsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Rahmawati,dkk, 2009:101).

Tabel 2.7
Penambahan makanan pada wanita dewasa, hamil dan menyusui

Zat Makanan	**Wanita dewasa tidak hamil (BB 47 kg)**	**Wanita hamil 20 minggu terakhir**	**Wanita menyusui**	**Bahan Makanan dan Takaran RT**
Kalori	2000 kalori	3000 kalori	800 kalori	Nasi 5 gelas
Protein	47 gram	20 gram	40 gram	Telur 1 butir
Calcium	0,6 gram	0,6 gram	0,6 gram	Susu 1 gelas
Ferum	12 mg	5 mg	5 mg	Fe 30-50 gram/hari
Vitamin A	4000 iu	1000 iu	2000 iu	Wortel 1 gelas
Thamin	0.7 mg	0,2 mg	0,5 mg	B1 1,2 mg
Ribloflavin	1,1 mg	0,2 mg	0,5 mg	B2 1,2 mg
Niacin	12,2 mg	2 mg	5 mg	B3 11 mg
Vitamin C	60 mg	30 mg	30 mg	Jeruk 1 gelas

Sumber : (Suherni dkk, 2009:102)

b. Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan, kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi ini akan meningkatkan sirkulasi dan mencegah risiko tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih, sehingga mencegah distensi abdominal dan konstipasi. Bidan harus menjelaskan kepada ibu tentang tujuan dan manfaat ambulasi dini. Ambulasi ini dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Terkadang ibu nifas enggan untuk banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Jika keadaan tersebut tidak segera diatasi, ibu akan terancam mengalami trombosis vena. Untuk mencegah terjadinya trombosis vena, perlu dilakukan ambulasi dini oleh ibu nifas.

Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain, yaitu pada 1 atau 2 jam setelah persalinan. Sebelum waktu ini, ibu harus diminta untuk melakukan latihan menarik napas dalam serta latihan tungkai yang sederhana Dan harus duduk serta mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur.

Sebaiknya, ibu nifas turun dan tempat tidur sediri mungkin setelah persalinan. Ambulasi dini dapat mengurangi kejadian komplikasi kandung kemih, konstipasi, trombosis vena puerperalis, dan emboli perinorthi. Di samping itu, ibu merasa lebih sehat dan kuat serta dapat segera merawat bayinya. Ibu harus didorong untuk berjalan dan tidak

hanya duduk di tempat tidur. Pada ambulasi pertama, sebaiknya ibu dibantu karena pada saat ini biasanya ibu merasa pusing ketika pertama kali bangun setelah melahirkan (Bahiyatun, 2009:76-77).

c. Personal Hygine

Sering membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Tindakan ini paling sering menggunakan air hangat yang dialirkan (dapat ditambah larutan antiseptik) ke atas vulva perineum setelah berkemih atau defekasi, hindari penyemprotan langsung. Ajarkan ibu untuk membersihkan sendiri. Pasien yang harus istirahat di tempat tidur (mis, hipertensi, post-seksio sesaria) harus dibantu mandi setiap hari dan mencuci daerah perineum dua kali sehari dan setiap selesai eliminasi. Setelah ibu mampu mandi sendiri (dua kali sehari), biasanya daerah perineum dicuci sendiri. Penggantian pembalut hendaknya sering dilakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi.

Luka pada perineum akibat episiotomi, ruptura, atau laserasi merupakan daerah yang tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering. Tindakan membersihkan vulva dapat memberi kesempatan untuk melakukan inspeksi secara seksama daerah perineum.

Payudara juga harus diperhatikan kebersihannya. Jika puting terbenam, lakukan masase payudara secara perlahan dan tarik keluar secara hati - hati. Pada masa postpartum, seorang ibu akan rentan

terhadap infeksi. Untuk itu, menjaga kebersihan sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungannya. Ajari ibu cara membersibkan daerah genitalnya dengan sabun dan air bersih setiap kali setelah berkemih dan defekasi. Sebelum dan sesudah membersihkan genitalia, ia harus mencuci tangan sampai bersih. Pada waktu mencuci luka (epistotomi), ia harus mencucinya dan arah depan ke belakang dan mencuci daerah anusnya yang terakhir. Ibu harus mengganti pembalut sedikitnya dua kali sehari. Jika ia menyusui bayinya, anjurkan untuk menjaga kebersihan payudaranya.

Alat kelamin wanita ada dua, yaitu alat kelamin luar dan dalam. Vulva adalah alat kelamin luar wanita yang terdiri dan berbagai bagian, yaitu kommissura anterior, komrnissura interior, labia mayora, labia rninora, klitoris, prepusium klitonis, orifisium uretra, orifisium vagina, perineum anterior, dan perineum posterior.

Robekan perineum terjadi pada semua persalinan, dan biasanya robekan tenjadi di garis tengah dan dapat meluas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Perineum yang dilalui bayi biasanya mengalami peregangan, lebam, dan trauma. Rasa sakit pada perineum semakin parah jika perineum robek atau disayat pisau bedah. Seperti semua luka baru, area episiotomi atau luka sayatan membutuhkan waktu untuk sembuh, yaitu 7 hingga 10 hari

Infeksi dapat terjadi, tetapi sangat kecil kemungkinanya jika luka perineum dirawat dengan baik. Selama di rumah sakit, dokter akan memeriksa perineum setidaknya sekali sehari untuk memastikan tidak terjadi peradangan atau tanda infeksi lainnya. Dokter juga akan memberi instruksi cara menjaga kebersihan perineum pascapersalinan untuk mencegah infeksi.

Perawatan perineum 10 hari :

1) Ganti pembalut wanita yang bersih setiap 4 - 5 jam. Posisikan pembalut dengan baik sehingga tidak bergeser.
2) Lepaskan pembalut dari arah depan ke belakang untuk menghindani penyebaran bakteri dan anus ke vagina.
3) Alirkan atau bilas dengan air hangat atau cairan antiseptic pada area perineum setelah defekasi. Keringkan dengan kain pembalut atau handuk dengan cara ditepuk – tepuk dari arah depan ke belakang.
4) Jangan dipegang sampai area tersebut pulih.
5) Rasa gatal pada area sekitar jahitan adalah normal dan merupakan tanda penyembuhan. Namun, untuk meredakan rasa tidak enak, atasi dengan mandi berendam air hangat atau kompres dingin dengan kain pembalut yang telah didinginkan.
6) Berbaring miring, hindari berdiri atau duduk lama untuk mengurangi tekanan pada daerah tersebut.

7) Lakukan latihan Kegel sesering mungkin guna merangsang peredaran darah di sekitar perineum. Dengan demikian, akan mempercepat penyembuhan dan memperbaiki fungsi otot - otot. Tidak perlu terkejut bila tidak merasakan apa pun saat pertama kali berlatih karena area tersebut akan kebal setelah persalinan dan pulih secara bertahap dalam beberapa minggu (Bahiyatun, 2009:77-78).

d. Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk :

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

Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat:

1) Mengurangi jumlah ASI.
2) emperlambat *involusi*, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan, depresi (Rahmawati, 2009:104-105)

e. Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendor, longgarnya liang senggama, dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima,

senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali kebentuk semula.

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan ibu.(Rahmawati, 2009:105)

f. Seksualitas masa nifas

Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Diskusikan hal ini sejak mulai hamil dan diulang pada postpartum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Seksualitas ibu dipengaruhi oleh derajat ruptur perineum dan penurunan hormon steroid setelah persalinan. Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormon rendah, adaptasi peran baru, keletihan (kurang istirahat dan tidur). Penggunaan kontrasepsi (ovulasi terjadi pada kurang lebih 6 minggu) diperlukan karena kembalinya masa subur yang tidak dapat diprediksi. Menstruasi ibu terjadi pada kurang lebih 9 minggu pada ibu tidak menyusui dan kurang Iebih 30 - 36 minggu atau 4 – 18 bulan pada ibu yang menyusui (Bahiyatun, 2009:83-84).

g. Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberi nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan kehamilan. KB merupakan salah satu

usaha membantu keluarga / individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

Manfaat keluarga berencana (KB) :

1) Untuk Ibu
   a) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
   b) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan - kegiatan lain.
2) Untuk anak yang dilahirkan
   a) Dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat.
   b) Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup. Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan.
3) Untuk anak yang lain
   a) Memberi kesempatan perkembangan fisiknya lebih baik karena memperoleh makanan yang cukup dan sumber yang tersedia dalam keluarga

b) Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk anak

c) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata - mata.

4) Untuk ayah

a) Memperbaiki kesehatan fisiknya

b) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya. (Bahiyatun, 2009:84)

h. Eliminasi

1) Buang Air Kecil (BAK)

a) Dalam 6 jam ibu sudah harus bisa BAK spontan, kebanyakan ibu dapat berkemih spontan dalam waktu 8 jam

b) *Urin* dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan

c) *Ureter* yang berdilatasi akan kembali dalam waktu 6 minggu.

2) Buang Air Besar (BAB)

a) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena enema persalinan, diit cairan, obat-obatan analgetik, dan *perineum* yang sangat sakit

b) Bila lebih dari 3 hari belum BAB bisa diberikan obat *laksantia*

c) Ambulasi secara dini dan teratur akan membantu dalam regulasi BAB

d) Asupan cairan yang adekuat dan diit tinggi serat sangat dianjurkan (Rahmawati, dkk 2009:117)

6. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi (Saleha, 2009).

a. Kunjungan I (6-8 jam post partum)

1) Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri
2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
4) Pemberian ASI awal
5) Menjaga kehangatan bayi

b. Kunjungan II (6 hari post partum)

1) Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal (kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal)
2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan
3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup

4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
6) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir

c. Kunjungan III (2 minggu post partum)

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum

d. Kunjungan IV (6 minggu post partum)

Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, memberikan konseling KB secara dini

Table 2.8
Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	**Waktu**	**Asuhan**
I	6-8 jam *pospartum*	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		Pemberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
		Setelah bidan melakukan pertolongan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam

		pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari *postpartum*	Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu *postpartum*	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu *postpartum*	Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber : (Walyani, 2014:82)

7. Tanda Bahaya Masa Nifas

Infeksi masa nifas atau *sepsis puerperalis* adalah infeksi pada *traktus genetalia* yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*rupture membran*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut, nyeri pelvik, demam $38{,}5^0$C atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang

berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni dkk, 2009 : 132)

1. Keadaan abnormal pada payudara

a) Bendungan ASI. Disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI. Keluhan mamae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

b) Mastitis dan *Abses Mamae*

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada *mamae*, pemadatan *mamae* dan terjadi perubahan warna kulit *mamae* (Heryani, 2010 : 108).

2. Komplikasi Postpartum Menurut Lowdermilk 2006

a) Postpartum hemorrhage (PPH)

PPH secara tradisional didefinisikan sebagai kehamilan lebih dari 500 ml darah setelah melahirkan secara normal dan 1000 ml setelah kelahiran sesar. Teori lain mendefinisikan PPH sebagai bentuk Perubahan 10% hematokrit yang di terima untuk persalinan dan postpartum atau kebutuhan untuk transfuse eritrosit (American College of Obstetricians dan Gynecologists [ACOG], 1998).

PPH telah diklasifikasikan menjadi PPH awal (primer) dan PPH akhir (Sekunder). Awal, akut, atau primer PPH terjadi dalam waktu 24 jam kelahiran. Terlambat atau sekunder PPH terjadi

lebih dari 24 jam tapi kurang dari 6 minggu pascapersalinan (ACOG, 1998).

b) Atonia Uteri

Atonia uteri biasanya ditandai dengan adanya hipotonik rahim. Biasanya, pelepasan plasenta diikuti dengan adanya kontraksi rahim, yang juga mencegah perdarahan dari plasenta. Menurut Shevel dan Malone (2003) Penyebab lain atonia termasuk kelahiran traumatis, penggunaan anestesi halogenasi (misalnya, halotan) atau magnesium sulfat, tenaga kerja yang cepat atau lama, korioamnionitis, dan penggunaan oksitosin untuk induksi persalinan atau augmentasi (Lowdermilk, 2006).

c) Laserasi Jalan Lahir

Laserasi serviks, vagina, dan perineum juga merupakan penyebab PPH. Perdarahan yang berhubungan dengan laserasi harus dicurigai jika perdarahan terus meskipun suatu perusahaan, dikontrak fundus uteri. Perdarahan ini bisa menjadi tetesan lambat, sebuah mengalir, atau perdarahan frank. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyebab dan kejadian laserasi obstetri pada saluran genitl yang lebih rendah termasuk kelahiran operatif, lahir endapan, kelainan bawaan dari bagian-bagian lunak ibu, dan panggul berkontraksi. Ukuran, presentasi abnormal, dan posisi janin; Ukuran relatif dari bagian presentasi dan jalan lahir; parut sebelumnya dari infeksi, cedera, atau

operasi; dan vulva, perineum, dan vagina varises juga dapat menyebabkan laserasi.

d) Plasenta Tertinggal

Penyebab plasenta yang abnormal terkadang tidak diketahui penyebabnya, tetapi diduga hasil dari implantasi zigot di daerah endometrium yang cacat sehingga ada tidak ada zona pelepasan antara plasenta dan desidua. Upaya untuk melepas plasenta yang tidak berhasil, dan laserasi atau perforasi dinding rahim bisa terjadi, menempatkan wanita pada risiko besar untuk PPP berat dan infeksi (Cunningham *et al.,* 2005). Tidak biasa penyebab plasenta mungkin parsial atau lengkap.

Berikut penjelasannya:

(a) Plasenta akreta – plasenta yang merekat pada miometrium oleh trofoblas

(b) Plasenta inkreta - plasenta yang merekat pada endometrium

(c) Plasenta perkreta - plasenta yang merekat pada peritoneum atau perforasi uterus oleh plasenta . Perdarahan dengan lengkap atau total akreta plasenta mungkin tidak terjadi mencoba kecuali pelepasan plasenta. Dengan keterlibatan lebih luas, perdarahan akan menjadi berlimpah saat pengangkatan plasenta dicoba. Perawatan termasuk terapi penggantian komponen darah, dan histerektomi dapat diindikasikan.

e) Inversio Uteri

Inversio uterus adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit .

f) Sub involusio Uteri

Subinvolusi uterus adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi/ proses involusi rahim tidak berjalan sebagai semestinya sehingga proses pengecilan uterus terhambat. ligamen , fasia dan jaringan penunjang serta alat genitalia sudah berkurang elastisitasnya.

2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah dkk, 2010:2).

Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu atau 28 hari sesudah kelahiran. Neonatus yaitu bayi baru lahir atau berumur 0 sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Masa neonatus terdiri dari neonatus dini yaitu bayi berusia 0-7 hari, dan neonatus lanjut yaitu bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010:2).

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

a. Lahir aterm antara 37-42 minggu
b. Berat badan 2.500-4.000 gram
c. Panjang badan 48-52 cm
d. Lingkar dada 30-38 cm
e. Lingkar kepala 33-35 cm
f. Lingkar lengan 11-12 cm

(Nanny, 2011:2-3)

a. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
b. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
c. Kuku agak panjang dan lemas
d. Genetalia : pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
e. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
f. Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
g. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

(Kumalasari, 2015 : 210)

3. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Saat lahir,BBLharus beradaptasi dari keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri.Banyak perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan interna kelingkungan externa.

a. .Sistem pernafasan

Ketika struktur matang,ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan system alveoli.Selama dalam uterus,janain mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir,pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).

1) Penurunan PaO_2 dan peningkatan $PaCO_2$ merangsang kemoreseptor yang terletak disinus karotikus (stimulasi kimiawi).
2) Rangsangan dingin didaerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
3) Reflex 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 adanya surfaktan,juga karena adanya tarikaan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam.Cara neonatus bernapas dengan vara bernapas difragmatik dan abdominal,sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur.Apabila surfaktan berkurang maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku,sehingga terjadi atelektasis.Dalam kondisi seperti ini (anoksi), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolism anaerobic.

b. Peredaran darah

Pada masa fetus,peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian ke hati dan sebagian lainya langsung ke serambi kiri jantung,kemudian kebilik kiri jantung.Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh,sedangkan yang dari bilik kanan darah di pompa sebagian keparu-paru dan sebagian melaui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru-paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan anteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanana pada jantung kanan.Kondisi ini menyebabkan tekanan jkantung kiri lebih besar disbanding dengan tekanan jantung kanan,dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup.Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran.Oleh karena tekann dalam paru-paru turun dan tekann dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi.Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4 sampai 5 liter per menit/m^2 dan bertambah pada hari kedua. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter per menit/m^2 dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54liter/m^2) karena penutupa duktus arteriosus.Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melaui trasfusi plasenta yang pada jam –jam

pertam sedikit menurun,untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.

c. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapt menyebabkan bayi baru lahir kehilangn panas tubuhnya.

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas darri tubuh bayi ke objek lain melaui kontak langsung).Sebagai contoh,konduksi bisa terjadi ketiak menimbang bayi tanpa las timbangan,memegang bayi pada saat tangan dingin,dan menggunakan stetoskop dingi untuk pemeriksaan BBL.

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang beragntung pada kecepatan dan suhu udara).Sebagai contoh,konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBLdekat jendela,atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya dari lingkungan yang lebih dingin(pemindahan panas anatara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).Sebagai contoh,membiarakan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas,memebiarkan

BBLdalam keadaan telanjang ,atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin(dekat tembok).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan napas dengan cara mengubah cairanmenjadi uap).Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai,tingakt kelembapan udara,dan aliran udara yang melewati.Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi,maka lakukan hal-hal berikut:

a) Keringkan bayi secara seksama
b) Selimuti bayi dengan selimut kering dan hangat
c) Tutup bagian kepala bayi
d) Anjurkan ibi untuk memeluk dan menyusui bayi
e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
f) Tempatkan bayi dilingkunagn yang hangat

d. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas daripada tubuh orang dewasa,sehingga metabolism basal per kg berat badan akan lebih besar.Oleh karena itulah,BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbhohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama kehidupan,energy didapat dari karbhohidrat.Pada hari kedua,energy berasal dari pembakaran

lemak.Setelah mendapat susu,sekitar di hari keenam energy diperoleh dari lemak dan karbhohidrat yang masing-masing 60 dan 40%.

e. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL mengandung relative banyak air.Kadar natrium juga relative lebih besar dibandingkan dengan kaliumkarena ruangan ektraseluler yang luas.Fungsi ginjal belum sempurna karena:

1) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
2) Ketidak seimbagan luas permukaan glomelurus dan volume tubulus proksimal
3) Renal blood flow relative kurang bila dibandingkan denagan orang dewasa.

f. Imunologi

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sum-sum tulang juga tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks.Plasenta merupakan sawar,sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imonologis.Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G ,sehingga imonologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil.Akan tetapi,bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues,toksoplasma,herpes simpleks,dana lain-lain) reaksi imonologis dapat terjadi denagn pembentukan sel plasma serta antibody gama A,G,dan M.

g. Hati

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

h. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasama (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic.Namun,dalam waktu 24 jam,neonatus telah mengompensasi asidosis ini.(Dewi,2012:13-15).

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Diluar Uterus

Adaptasi neonatal atau bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus kekehidupan diluar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis, bila terdapat gangguan adaptasi maka bayi akan sakit (Muslihatun, 2010:10).

a. Periode transisi

Periode ketiga transisi yaitu periode kedua reaktivitas, ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran, periode ini bayi memiliki tingkat

sensivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan. Frekuensi nadi sekitar 120-160 kali permenit, frekuensi pernafasan sekitar 30-60 kali per menit. Terjadi fluktuasi warna merah jambu atau kebiruan ke sianotik ringan disertai bercak-bercak. Bayi sering berkemih dan mengeluarkan mekonium, terjadi peningkatan sekresi mukus dan bayi bisa tersedak pada saat sekresi. Refleks mengisap bayi sangat kuat dan bayi sangat aktif. Kebutuhan asuhan bayi pada periode ini memantau secara ketat kemungkinan bayi tersedak saat mengeluarkan mukus yang berlebihan, memantau setiap kejadian *apnea* dan mulai melakukan rangsangan taktil, seperti mengusap punggung, memiringkan bayi serta mengkaji keinginan dan kemampuan bayi untuk mengisap dan menelan (Muslihatun, 2010:5).

b. Periode pasca transisional

Setelah bayi melewati periode transisi, bayi dipindahkan ke ruang rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normal umumnya mencakup pengkajian tanda-tanda vital setiap 4 jam, pemeriksaan fisik setiap 8 jam, pemberian ASI *on demand*, menggganti popok serta menimbang berat badan, selain asuhan transisional dan pasca transisional asuhan bayi baru lahir juga diberikan pada bayi berusia 2-6 hari, serta bayi berusia 6 minggu pertama (Muslihatun, 2010:5).

c. Sistem pernafasan

Pernapasan pertama pada bayi baru lahir terjadi dengan normal dalam waktu 30 detik setelah kelahiran. Tekanan pada rongga dada bayi melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan cairan paru yang jumlahnya 80-100 ml, berkurang sepertiganya sehingga volume yang hilang ini digantikan dengan udara. Paru mengembang sehingga rongga dada kembali kebentuk semula, pernapasan pada neonatus terutama pernapasan diapragmatik dan abdominal biasanya frekuensi dan kedalaman pernapasan masih belum teratur. Upaya pernapasan pertama berfugsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru utuk pertama kali, agar alveolus dapat berfungsi harus terdapat surfaktan dalam jumlah yang cukup dan aliran darah ke paru (Rochmah, 2012:5).

d. Suhu tubuh

Mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir kelingkungannya melalui cara pertama *evaporasi* yaitu kehilangan panas melalui proses penguapan atau perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap. Pencegahannya, setelah bayi lahir segera mengeringkan bayi secara seksama dan menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan kering serta menutup bagian kepala bayi. Cara kedua *konduksi* yaitu kehilangan panas dari tubuh bayi kebenda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, misalnya menimbang bayi tanpa mengalasi timbangan bayi dan

menggunakan stetoskop untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun,2010:12).

Cara ketiga *konveksi* yaitu kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, misalnya aliran udara dingin dari kipas angin, dan hembusan udara dingin melalului ventilasi. Cara keempat *radiasi* yaitu kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, misalnya bayi terlalu dekat ke dinding tanpa memakai penutup kepala atau topi (JNPK-KR, 2012).

e. Sistem kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi keseluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan. Agar terbentuk sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, terjadi dua perubahan beasar yaitu penutupan foramen ovale pada atrium paru dan aorta, kemudian penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah tubuh. Jadi, perubahan tekanan tersebut langsung berpengaruh pada aliran darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri hipogastrika pada tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah bayi

lahir dan setelah talipusat di klem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan (Rochmah, 2012:7).

Perubahan sistem kardiovaskuler yaitu oksigen menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Perubahan sistem kardiovaskuler yang terjadi tiga tahap yaitu pertama penutupan foramen ovale, dengan proses pemotongan tali pusat yang menyebabkan terjadinya penurunan sirkulasi darah. Hal ini merangsan timbulnya pernapasan pertama kali dan menyebabkan paru berkembang (Maryanti, dkk, 2011:16).

Kedua penutupan duktus arteriosus botali, ini merupakan pembuluh darah yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta, pulmonalis menghubungkan ventrikel kanan ke paru untuk memberikan nutrisi dan pemeliharaan organ paru (pada masa janin), bukan untuk proses pernapasan. Pada proses pernapasan terjadi perubahan tekanan pada atriun kanan karena foramen ovale telah menutup, darah akan dialirkan melalui arteri pulmonalis menuju paru proses ini berfungsi setelah janin lahir. Dan yang ketiga yaitu vena dan arteri umbilikalis, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari talipusat menutup secara fungsional dalam beberpa menit setelah lahir dan setelah tali pusat di klem.

f. Metabolisme glukosa

Otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada saat kelahiran, setelah talipusat diklem, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir kadar glukosa darah akan turun dalam waktu 1-2 jam. Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen. Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen, terutama dalam hati, selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermi saat lahir, kemudian mengakibatkan hipoksia akan menggunakan persediaan glikogen dalam satu jam pertama kelahiran. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan digunakan dalam satu jam pertama, otak bayi akan mengalami risiko. Bayi baru lahir kurang bulan, IUGR, dan gawat janin merupakan kelompok yang paling berisiko, karena simpanan energi mereka berkuang atau digunakan sebelum lahir (Rochmah, 2012:9).

g. Adaptasi ginjal

Menurut Muslihatun (2010:18) fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah *nefron* masih belum sebanyak orang dewasa, ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus

froksimal, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan orang dewasa.

h. Adaptasi gasterointestinal

Secara fungsional, saluran gastrointestinal bayi belum matur dibandingkan orang dewasa, membran mukosa pada mulut berwarna merah jambu dan basah. Gigi tertanam didalam gusi dan sekresi *ptialin* sedikit. Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai mengisap dan menelan. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara perlahan, seiring dengan pertumbuhan bayi. Pengaturan makan yang sering oleh bayi sendiri sangat penting, contohnya memberikan makan sesuai keinginan bayi (ASI *on demand*) (Rochmah, 2012:10).

Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan neonatus cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas, hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna sehingga mengakibatkan gumoh pada neonatus (Maryanti. 2011:20).

i. Adaptasi hati

Setelah lahir hati menunjukkan perubahan biokimia dan morfolofis berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hepar belum aktif benar, seperti enzim *dehidrogenas* dan *transferase glukoronil* sering kurang sehingga

neonatus memperlihatkan gejala ikterus neonatorum fisiologis (Maryanti, dkk, 2011:21).

5. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

a. Aspek gizi

1) Pemberian ASI

Kolostrom mengandung zat kekebalan terutama untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare. Jumlah kolostrom yang diproduksi sangat bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Walau sedikit namun cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu kolostro harus diberikan pada bayi. Kolostrom mengandung protein,vitamin A yang tinggi dan mengandung karbhohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Membantu mengeluarkan mekonium yaitu kotoran bayi yang pertama berwarna hitam kehijaun.

2) Komposisi ASI

ASI mudah dicerna,karena selain mengandung zat gizi yang sesuai, juga mengandung enzim-enzim untuk mencernakan zat-zat gizi yang terdapat dalam ASI tersebut. ASI mengandung zat-zat yang berkualitas tinggi yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan bayi atau anak. Selain mengandung protein yang tinggi, ASI memiliki perbandingan antara Whey dan Casein yang sesuai untu bayi. Resiko whei dan casein merupakan

salah satu keunggulan ASI dibandingkan dengan susu sapi. ASI mengandung whey lebih banyak yaitu 65:35. Komposisi ini menyebabkan protein ASI lebih mudah diserap. Sedangkan pada susu sapi mempunyai perbandinga Whey: Casein adalah 20:80, sehingga tidak mudah diserap.

b. Aspek imonologi

1) ASI mengandung zat anti infeksi,bersih dan bebas kontaminasi.
2) Immunoglobulin A (Ig.A) dalam kolostrum atau ASI kadarnya cukup tinggi. Sekretori Ig.A tidak diserap tetapi dapat melumpuhkan bakteri pathogen E.coli dan berbagai virus pada saluran pencernaan.
3) Laktoferin yaitu sejenis protein yang merupakan komponen zat kekebalan yang mengikat zat besi disaluran pencernaan.
4) Lysosim,enzim yang melindungi bayi terhadap bakteri (E.coli dan Salmonella) dan virus. Jumlah lysosim dalam ASI 300 kali lebih banyak daripada susu sapi.
5) Sel darah putih pada ASI pada 2 minggu pertama lebih dari 4000 sel per mil. Terdiri dari 3 macam yaitu : Bronchus-Asocieted Lympocite Tissue (BALT) antibody pernafasan, Gut Asociated Lympocite Tissue (GALT) antibody saluran pernafasan,dan mammary Asociated Lympocyte Tissue (MALT) payudara ibu.
6) Factor bifidus,sejenis karbhohidrat yang mengandung nitrogen,menuju pertumbuhan bakteri lactobacillus bifidus. Bakteri

ini menjaga keasaman flora usus bayi yang berguna untuk menghambat pertumbuhan bakteri yang merugikan.

c. Aspek psikologis

Rasa percaya diri ibu untuk menyusui:bahwa ibu mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayinya.menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih saying terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormone terutama oksitosin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI.

d. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Segera setelah lahir, semua tubuh bayi harus dikeringkan secara menyeluruh dan menilai napas. Tali pusat harus dijepit dan dipotong setelah 1-3 menit, kecuali bayi perlu resusitasi. penyedotan rutin tidak boleh dilakukan.
2) Selama satu jam pertama setelah lahir, bayi harus dilakukan kontak kulit dengan ibu nya untuk kehangatan dan inisiasi menyusui dini (IMD).
3) Pemeriksaan klinis secara penuh (termasuk berat badan, tanda-tanda bahaya, mata, tali pusat) dan perawatan pencegahan lainnya harus dilakukan di sekitar 1 jam setelah lahir, ketika bayi setelah melakukan IMD , perawatan ini meliputi pemberian vitamin K profilaksis dan vaksinasi hepatitis B sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 24 jam).

4) Ketika tenaga kesehatan terlatih atau bidan melakukan kunjungan bayi baru lahir di rumah perawatan tambahan harus disediakan. perawatan ini meliputi resusitasi bayi baru lahir dengan dilengkapi tas dan masker untuk bayi yang baru lahir yang tidak bernapas secara spontan pemeriksaan klinis ini dilakukan pada waktu yang ditetapkan. (WHO, 2015 : 5)

Pada tahun 2012 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menerbitkan pedoman untuk resusitasi bayi baru lahir dasar untuk membantu dengan perawatan segera setelah lahir, ventilasi tekanan positif, dan penghentian ventilasi. Yang meliputi :

1) Bayi premature yang tidak memerlukan ventilasi tekanan positif, tali pusat tidak harus dijepit lebih awal dari satu menit setelah lahir . (Fawole B *et. al*, 2007)
2) Pada neonatus yang lahir dengan air ketuban yang jernih dan mulai bernapas sendiri setelah lahir, pengisapan dari mulut dan hidung tidak boleh dilakukan.
3) BBL dengan air ketuban bercampur mekonium, intrapartum pengisapan mulut dan hidung pada kelahiran kepala tidak dianjurkan.
4) Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas meskipun pengeringan menyeluruh dan stimulasi tambahan, ventilasi tekanan positif harus dimulai dalam waktu satu menit setelah lahir.

5) Pada bayi yang membutuhkan ventilasi tekanan positif jangka baru lahir atau prematur (> 32 minggu kehamilan), ventilasi harus dimulai dengan udara (yaitu, tidak tambahan oksigen).
6) Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus disediakan menggunakan alat sungkup dan balon resusitasi.
7) Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus dimulai dengan menggunakan sungkup.
8) Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, kecukupan ventilasi harus dinilai dengan pengukuran denyut jantung setelah 60 detik ventilasi dengan gerakan dada terlihat.
9) Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas dalam satu menit setelah lahir, prioritas harus diberikan untuk menyediakan ventilasi yang memadai daripada kompresi dada.
10) Pada bayi baru lahir tanpa detak jantung terdeteksi setelah 10 menit ventilasi yang efektif, resusitasi harus dihentikan

(WHO, 2012).

6. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut (Walyani, 2014 : 84) :

a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :
   1) Jaga kehangatan tubuh bayi
   2) Berikan ASI Eksklusif

3) Rawat tali pusat

b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.

1) Jaga kehangatan tubuh bayi.

2) Berikan ASI Eksklusif

3) Cegah infeksi.

4) Rawat tali pusat.

c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

1) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.

2) Lakukan :

a) Jaga kehangatan tubuh.

b) Beri ASI Eksklusif.

c) Rawat tali pusat.

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan. (Sulistyawati, 2010:12)**.** Kelurga berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan denggan menggunakan konrasepsi. (Sulistyawati, 2010:12)

2. Tujuan program KB

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejateraan keluarga. (Sulistyawati, 2010:13)

3. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen (Ulfah, dkk.2013:15).

4. Jenis Kontrasepsi

a. Metode Sederhana Tanpa Alat

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a) Pengertian

Metode Amonorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. (Ulfah, 2013:161)

Metode amonore laktasi (MAL) adlah kontrasepsiyang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara esklusif,

artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.(Saifuddin, dkk.2013 : MK-1)

b) Cara Kerja Kontrasepsi MAL

(1) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila menyusui 8x sehari.

(2) Belum haid

(3) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Ulfah, 2013:162)

Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL

(1) Sudah mendapat haid setelah melahirkan.

(2) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif.

(3) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan.

(4) Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah. (Ulfah, dkk.2013:29)

c) Efektivitas

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan dalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

(1) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).

(2) Perdarahan sebelum 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid).

(3) Bayi menghisap payudara secara langsung.

(4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.

(5) Kolostrum diberikan kepada bayi .

(6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.

(7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.

(8) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam. (Afandi, 2012:MK-1)

d) Keuntungan

(1) Untuk ibu

Dapat mengurangi resiko perdarahan *pasca* persalinan, mengurangi resiko anemia, dapat meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi, menurunkan resiko terhadap kanker ovarium dan kanker payudara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu. (Yanti, dkk, 2014).

(2) Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibody perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai (Saifuddin, 2013 : MK-2)

e) Keterbatasan

Terjadi Kegagalan dalam proses menyusui bisa karena adanya anggapan keliru bahwa pemberian ASI akan berpengaruh pada bentuk payudara, ASI yang sebenarnya ada dan bisa dimanfaatkan namun digantikan dengan susu formula dengan alasan kesibukan bekerja atau tidak diberi kesempatan untuk menyusui di tempat mereka bekerja dan kemungkinan lain seperti masih longgarnya kebijakan atau peraturan yang mengatur pemanfaatan ASI bagi ibu menyusui (Muryanta, 2012).

2) Metode Kalender (Ogino-Knaus)

a) Pengertian

Menghitung masa subur dengan siklus masa haid dan melakuan pantang berkala atau lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara atau metode kontrasepsi alami dan sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh

pasangan suami istri dengan cara tidak melakukan senggama pada masa subur. (Ulfah, 20113:163)

b) Mekanisme kerja ;

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan tiga patokan, (1) ovulasi terjadi 14±2 hari sebelum haid yang akan datang, (2) sperma dapat hidup dan membuahi selama 28 jam setelah ejakulasi, dan (3) ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi, jadi apabila konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnnya selama tiga hari (72 jam), yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi. (Sulistyawati, 2012:4)

c) Keuntungan

(1) Dapat digunakn oleh setiap waanita

(2) Tidak membutuhkan alat /pemerikasaan khusus

(3) Tidak mengganugu saat hubungan seksual

(4) Menghindari resiko kesehatan yang berkaitan dengan kontrasepsi

(5) Tidak memerlukan biaya

(6) Tidak memerlukan tempat pelayanan (Ulfah, 2013 : 164)

d) Keterbatasan

(1) Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri

(2) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya

(3) Pasutri tidak melakukan hubungan seksual setiap saat

(4) Pasutri harus tahu masa subur dan masa tidak subur

(5) Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali

(6) Menstruasi yang tidak subur menjadi terhambat

(7) Lebih efektif bila dikombinasi dengan metode kontrasepsi. (Ulfah, 2013 : 164)

e) Efektifitas

Angka kegagalan : 14,4 - 47 kehamilan pada 100 wanita-per tahun (Hartanto, 2015 : 48).

3) Suhu badan basal

a) Pengertian

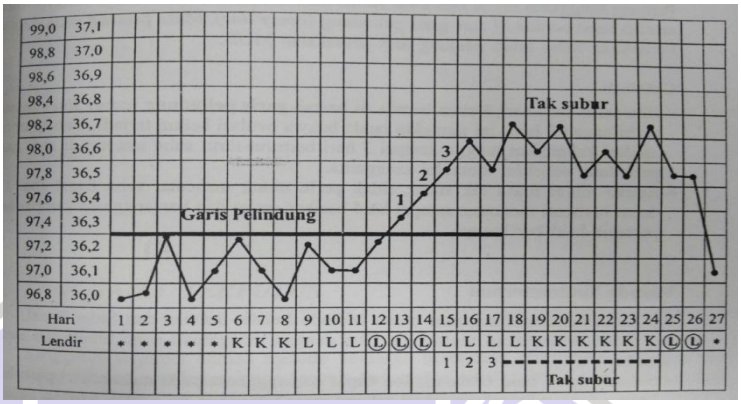
Peninggian suhu badan basal 0,2 - 0,5 ^{0}C pada waktu ovulasi. Peninggian suhu badan basal mulai 1- 2 hari setelah ovulasi. Disebabkan oleh peninggian kadar hormone progesterone (Hartanto, 2015 : 48).

b) Tehnik metode suhu badan basal

(1) Umumnya digunakan thermometer khusus dengan kalibrasi yang diperbesar.

(2) Waktu pengkukuran harus pada saat yang sama setiap pagi dan selalu setelah tidur nyenyak sekitar 3-5 jam serta masih dalam keadaan isterahat mutlak.

(3) Pengkukuran dilakukan secara : oral 3 menit, rektal 1 menit, paling baik vaginal. (Ulfah, 2013 : 166)



Gambar 2.11
Metode Suhu Basal
Sumber :*Saifuddin dkk. 2010. Buku Panduan Praktik Pelayanan Kontrasepsi .Jakarta*, halaman MK-13

c) Efektifitas

Angka kegagalan 0,3 – 6,6 kehamilan per 100 wanita per tahun (Hartanto, 2015 : 49). Kegagalan system suhu basal sekitar 10% sampai 20% (Manuaba dkk, 2010 : 596).

d) Keuntungan

(1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur

(2) Membantu wanita yang mengalami siklus tidak teratur

(3) Membantu menunjukan perubahan tubuh lain selain lendir serviks

(4) Berada dalam kendali wanita

(5) Dapat mencegah atau meningkatkan kehamilan (Ulfah, 2013 : 166)

e) Kerugian

(1) Membutuhkan motivasi

(2) Suhu tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor (sakit, kurang tidur, stres, alkohol, imunisasi, iklim)

(3) Bila suhu tidak diukur pada waktu yang sama menyebabkan ketidak akuratan suhu tubuh basal

(4) Tidak mendeteksi permulaan masa subur sehingga sulit mencapai kehamilan

(5) Butuh masa pantang panjang karena hanya mendeteksi masa pasca ovulasi sehingga abstinum suhu harus dilakukan pra ovulasi(Ulfah, 2013 : 166)

f) Indikasi

1) Untuk kontrasepsi

(a) Semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik menyusui maupun premenopause.

(b) Semua perempuan kurus ataupun gemuk.

(c) Semua perempuan dengan paritas berapapun termasuk nulipara.

(d) Perempuan yang merokok.

(e) Perempuan dengan alas an tertentu a.l. hipertensi sedang, varises, dismenorea, sakit kepala sedang atau hebat, mioma uteri, endometritis, kista ovarii, anemia defisiensi besi, hepatitis virus, malaria, thrombosis vena dalam atau emboli paru.

(f) Perempuan yang tidak dapat menggunakan lain

(g) Pasangan yang ingin dan termotivasi untuk mengobservasi, mencatat, dan menilai tanda dan gejala kesuburan .

2) Untuk konsepsi

Pasangan yang ingin mencapai kehamilan, senggama dilakukan pada masa subur untuk mencapai kehamilan (Saifuddin, 2013 : MK-9)

g) Kontraindikasi

(1) Perempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi

(2) Permpuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid.

(3) Perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genetalianya. (Saifuddin, 2013 : MK-10).

4) Lendir serviks/Metode Ovulasi Billings (MOB)

a) Cara kerja metode lendir serviks

Abstinens dimulai pada hari pertama diketahui abstinens setelah haid dan berlanjut sampai dengan hari ke empat setelah gejala-puncak (peak symtomp) (Hartanto, 2105 : 52).

b) Efektivitas

Angka kegagalan 0,4-39,7 kehamilan per 100 wanita per tahun (Hartanto, 2015 : 52).

c) Keuntungan

(1) Dalam kendali wanita

(2) Memberikan kesempatan pada pasangan menyentuh tubuhnya

(3) Meningkatkan kesadaran terhadap perubahan tubuhnya

(4) Memperkirakan lendir yang subur sehingga kemungkinan kehamilan

(5) Dapat digunakan untuk mencegah kehamilan (Ulfah, 2013 : 167)

d) Kerugian

(1) Membutuhkan komitmen

(2) Perlu diajari oleh spesialis KB

(3) Dapat membutuhkan 2-3 kali siklus untuk memperlajari metode

(4) Infeksi vagina dapat menyulitkan identifikasi lendir yang subur

(5) Beberapa obat yang digunakan mengobati flu dsb dapat menghambat produksi lendir serviks

(6) Melibatkan sentuhan pada tubuh yang tidak disukai beberapa wanita

(7) Membutuhkan pantangan (Ulfah, 2013 : 167)

e) Indikasi

(1) Untuk kontrasepsi

(a) Semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik menyusui maupun premenopause.

(b) Semua perempuan kurus ataupun gemuk.

(c) Semua perempuan dengan paritas berapapun termasuk nulipara

(d) Perempuan yang merokok.

(e) Perempuan dengan alas an tertentu a.l. hipertensi sedang, varises, dismenorea, sakit kepala sedang atau hebat, mioma uteri, endometritis, kista ovarii, anemia defisiensi besi, hepatitis virus, malaria, thrombosis vena dalam atau emboli paru.

(f) Perempuan yang tidak dapat menggunakan lain

(g) Pasangan yang ingin dan termotivasi untuk mengobservasi, mencatat, dan menilai tanda dan gejala kesuburan.

(2) Untuk konsepsi

Pasangan yang ingin mencapai kehamilan, senggama dilakukan pada masa subur untuk mencapai kehamilan (Saifuddin, 2013 : MK-9).

f) Kontraindikasi

(1) Perempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi.

(2) Perempuan sebelum mendapat haid (menyusui, segera setelah abortus).

(3) Perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur.

(4) Permpuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid.

(5) perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genetalianya. (Saifuddin, 2013 : MK-10)

5) Coitus Interuptus (Senggama terputus)

a) Pengertian

Metode senggama terputus adalah mengeluarkan kemalunannya menjelang terjadinya ejakulasi (Manuaba dkk, 2010 : 596).

Alat kelamin pria (venis) dikelurkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah (Sulistyawati, 2012: 54)

b) Cara kerja kontrasepsi Coitus interuptus

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Saifuddin, 2010 : MK-15).

c) Efektifitas

16-23 kehamilan per 100 wanita per tahun . Faktor-faktor yang menyababkan angka kegagalan tinggi ini adalah :

(1) Adanya cairan pra-ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, urethra, kelenjar cowper) yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa.

(2) Kurangnya kontrol-diri pria, yang pada metode ini justru sangat penting. (Hartanto, 2015 : 58).

d) Manfaat

1) Kontrasepsi

(1) Menimbulkan efek jika digunakan dengan benar

(2) Tidak menggunakan produk ASI

(3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya

(4) Tidak ada efek samping

(5) Dapat digunakan setiap waktu

(6) Tidak membutuhkan biaya

2) Nonkontrasepsi

(a) Meningkatkan keterlibatan pria dalam keluarga berencana

(b) Memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam antara pasangan (Sulistywati, 2012 : 54)

e) Keterbatasan

Kenikmatan seksual berkurang bagi suam istri, sehingga mempengaruhi kehidupan perkawinan (Hartanto, 2015 : 58).

f) Indikasi

(1) Suami yang erpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.

(2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alas an filososfi untuk tidak memakai metode-metode lain.

(3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.

(4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.

(5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.

(6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual yang tidak teratur (Saifuddin, 2013 : MK-16).

g) Kontraindikasi

Suami yang sulit melakukan senggama terputus, suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama, pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus (Saifuddin, 2013 : MK-16). Ejakulasi premature pada pria (Hartanto, 2015 : 58).

b. Metode Sederhana dengan Alat

1) Kondom

a) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual (Saifuddin, dkk. 2010 : MK-17)

Macam-macam kondom:

(1) Kondom biasa.
(2) Kondom berkontur (bergerigi).
(3) Kondom beraroma.
(4) Kondom tidak beraroma

b) Mekanisme kerja

(1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang penis
(2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS dan HIV / AIDS) dari satu pasangan kepada pasngan yang lain (Ulfah, 2013 : 174)

c) Manfaat

Kontrasepsi

(1) Efektive bila digunakan dengan benar

(2) Tidak menggangu produksi ASI

(3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

(4) Murah dan dapat dibeli secara umum

(5) Metode kontrasepsi sementara bila meode kontrasepsi lainya harus ditunda(Saifuddin, dkk. 2010 : MK-18)

Nonkontrasepsi

(1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB

(2) Dapat mencegah penularan IMS

(3) Mencegah ejakulasi dini

(4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

(5) Mencegah imuno infertilitas(Saifuddin, dkk. 2010 : MK-18)

d) Keterbatasan

(1) Efektifitas tidak terlalu tinggi

(2) Cara peggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

(3) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)

(4) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

(5) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Saifuddin, dkk. 2010 : MK-19)

e) Cara penggunaan kondom

(1) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubngan seksual

(2) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida ke dalam kondom

(3) Jangan membuka kemasan dengan menggunakan gigi, bedna tajam (pisau, gunting dll)

(4) Pasang kondom pada saat ereksi

(5) Bila kondom tidak ada tempat untuk menampung, maka saat memakai longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan

(6) Kondom dilepas sebelum penis melembek

(7) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis dicabut dan lepas kondom diluar vagina

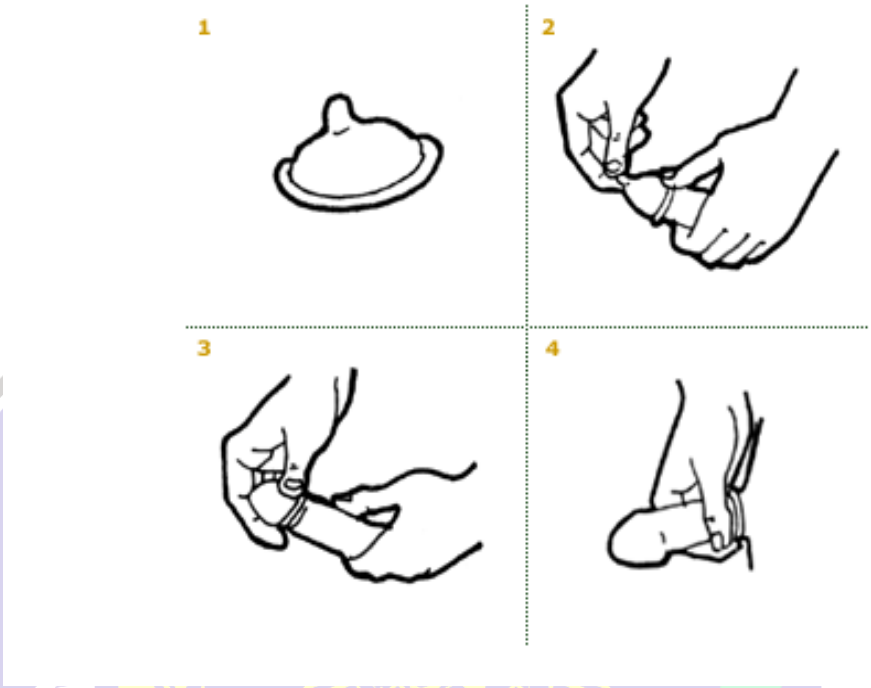
(8) Gunakan kondom hanya sekali

(9) Buang kondom pada tempat yang aman

(10) Sediakan kondom dalam jumlah cukup dirumah dan simpan di tempat yang sejuk

(11) Jagan gunakan kondom apabila kemasan robek

(12) Jangan menggunakan minyak goreng, minyak mineral atau pelumas karena akan segera merusak kondom (Ulfah, 2013 : 175)



Gambar 2.12
Cara pemakain kondom
Sumber : Manuaba,2010 Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta hal:595

2) Diafragma

a) Pengertian

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang di inserisasikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. (Saifuddin, dkk 2010 : MK-21)

Diafragma/cervical cap adalah suatu kontrasepsi yang berupa mangkuk karet yang dimasukkan ke dalam vagina untuk menutup mulut rahim (serviks uteri) (Maryunani, 2016 : 553).

b) Cara kerja kontrasepsi diafragma

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Saifuddin, 2010 : MK-21).

c) Keuntungan

(1) Sangat efektif (bila dipakai dengan benar).

(2) Aman.

(3) Diawasi sendiri oleh pemakai.

(4) Hanya dipakai bila diperlukan.

(5) Tidak mempengaruhi laktasi. (Hartanto, 2015 :69)

d) Keterbatasan

(1) Memerlukan tingkat motivasi yang tinggi dari pemakai.

(2) Wanita perlu memegang/manipulasi genetalia-nya sendiri.

(3) Untuk pemakaian awal, perlu instruksi dan cara pemasangan oleh tenaga klinik yang terlatih.

(4) Menjadi mahal bila sering dipakai, disebabkan oleh biaya untuk *spermisidnya*.

(5) Insersi relative sukar.

(6) Pada kasus tertentu, dapat terasa oleh suami saat senggama.

(7) Beberapa wanita mengeluh perihal “kebasahan/becek” yang disebabkan oleh *spermisidnya*. (Hartanto, 2015 : 69)

e) Indikasi

(1) Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau di atas usia 35 tahun.

(2) Tidak menyukai penggunaan AKDR.

(3) Menyusui dan perlu kontrasepsi.

(4) Memerlukan proteksi terhadap IMS.

(5) Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain. (Saifuddin, 2013 : MK-22)

f) Kontraindikasi

(1) Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi.

(2) Terinfeksi saluran uretra.

(3) Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina)

(4) Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan.

(5) Ingin metode KB efektif.

(Saifuddin, 2015 : MK-22).

g) Efektivitas

(1) Teoritis: 2-3 kegagalan per-100 wanita-per tahun

(2) Praktek: 6-25 kegagalan per-100 wanita-per tahun. Penyebab kegagalan : ketidaktahuan cara pemasangan yang

benar, ukuran diaphragm tidak tepat, terjadinya letak diafragma selama senggama, adanya cacat/kerusakan pada diafragma (Hartanto, 2015 : 74).

c. Metode efektif

1) Pil KB

a) Pengertian

Pil KB atau *oral contracetives pill* merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen atau progesterone (Maryunani, 2016 :550).

b) Cara kerja pil KB

(1) Menekan ovulasi

(2) Mencegah implantasi

(3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma

(4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendiri dengan efektifitas tinggi (Ulfah, 2013 :177)

c) Macam-macam pil KB

(1) Pil kombinasi

Sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesterone dan estrogrn.

(2) Pil sekuensial

Pil ini mengandung komponen yang disesuaikan dengan sistem hormonal tubuh. Dua belas pertama hanya

mengandung estrogen, pil ketiga belas dan seterusnya merupakan kombinasi.

(3) Pil progestin (minipil)

Pil ini hanya mengandung progesterone dan digunakan ibu postpartum. Jenis minipil :

Kemasan dengan isi 35 pil : 300 μg levonorgestrel atau 350 μg noretindron.

Kemasan dengan isi 28 pil : 75 μg desogestrel. (Saifuddin, 2013 : MK-48)

(4) *After morning pil*

Pil ini digunakan segera setelah hubungan seksual (Manuaba dkk, 2010 : 599)

d) Keuntungan

(1) Mudah menggunakannya.

(2) Mencegah anemia defisiensi zat besi.

(3) Cocok untuk menunda kehamilan pertama pada PUS muda (Maryunani, 2016 : 551).

e) Kerugian

Dapat mengurangi ASI/ menghambat produksi ASI (Maryunani, 2016 : 551). Harus minum pil secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium, penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne,

mual sampai muntah), mempengaruhi fungsi gati dan ginjal (Manuaba dkk, 2010 : 599).

f) Efek Samping

Ketidakteraturan periode menstruasi (Varney, 2007). Menurut Vessey *et.al.* 2003 , Hannaford *et al.* 2010 efek samping kontrasepsi pil diantaranya timbulnya penyakit pada sistem kardiovaskuler, terutama pada pemakai pil yang berumur lebih dari 35 tahun dan perokok . Pemakaian pil kontrasepsi juga akan meningkatkan risiko terkena penyakit-penyakit tromboemboli, penyakit jantung iskemik, penyakit serebrovaskuler, serta hipertensi . Menurut Norwitz (2008), Bennet (2003) & Stubblefield (2007) dari komponen estrogen, akan memberikan efek samping ringan berupa rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan keputihan. Sedangkan komponen progesteron akan menyebabkan efek samping ringan berupa perdarahan yang tidak teratur, bertambahnya berat badan, payudara mengecil, keputihan, jerawat dan kebotakan (Widodo, 2011).

g) Indikasi

(1) Pil Kombinasi :

(a) Usia reproduksi

(b) Telah memiliki anak atau belum

(c) Gemuk atau kurus

(d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi

(e) Telah melahirkan dan tidak menyusui

(f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif

(g) Pasca keguguran

(h) Anemia karena haid berat

(i) Nyeri haid hebat

(j) Siklus haid tidak teratur

(k) Riwayat kehamilan ektopik

(l) Kencing manis tanpa komplikasi ginjal Kelainan payudara jinak (Ulfah, 2013 : 177)

(2) Minipil :

(a) Usia reproduksi

(b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak

(c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui

(d) Pasca keguguran

(e) Perokok segala usia

(f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah

(g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Ulfah, 2013 : 184)

h) Kontraindikasi

(1) Pil kombinasi

(a) Hamil atau dicurigai hamil

(b) Menyusui eksklusif

(c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya

(d) Hepatitis

(e) Perokok usia >35 tahun

(f) Riwayat jantung, TD >180/110 mmHg

(g) Riwayat kencing manis

(h) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara

(i) Migrain

(j) Tidak dapat menggunakan pil setiap hari. (Ulfah, 2013 : 177-178)

(2) Mini pil

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

(d) Mengunakan obat tuberkulosis (rifampisis), atau obat untuk epilepis (fenition dan barbiturat)

(e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(f) Sering lupa menggunakan pil

(g) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus

(h) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah (Saifuddin, 2010 : MK-50)

i) Efektivitas

Pil kombinasi memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan). Pil progestin/minpil sangat efektif 98,5% (Saifuddin, 2013:31-49).

2) KB suntik

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal jenis suntikan yang dibedakan menjadi dua macam yaitu DMPA (*depo medroksiprogesterone asetat*) dan kombinasi (Susilowati, 2012).

KB suntik / suntik KB adalah suatu cara kontrasepsi yang diberikan melalui suntikan (Maryunani, 2016 : 551).

b) Cara Kerja KB Suntik

(1) Mencegah ovulasi

(2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(Saifuddin, 2010:41)

c) Macam-macam KB Suntik

(1) Kontrasepsi DMPA

(a) Depo Medrokasi Progesteron Asetad (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular (didaerah bokong)

(b) Depo Noristeron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enatat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular (Ulfah, 2013 : 186)

(2) Kontrasepsi Kombinasi

(a) Depo estrogen-progesteron

Jenis suntikan kombinasi ini terdiri dari 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat (Siregar, 2010).

d) Keuntungan

(1) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu

(2) Tingkat efektivitasnya tinggi

(3) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas

(4) Pengawasan medis yang ringan

(5) Dapat diberikan pascapersalinan, pasca-keguguran atau pascamenstruasi

(6) Tidak menganggu pengeluaran laktasi dan tumbuhan kembang bayi

(7) Suntikan KB Cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi

e) Kerugian

(1) Perdarahan yang tidak menentu

(2) Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan

(3) Masih terjadi kemungkinan hamil

(4) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB (Manuaba, dkk . 2010 : 601)

f) Efek Samping

(1) Gangguan haid.

(2) Berat badan yang bertambah.

(3) Sakit kepala.

(4) Pada system kardiovaskuler efeknya sangat sedikit, mungkin ada sedikit peninggian dari kadar insulin dan penurunan HDL-kolesterol. (Hartanto, 2015 :169)

g) Indikasi

(1) Hamil atau diduga hamil.

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.

(4) Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat).

(5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(6) Sering lupa menggunakan pil.

(7) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.

(8) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah. (Saifuddin, 2013 : MK-50)

h) Kontraindikasi

WHO menganjurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi suntikan pada :

(1) Kehamilan.

(2) Karsinoma payudara.

(3) Karsinoma traktus genetalia.

(4) Perdarah abnormal uterus. (Hartanto, 2015 : 169)

i) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. (Sulistyawati, 2012 : 76)

3) IUD/AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a) Pengertian

Menurut Mochtar, 2012. Menyatakan AKDR atau spiral adalah suatu alat yang dimaukan ke dalam rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi (Kumalasari, 2015 : 302)

b) Jenis AKDR

(1) AKDR Nonhormonal

(a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi dua yaitu : Bentuk terbuka/*open device* misalnya Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup/*closed device* misalnya Ota-Ring, Atigon dan Graten Berg Ring.

(b) Menurut tambahan obat atau metal yaitu : *Medicated IUD* misalnya Cu-T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu-T220 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 380A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun). *Unmedicated IUD* misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf T Coil, Antigon.

(2) AKDR yang mengandung hormonal yaitu Progestasert-T = Alza T dan LNG 20 (Kumalasari, 2015 : 303).

c) Cara Kerja

(1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii

(2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

(3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi

(4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Ulfah, 2013 : 194)

d) Keuntungan

(1) Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian

(2) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit

(3) Kontrol medis yang ringan

(4) Penyulit tidak terlalu berat

(5) Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik

e) Kerugian

1) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ

2) Terdapat perdarahan (*spotting* dan menometroragia)

3) Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah

4) Dapat terjadi infeksi

5) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau skunder dan kehamilan ektopik

6) Tali Penderita diabetes

7) Penyakit tiroid

8) Setelah kehamilan AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan menggangu hubungan seksual (Manuaba, dkk . 2010 : 611)

f) indikasi (Affandi, 2010:MK-82)

1) Usia reproduktif
2) Kedaan nulipara
3) Setelah melahirkan dan tidak mau menyusui
4) Tidak menghendaki metode hormonal
5) Perokok
6) Gemuk maupun kurus
7) Penderita tumor jinak payudara
8) Puisng-pusing, sakit kepala
9) Tekanan darah tinggi
10) ektopik

g) Kontraindikasi

(1) Sedang hamil atau di duga hamil
(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui penyebabnya
(3) Sedang menderita infeksi genetalia
(4) Kelainan bawaan uterus yang abnormal/tumor jinak rahim yang dapat dipengaruhi kavum uteri
(5) Penyakit trofoblas yang ganas
(6) Diketahui menderita TBC pelvik

(7) Kanker alat genetalia

(8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Ulfah, 2013 : 195)

h) Efektivitas IUD

Efektivitas IUD dinyatakan dalam angka kontinuitas *(continuation rate)* yaitu berapa lama IUD tetap tinggal in-utero tanpa ekspulsi spontan, tejadinya kehamilan, dan pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi. Efektivitas dari bermacam-macam IUD bergantung pada beberapa hal berikut.

(1) IUD-nya : bentuk, ukuran, dan mengandung CU atau progesteron

(2) Akseptor

(a) Umur : makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, makin rendah angka ekspulsi dan pengangkatan / pengeluaran IUD

(b) Paritas : makin muda usia, terutama pada nuligravida, makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan / pengeluaran IUD

(c) Frekuensi sanggama

(3) Menurut Handayani, 2012. Efektivitasnya sebagai kontrasepsi tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama (Satu kegagalan dalam 125-170 kehamilan) (Kumalasari, 2015 : 304)

4) Implan/Susuk KB

1) Pengertian

Implant adalah kontrasepsi yang disusupkan atau ditanam di bawah kulit (Maryunani, 2016 : 552).

Kontrasepsi implant adalah metode praktis untuk digunakan di semua pengaturan sebagai penyisipan dan penghapusan mereka hanya membutuhkan prosedur bedah minor (Coalition, 2012).

2) Macam-macam KB Implant

(1) Norplant

Terdiri atas enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel. Lama kerjannya lima tahun

(Sulistyawati, 2012 : 81)

(2) *Jadena* dan *Indoplant*

Terdiri atas dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja tiga tahun. (Kumalasari, 2015 : 279).

(3) Implanon

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 Keto-desogestrel dan lama kerjannya 3 tahun (Ulfah, 2013 : 190)

3) Cara Kerja KB Implant

(1) Lendir serviks menjadi kental.

(2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.

(3) Mengurangi transportasi sperma.

(4) Menekan ovulasi. (Kumalasari, 2015 : 278).

4) Efek Samping

(1) Amenorea.

(2) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan.

(3) Ekspulsi.

(4) Infeksi pada daerah isersi.

(5) Berat badan naik/turun. (Saifuddin, 2013 : MK-58-59)

5) Indikasi

Indikasi pemasngan implan adalah sebagai berikut;

(1) Usia reprodukasi

(2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang

(3) Ibu menyusui

(4) Pasca keguguran / abortus

(5) Tidak mengingginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi)

(6) Wanita dengan kontra indikasi hormon estrogen

(7) Sering lupa mengkonsumsi pil

6) Kontraindikasi

Kontraindikasi pemasngan implan adalah sebagai berikut;

(1) Hamil / diduga hamil

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya

(3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(4) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi

(5) Diabetes melitus

(6) Penyakit jantung/darah tinggi

(7) Varises (Kumalasari, 2015 : 280)

7) Keuntugan

(1) Dipasang selama lima tahun

(2) Kontrol medis ringan

(3) Dapat dilayani di daerah pedesaan

(4) Penyulit medis tidak terlalu tinggi

(5) Biaya murah

8) Kerugian

(1) Menimbulkan gangguan menstruai, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur

(2) Berat badan bertambah

(3) Menimbulkan akne, ketegangan payudara

(4) Liang sanggama terasa kering (Manuaba, dkk . 2010 : 603)

d. Metode kontap (Kontrasepsi Mantap)

1) Tubektomi

a) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainya untuk mematikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2010:89).

b) Jenis

Minilaparotomi, Laparoskopi (Affandi, 2010:MK-91)

c) Mekanisme kerja:

Dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2010:91).

d) Keuntungan

1) Kontrasepsi (Affandi, 2010:91)

(1) Sangat efektive (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)

(3) Tidak bergantung pada factor senggama

(4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius

(5) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

(6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium

2) Nonkontrasepsi (Affandi, 2010:MK-92)

(1) Berkurangnya risiko kanker ovarium

e) Keterbatasan (Affandi, 2010:MK-92)

(1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini

(1) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)

(2) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan

(3) Dilakukan oleh dokter terlatih

(4) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS

i) Indikasi (Affandi, 2010:MK-92)

(1) Usia > 26 tahun

(2) Paritas > 2

(3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya

(4) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius

(5) Pascapersalinan

(6) Pascakeguguran

(7) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

j) Kontra indikasi (Affandi, 2010:MK-93)

(1) Hamil

(2) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)

(3) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

(4) Kurang pasti keinginannya untuk fertilitas di masa depan

(5) Belum memberikan persetujuan tertulis

2) Vasektomi

a) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2010:95).

b) Cara kerja

Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen (Affandi, 2010:MK-95).

c) Keuntungan nonkontrasepsi

(1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang

(2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2010:96)

d) Keterbatasan (Affandi, 2010:MK-96)

(1) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi

(2) Bila tidak siap kemungkinan ada rasa penyesalan di kemudian hari

(3) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi

(4) Ada nyeri/rasa tidak nyaman pascabedah

(5) Perlu tenaga pelaksana terlatih

(6) Tidak melindungi klien dari IMS

2.2.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1. Pengkajian Data

A. DataSubyektif

a. Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010;131).

b) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009:569). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes

tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007: 691).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2010;132).

d) Pendidikan

Informasi ini membantu kita memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2011:155).

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu tinggal, mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama, mempermudah menghubungai keluarga, dan dijadikan petunjuk pada waktu melakukan kunjungan rumah (Marmi, 2011:120).

b. Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah:

a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

c. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

1. Epilepsi

   Wanita penderita penyakit ayan (epilepsi) dapat menjadi hamil. Kehamilan tidak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakitnbanyak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan nifas (Mochtar, dkk2011 : 127)

2. Penyakit Jantung

   Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan (Saifuddin, 2009: 769).

   Menurut Manuaba (2012:333-334) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

3. Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya,

abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009:322).

4. Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat

diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012:240).

5. Gonore

   Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009:371).

6. Diabetes melitus

   Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, Rustam, 2011 : 124).

d. Riwayat kesehatan keluarga

   Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakng rasa atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2006:311).

e. Riwayat kebidanan

   1) Riwayat menstruasi

Menurut (Marmi, 2011 : 123)

2) Menarche

adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

3) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ±2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

4) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang digunakan adalah rumus neagel yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1

5) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011:158).

6) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158).

7) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38^0C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38^0C berturut-turut selama dua hari,

kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut "nyeri ikutan" (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:201).

8) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT_5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida

30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:173-174).

f. Riwayat keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu "menanggali kehamilan". Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158).

g. Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008:55).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu elum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi,2011:126-127).

c) Akivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisiksangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya endah dan meningkatkan aktivitas secara teratur.Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin.Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi,2011:128).

d) Personal hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan rmudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipaka lagi (Marmi, 2011 : 126).

e) Riwayat seksual

Sampai saat ini belum mmbuktikan denga pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga

merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan ogasme (Marmi,2011:128).

h. Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dn melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011:156).

b) Alcohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

c) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011 : 156).

d) Riwayat sosial dan budaya

Sosial budaya diindonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2011: 11).

i. Riwayat psikososial dan spiritual

Perubahan psikososial pada trimester I yaitu ambivalensi, ketakutan dan fantasi.Pada trimester II adanya ketidaknyamanan kehamilan (mual, mntah), Narchistik, Pasif dan introvert. Pada trimester II klien merasa tidak feminine lagi karena perubahan tubuhnya, kekuatan akan kelahiran bayinya, stress keluarga karena adanya perasaan sekarat selama persalinan berlangsung. Fakor-faktor situasi, seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, penidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etik, serta status sosial ekonomi (Marmi, 2011 : 127).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang di laporkan kriteriannya adalah:

1) Baik : jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

2) Lemah pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia berkurag atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu brjalan lagi. (Ari Sulistiyawati,2010 dalam LTA marsiyah 2016)

b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2011:175)

c. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney *et al*, 2007:686). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan,

persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser *et al*, 2009:453).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x/menit (Marmi, 2011 : 129).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1^0 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengndikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney *et al*, 2007: 687).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi system pernafasan, normalnya 16-24x/menit (Marmi,2011 : 130).

d. Antropometri

1) TB

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

2) BB

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya.Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ektsraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011:180) .Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin,

2011:180).Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu nerupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2011:532).

3) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173)

2. Pemeriksaan fisik

a. Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney *et al*, 2007:693).

b. 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 konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

c. Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tida k sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (*Varney et al, 2008:719).*

d. Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012 : 340).

e. Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam megeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007: 1051).

f. Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur.

Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008: 42–43). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifuddin, 2006: 106). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney *et al*, 2007: 687). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdme untuk memastikan integritas uterus (Varney *et al*, 2007: 693).

g. Genetalia

1. Vulva dan vagina

   Bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

2. Perineum

Ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

h. Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008:46).

i. Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney *et al*, 2007:693).

3. Pemeriksaan khusus

a. Palpasi

Palpsi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser *et al*, 2009:259-261).

b. Leopold 1

Menurut marmi (2011:167) langkah-lagkah pemeriksaan leopold I yaitu:

1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
3) Rahim dibawa ketegah
4) Tinggi fundus uteri ditetukan
5) Tentukan bagian apa dari bayiyang terdapat pada fundus sifat kepala ialah keras, bundar da melenting. Sifat bokog lunak, kurang bundar dan kurang melentig. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yag lain diatas simfisis.

c. Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur degan pita. Tiggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik da bila dikalikan 8 da dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Wiknjosastro, 2006:171).

d. Leopold II

Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah pemeriksaan leopold II yaitu :

(1) Kedua tangan pindah kesamping

(2) Tentukan dimana punggung anak. Puggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar. Kadag-kadang disampig terdapat kepala atau bokog ialah letak lintang.

Variasi budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan diatas fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:119).

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2012:168).

e. Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

(1) Dipergunakan satu tangan saja

(2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya

(3) Cobalah apakan bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegag oleh Pintu Atas Panggul (PAP)

f. Leopold IV

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaa leopold IV yaitu:

1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
2) Degann kedua tanga ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
4) Jika kita rapatlkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi leopold IV utuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan:

1) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
2) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul
3) Jika kedua divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

Menurut (Mochtar, 2011 : 41) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.18
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm:

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Mochtar, Rustam, 2011. *Sinopsis Obstetri.*Jakarta : EGC, Halaman 41.

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2010:100) dapat dilihat dalam tabel 2.13 sebagai berikut

Tabel 2.21
Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ diatas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minngu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Stinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta, halaman 100

g. Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

TBJ = (TFU dalam cm - n) x 155 = ... gram

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

Tabel 2.20
TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

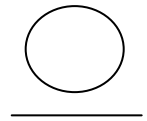
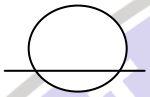
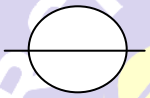
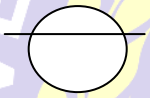
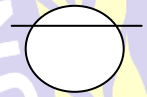
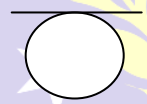
Usia Kehamilan (bulan)	**Berat Badan (gram)**
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2012. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta, halaman 89.

h. Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:44): Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan).

Tabel 2.21
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).

i. Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2010: 116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:188-189). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan

mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
2) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.
3) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

j. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 39).

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:79).

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008: 99).

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011 : 295). Kontrsi lemah, masih sedikit nyeri (merain), pengecilan rahimdalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011 : 65).

4. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008:54-46) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

1) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikositas vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi peting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.

6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.

7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala

serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

2. Pemeriksaan Panggul

Menurut Wiknjosastro (2005:44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, 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) Spira ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

(4) Sudut arcus pubis > 90°, bila kurang berarti ada kesempitan panggul

(5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

Bidan mulai memeriksa panggul wanita pada saat kunjungan antepartum pertama dan diulang kembali pada saat masuk waktu persalinan.pelvimetri klinis harus dilakukan dalam persalinan untuk mendeteksi kontraksi pelvis yang sesungguhnya, terkait dengan ukuran bayi dan untuk mengantisipasi terjadinya penundaan, penurunan dan rotasi (Varney Krebs,2007 : 797).

3. Pemeriksaan darah

1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hail pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb > 7 g% (Manuaba, 2012:239).

2) Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil ini penting dilakukan untuk mengetahui golongan darah pada ibu. Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil dilakukan pada awal kehamilan. Pemeriksaan golongan darah mempunyai berbagai manfaat dan mempersingkat waktu dalam identifikasi. Golongan darah penting untuk diketahui dalam hal kepentingan transfusi dan donor yang tepat (Azmielvita , 2009:).

3) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser *et al* (2009:255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

(a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis gravidarum, kelaparan atau latihan fisik yang berlebihan.

(b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

(c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

4. *Ultrasonografi (USG)*

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Rustam Mochtar, 2011:45).

5. *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi,* atau *fetal activity acceleraction determination (FAD;FAAD).* Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190).

2. Diagnosa Kebidanan

$G_{..}P_{APIAH}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi,puka/puki, preskep, $H_{...}$, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu danjanin baik, inpartu :

1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*, 2007:718-719).

2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).

3) Kala II dengan kemungkinan masalah:

- Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:93)
- Infeksi (Wiknjosastro, 2008:93)
- Kram Tungkai (Varney*et al*, 2007:722)

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

P_{APIAH}Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:118):

a) Retensio plasenta
b) Avulsi tali pusat
c) Plasenta yang tertahan.

P_{APIAH}Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008 : 118)

a) Atonia uteri
b) Robekan vagina, perineum atau serviks
c) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

$G_{..}P_{APIAH}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, $H_{...}$, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

a) KU baik, kesadaran komposmentis
b) TTV dalam batas normal
   T: 100/60 – 130/90 mmHg
   S: 36 – 37^{o}C
   N: 80–100x/menit
   R: 16 – 24x/menit
c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit

h) Plasenta lahir spontan, lengkap

i) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-87):

a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalai proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perrasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

c) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada poisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cafa inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero

plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat peurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

d) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggu dan ketuban ⊕ maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban Θ ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban ⊕ pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehinggga persalinan akan terjadi terlalu cepat.

Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban Θ atau ⊕, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

e) Observasi TTV dan CHBPK

(1) DJJ setiap ½ jam

(2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam

(3) Nadi setiap ½ jam

(4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi

(5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

(6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

(7) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam. Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Blas yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

g) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Saifuddin (2007):

Kala II persalinan:

(1) Melihat tanda dan gejala persalinàn 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, perieneum, 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. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangsn tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi)

(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 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

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

(11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang

(12) nyaman sesuai dengan keinginannya.

(1) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dekontaminasikan temuan-temuan.

(2) 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 semangan atas usaha ibu untuk meneran.

(c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya

(d) Manganjurkan 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

unutk 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 talu pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemuadian 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, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.

(22) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

a) 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 hungga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

(23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangam 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.

(24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangannyang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

(25) 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

(26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu -bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin /i.m

(27) 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

(28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara 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 menganjurkna ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

(31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

(32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntuk.

(33) 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.

(34) Memindahkan klem pada tali pusat.

(35) 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 menstabilakn uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

(36) 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.

(37) 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 c, dari vulva.

(b) Jika plasenya tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m
- Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kanding kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
- Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
- Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam wakti 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 terpilin. Dengan lembut perlahah melahirkan selaput ketuban tersebut.

(39) 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.

(40) 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.

(41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan sgera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

(42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik

(43) Mencelupkan 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.

(44) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

(45) Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

(46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

(47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanha. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kerinh.

(48) Menganjurkan 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 laserasi 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 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.

(53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

(54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai

(55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir,ndan 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) Mencelupkan sarung tanganbkotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

(59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

(60) Melengkapi partograf.

b) Masalah dalam Kala I :

Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan menganai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b. Masalah nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan: Ibu merasa nyeri terhadap prosespersalinan

Kriteria:

a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalian dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(5) Pemberian kompres panas pada punggung

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

c. Masalah pada Kala II : Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Yeyeh (2008) :

(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 atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk ke fasilitas ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

d. Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital:

a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

b) Suhu: 36-37,5

c) KU baik

d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkatkan menyebabkan dehidrasi.

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganngu síntesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

(4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

e. Kram Tungkai (Varney*et al*,2007:722)

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria: Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

(2) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi ynag dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

(4) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007tentang standar asuhan kebidanan).

f. Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

(1) Bayi menangis kuat

(2) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

1. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi

2. 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 di dalam ruangan yang relatif hangat.

3. *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4. Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

   R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial

5. Berikan salep mata

   R/ Salep mata sebagai profilaksis.

g. Masalah Pada Kala III : Retensio plasenta

   Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

   Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

   Intervensi menurut Kamariah (2014) :

   (1) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

   R/: Pemberian infus RL dapat menggantikan cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan

   (2) lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

   (3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

h. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

(1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

(2) 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.

(3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

(4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

i. Masalah Pada Kala IV : Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi Mitayani (2009):

(1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

(2) 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 Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan opersai dan transfusi darah.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

j. Robekan vagina, perineum atau serviks (Wiknjsastro, 2008:115)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

b) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

(1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

(2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan

4Penatalaksanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, 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. Dengan kriteria :

a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spritual-kultural
b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
d. Melibatkan klien/pasien
e. Menjaga privacy klien/pasien
f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai

i. Melakukan tindakan sesuai standar

j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambunganuntuk 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/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi 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 masalah kebidanan

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.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
b. Dutulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
f. penatalaksanaan, adalah 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 diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

2. Pengkajian Data

A. DataSubyektif

a. Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010;131).

b) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009:569). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007: 691).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2010;132).

d) Pendidikan

Informasi ini membantu kita memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2011:155).

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu tinggal, mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama, mempermudah menghubungai keluarga, dan dijadikan petunjuk pada waktu melakukan kunjungan rumah (Marmi, 2011:120).

b. Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah:

d) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

e) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang

terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

f) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

4) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
5) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
6) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

c. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

7. Epilepsi

Wanita penderita penyakit ayan (epilepsi) dapat menjadi hamil. Kehamilan tidak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya

penyakitnbanyak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan nifas (Mochtar, dkk2011 : 127)

8. Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan (Saifuddin, 2009: 769).

Menurut Manuaba (2012:333-334) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

9. Asma

   Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya,

   abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009:322).

10. Anemia

    Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012:240).

11. Gonore

    Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009:371).

12. Diabetes melitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, Rustam, 2011 : 124).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakng rasa atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2006:311).

e. Riwayat kebidanan

1. Riwayat menstruasi

Menurut (Marmi, 2011 : 123)

2. Menarche

adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

3. Siklus haid

   Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ±2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

4. Hari pertama haid terakhir

   HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang digunakan adalah rumus neagel yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1

5. Riwayat kehamilan yang lalu

   Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011:158).

6. Riwayat persalinan yang lalu

   Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158).

7. Riwayat nifas yang lalu

   Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38^0C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38^0C berturut-turut selama dua hari,

kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut "nyeri ikutan" (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:201).

8. Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT_5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:173-174).

f. Riwayat keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena

penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158).

g. Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008:55).

2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu elum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi,2011:126-127).

3) Akivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisiksangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya endah dan meningkatkan aktivitas secara teratur.Pada kala I apabila kepala

janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin.Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi,2011:128).

4) Personal hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan rmudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipaka lagi (Marmi, 2011 : 126).

5) Riwayat seksual

Sampai saat ini belum mmbuktikan denga pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan ogasme (Marmi,2011:128).

h. Riwayat ketergantungan

1)Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya

yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dn melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011:156).

2) Alcohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011 : 156).

4) Riwayat sosial dan budaya

Sosial budaya diindonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2011: 11).

i. Riwayat psikososial dan spiritual

Perubahan psikososial pada trimester I yaitu ambivalensi, ketakutan dan fantasi.Pada trimester II adanya ketidaknyamanan kehamilan (mual, mntah), Narchistik, Pasif dan introvert. Pada trimester II klien merasa tidak feminine lagi karena perubahan tubuhnya, kekuatan akan kelahiran bayinya, stress keluarga karena adanya perasaan sekarat selama persalinan berlangsung. Fakor-faktor situasi, seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, penidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etik, serta status sosial ekonomi (Marmi, 2011 : 127).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang di laporkan kriteriannya adalah:

3) Baik : jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

4) Lemah pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia berkurag atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu brjalan lagi. (Ari Sulistiyawati,2010 dalam LTA marsiyah 2016)

e. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2011:175)

f. Tanda-tanda Vital

5) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney *et al*, 2007:686). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser *et al*, 2009:453).

6) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai

frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x/menit (Marmi, 2011 : 129).

7) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1^0 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengndikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney *et al*, 2007: 687).

8) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi system pernafasan, normalnya 16-24x/menit (Marmi,2011 : 130).

g. Antropometri

1) TB

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

2) BB

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya.Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ektsraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011:180) .Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180).Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu nerupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2011:532).

3) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu

yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173)

3. Pemeriksaan fisik

a. Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney *et al*, 2007:693).

b. 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 konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

c. Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tida k sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (*Varney et al, 2008:719).*

d. Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012 : 340).

e. Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam megeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007: 1051).

f. Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih

(Wiknjosastro, 2008: 42–43). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifuddin, 2006: 106). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney *et al*, 2007: 687). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdme untuk memastikan integritas uterus (Varney *et al*, 2007: 693).

g. Genetalia

1) Vulva dan vagina

Bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

2) Perineum

Ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

h. Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008:46).

i. Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney *et al*, 2007:693).

5. Pemeriksaan khusus

a. Palpasi

Palpsi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser *et al*, 2009:259-261).

b. Leopold 1

Menurut marmi (2011:167) langkah-lagkah pemeriksaan leopold I yaitu:

6) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
7) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

8) Rahim dibawa ketegah

9) Tinggi fundus uteri ditetukan

10) Tentukan bagian apa dari bayiyang terdapat pada fundus sifat kepala ialah keras, bundar da melenting. Sifat bokog lunak, kurang bundar dan kurang melentig. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yag lain diatas simfisis.

c. Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur degan pita. Tiggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik da bila dikalikan 8 da dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Wiknjosastro, 2006:171).

d. Leopold II

Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah pemeriksaan leopold II yaitu :

(3) Kedua tangan pindah kesamping

(4) Tentukan dimana punggung anak. Puggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar. Kadag-kadang disampig terdapat kepala atau bokog ialah letak lintang.

Variasi budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan diatas fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:119).

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2012:168).

e. Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

(4) Dipergunakan satu tangan saja

(5) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya

(6) Cobalah apakan bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegag oleh Pintu Atas Panggul (PAP)

f. Leopold IV

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaa leopold IV yaitu:

5) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
6) Degann kedua tanga ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
7) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

8) Jika kita rapatlkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi leopold IV utuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan:

4) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
5) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul
6) Jika kedua divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

Menurut (Mochtar, 2011 : 41) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.19
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm:

Usia kehamilan (minggu)	**Tinggi fundus uteri (cm)**
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis

36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Mochtar, Rustam, 2011. *Sinopsis Obstetri.*Jakarta : EGC, Halaman 41.

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2010:100) dapat dilihat dalam tabel 2.13 sebagai berikut

Tabel 2.20
Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	**Usia kehamilan**
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ diatas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minngu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Stinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta, halaman 100

g. Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

TBJ = (TFU dalam cm - n) x 155 = ... gram

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

Tabel 2.21
TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

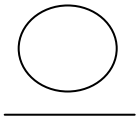
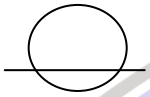
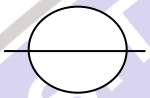
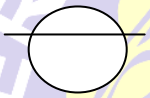
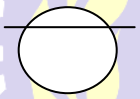
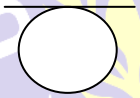
Usia Kehamilan (bulan)	**Berat Badan (gram)**
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2012. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta, halaman 89.

h. Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:44): Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan).

Tabel 2.22
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).

i. Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2010: 116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:188-189). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung

dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

4) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
5) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.
6) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

j. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

5) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 39).

6) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:79).

7) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008: 99).

8) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011 : 295). Kontrsi lemah, masih sedikit nyeri (merain), pengecilan rahimdalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011 : 65).

6. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008:54-46) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

a) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikositas vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

8) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi peting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

9) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

10) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.

11) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.

12) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala

serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

2. Pemeriksaan Panggul

Menurut Wiknjosastro (2005:44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, 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) Spira ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

(4) Sudut arcus pubis > 90°, bila kurang berarti ada kesempitan panggul

(5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

Bidan mulai memeriksa panggul wanita pada saat kunjungan antepartum pertama dan diulang kembali pada saat masuk waktu persalinan.pelvimetri klinis harus dilakukan dalam persalinan untuk mendeteksi kontraksi pelvis yang sesungguhnya, terkait dengan ukuran bayi dan untuk mengantisipasi terjadinya penundaan, penurunan dan rotasi (Varney Krebs,2007 : 797).

3. Pemeriksaan darah

1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hail pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb > 7 g% (Manuaba, 2012:239).

2) Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil ini penting dilakukan untuk mengetahui golongan darah pada ibu. Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil dilakukan pada awal kehamilan. Pemeriksaan golongan darah mempunyai berbagai manfaat dan mempersingkat waktu dalam identifikasi. Golongan darah penting untuk diketahui dalam hal kepentingan transfusi dan donor yang tepat (Azmielvita , 2009:).

3) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser *et al* (2009:255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

(d) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang

dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis gravidarum, kelaparan atau latihan fisik yang berlebihan.

(e) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

(f) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

4. *Ultrasonografi (USG)*

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Rustam Mochtar, 2011:45).

5. *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi*, atau *fetal activity acceleraction determination (FAD;FAAD).* Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190).

2. Diagnosa Kebidanan

$G_{..}P_{APIAH}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi,puka/puki, preskep, $H_{...}$, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu danjanin baik, inpartu :

1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*, 2007:718-719).

2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).

3) Kala II dengan kemungkinan masalah:

- Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:93)
- Infeksi (Wiknjosastro, 2008:93)
- Kram Tungkai (Varney*et al*, 2007:722)

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

P_{APIAH}Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:118):

d) Retensio plasenta

e) Avulsi tali pusat

f) Plasenta yang tertahan.

P_{APIAH}Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008 : 118)

d) Atonia uteri

e) Robekan vagina, perineum atau serviks

f) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

$G_{..}P_{APIAH}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, $H_{...}$, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

a) KU baik, kesadaran komposmentis
b) TTV dalam batas normal
   T: 100/60 – 130/90 mmHg
   S: 36 – 37^{o}C
   N: 80–100x/menit
   R: 16 – 24x/menit
c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit

h) Plasenta lahir spontan, lengkap

i) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-87):

a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalai proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perrasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

c) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada poisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cafa inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero

plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat peurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

d) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggu dan ketuban ⊕ maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban Θ ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban ⊕ pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehinggga persalinan akan terjadi terlalu cepat.

Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban Θ atau ⊕, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

e) Observasi TTV dan CHBPK

(8) DJJ setiap ½ jam

(9) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam

(10) Nadi setiap ½ jam

(11) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi

(12) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

(13) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

(14) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam. Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Blas yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

g) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Saifuddin (2007):

Kala II persalinan:

(15) Melihat tanda dan gejala persalinàn kala dua

(e) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran

(f) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina

(g) Perineum menonjol

(h) Vulva vagina dan sfingter ani membuka

(16) 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.

(17) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

(18) 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.

(19) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

(20) 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).

(21) 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, perieneum, 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. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangsn tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi)

(22) 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.

(23) 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

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

(25) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang

(26) nyaman sesuai dengan keinginannya.

(a) Menunggu hingga ibu mempunyai 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.

(27) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

(28) 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 semangan atas usaha ibu untuk meneran.

(c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya

(d) Manganjurkan 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.

(29) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 -6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

(30) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu

(31) Membuka partus set.

(32) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

(33) 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 unutk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

(34) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

(35) Memeriksa lilitan talu pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemuadian 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, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.

(36) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

(37) 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 hungga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

(38) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangam 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.

(39) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangannyang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

(40) 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

(41) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu -bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin /i.m

(42) 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

(43) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

(44) 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.

(45) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkna ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

(46) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

(47) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntuk.

(48) 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.

(49) Memindahkan klem pada tali pusat.

(50) 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 menstabilakn uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

(51) 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.

(52) 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.

(c) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 -10 c, dari vulva.

(d) Jika plasenya tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m
- Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kanding kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
- Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
- Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam wakti 30 menit sejak kelahiran bayi.

(53) 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 terpilin. Dengan lembut perlahah melahirkan selaput ketuban tersebut.

(54) 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.

(55) 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.

(56) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan sgera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

(57) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik

(58) Mencelupkan 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.

(59) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

(60) Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

(61) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

(62) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanha. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kerinh.

(63) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

(64) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

(f) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan

(g) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan

(h) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

(i) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri

(j) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

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

(66) Mengevaluasi kehilangan darah

(67) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selamam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan

(c) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

(d) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

(68) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

(69) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai

(70) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir,ndan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(71) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

(72) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

(73) Mencelupkan sarung tanganbkotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

(74) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

(75) Melengkapi partograf.

c) Masalah dalam Kala I :

Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan menganai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

k. Masalah nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan: Ibu merasa nyeri terhadap prosespersalinan

Kriteria:

c) Nyeri punggung berkurang

d) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalian dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(5) Pemberian kompres panas pada punggung

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

l. Masalah pada Kala II : Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

c) Nadi 76-100 x/menit

d) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Yeyeh (2008) :

(4) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(5) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(6) Segera rujuk ke fasilitas ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

m. Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital:

e) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

f) Suhu: 36-37,5

g) KU baik

h) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(5) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(6) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkatkan menyebabkan dehidrasi.

(7) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganngu síntesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

(8) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

n. Kram Tungkai (Varney*et al*,2007:722)

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria: Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

(5) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

(6) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi ynag dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(7) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

(8) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007tentang standar asuhan kebidanan).

o. Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

(1) Bayi menangis kuat

(2) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

1. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi

2. 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 di dalam ruangan yang relatif hangat.

3. *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4. Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

   R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial

5. Berikan salep mata

   R/ Salep mata sebagai profilaksis.

p. Masalah Pada Kala III : Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Kamariah (2014) :

(4) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

R/: Pemberian infus RL dapat menggantikan cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan

(5) lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(6) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

q. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

(5) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

(6) 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.

(7) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

(8) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

r. Masalah Pada Kala IV : Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi Mitayani (2009):

(6) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

(7) 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 Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

(8) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

(9) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan opersai dan transfusi darah.

(10) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

s. Robekan vagina, perineum atau serviks (Wiknjsastro, 2008:115)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

c) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

d) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

(4) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

(5) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(6) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(e) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(f) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(g) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

(h) Dampingi ibu ke tempat rujukan

4Penatalaksanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, 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. Dengan kriteria :

b. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spritual-kultural
c. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
d. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
e. Melibatkan klien/pasien
f. Menjaga privacy klien/pasien
g. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
h. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
i. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
j. Melakukan tindakan sesuai standar

k. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambunganuntuk 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/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi 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 masalah kebidanan

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.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas

mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

g. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
h. Dutulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
i. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
j. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
k. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
l. penatalaksanaan, adalah 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 diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

1. Pengkajian Data
   a. Data Subyektif
      1. Identitas
         a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012).

b) Umur

Dicatat dalm 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 terjadi perdarahan dalam masa nifas (Eny, 2008: 131).

c) Agama

Untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasan kesehatan pasien (Sulistyawati, 2012)

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny, 2008: 132).

e) Alamat

Alamat pasien dikaji untuk mempermudah kunjugan rumah bila diperlukan (Ambarwati dkk, 2009)

f) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012:122).

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

2. Keluhan utama

Dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini. Setelah persalinan keluhan yang akan dirasakan oleh ibu pasca persalinan adalah ibu mengalami masih mulas pada abdomen yang berlangsung sebentar, mirip sekali dengan mulas waktu periode menstruasi, keadaan ini disebut afterpaints, yang ditimbulkan oleh karena kontraksi uterus pada waktu mendorong gumpalan darah dan jaringan yang berkumpul di dalam uterus. Mulas demikian tadi berlangsung tidak lama dan bukan merupakan suatu masalah (Maryunani,2009).

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 pelu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati, 2009)

c) Riwayat Kesehatan

Data ini digunakan sebagai warning akan adanya penyulit saat persalinan (Sulistyawati, 2011).

4. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2006:128).

b) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum,

kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney *et al*, 2008:961).

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012:202).

c) Personal hygiene

Ibu nifas rentan sekali terkena infeksi, oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi, seperti: kebersihan pakaian, tempat tidur, pakian dalam dan lingkungan (Saleha, 2009)

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014:127).

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu

beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014:128).

5. Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Marmi (2015: 113-114), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu:

a) Fase *taking in*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Padda saat itu fokus perhatian ibu terutama padda dirinya sendiri. Pengalaman selama proses perrsalinan sering berulang diceritakanya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *taking hold*

Fase kedua masa nifas adalah phase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Padda ffase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa

tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena aat ini merupakan kesemapatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c) Fase leting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

6. Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010:122).

7. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

(1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.

(2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).

(3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).

(4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.

(5) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu.

(6) Wanita yang mengalami masa puerpurium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2012:201).

(7) Kebiasaan membuang susu jolong.

(8) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

b. Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

Kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012:114)

Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney *et al*, 2007:961).

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney *et al*, 2008:961).

c) Suhu

Suhu 38^0 C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis.* Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak diketemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:259).

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney *et al*, 2008:961).

2. Pemeriksaan fisik

a) 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 konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis (Sulistyawati,2009:123).

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014:124).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanan puting susu pada wanita menyusui (Varney *et al*, 2008:969).

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014:124).

Menurut Varney *et al* (2008:1064), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin

akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen *(rektus abdominis)*. Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

(4) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

(5) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tanagan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.

(6) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(7) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(8) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(9) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(10) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(11) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung–ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(12) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(13) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari

ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis= 2/5 jari rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

e) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney *et al*, 2008:969). Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014:124).

f) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012: 418).

3. Pemeriksaan penunjang

   Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli.* Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba,2012:239).

4. Terapi yang didapat

   Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiyatun (2009:129) yaitu :

   a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

   b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

2. Diagnosa Kebidanan

   P_{APIAH}, post partum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, involusio normal, lochea normal, KU baik (Varney *et al*, 2008: 959-960). Dengan kemungkinan masalah menurut Varney (2008:974-977) yaitu:

   1) Nyeri setelah lahir
   2) Keringat berlebih
   3) Nyeri perinium
   4) Konstipasi
   5) Masalah hemoroid

3. Perencanaan

Diagnosa : P_{APIAH}, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara

a. Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

a) Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012:114)

b) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

c) Tanda-tanda vital

T : 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5^{0}C R : 16-24x/menit

d) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) Asi dibedakan menjadi 3 stadium:

(1) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

(2) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(3) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

(4) Involusi uterus normal

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir 7 hari 14 hari 42 hari 56 hari	Sepusat Pertengahan pusat-simpisis Tidak teraba Sebesarhamil 2 minggu Normal

e) Lochea Normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012:201).

f) KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5^{0}C

Intervensi menurut Sofian (2012:89) :

a) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2006:123).

b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:377).

c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012:35)

d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012:89)

e) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

b. Masalah 1 : Gangguan eliminasi BAB sehubungan dengan cemas karena terdapat luka jahitan

Tujuan : Eliminasi terjadi secara normal dan lancer

Kriteria :

(a) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAB

(b) Tidak mengganggu aktivitas dan istirahat

(c) Ibu dapat BAB pada hari ke 2-3

(d) Ibu BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak

Intervensi

a) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

R/ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

b) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serta dan memperbanyak air putih

R/Makanan berserat dapat memperlancar BAB

c) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

R/dengan istirahat cukup obat-obat dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan sistem pencernaan

d) Berikan laksatif bila konstipasi parah

R/Laktasif dapat melunakkan feses sehingga feses bisa keluar.

c. Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas 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) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

d) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

e) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

d. Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:123-124), antara lain:

a) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain.*

b) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut

R/Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

c) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

e. Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:124), antara lain:

a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

c) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara saat menyusui.

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

d) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengakan dan nyeri yang dialami.

e) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

f) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

g) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen

R/Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

4. 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).

5. Evaluasi

   Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

   1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
   2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
   3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

      Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

   Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan Dengan kriteria:

   1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.

2) Dutulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif.

2.2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Pada langkah ini data yang dikumpulkan adalah subyektif dan data obyektif dari pasien. Bidan dapat mencatat hasil penemuan data dalam catatan harian sebelum di dokumentasikan (Rukiyah, 2011).

a. Data subyektif

1) Identitas bayi

a) Nama bayi

Digunakan untuk membedakan antar bayi yang satu dengan yang lain (Marmi, 2012)

b) Tanggal/jam/lahir

Untuk mengetahui usia neounatus (Sondakh, 2013)

c) Jenis kelamin

Untuk mengetahui jenis kelamin bayi tersebut (Sondakh, 2013)

d) Umur bayi

Untuk menginterpertasi apakah data pemeriksaan klinis bayi tersebut normal sesuai dengan umurnya (Matondang, 2013)

e) Alamat

Untuk memudahkan melakukan kunjugan rumah (Wildan, 2009)

2) Identitas orang tua menurut Saleha, 2009, identitas meliputi:

a) Nama

Digunakan untuk membedakan antara klien yang satu dengan yang lain

b) Umur

Untuk mengetahui umur masa reproduksi klien beresiko tinggi atau tidak

c) Agama

Untuk mengetahui bagaimana kita membeikan dukungan kepada ibu selama memberikan asuhan

d) Perkerjaan

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

e) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal

3) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006:180-199). Terjadi seborrhea,

milliariasis , muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rush* (Marmi, 2012:207-229).

4) Riwayat Kesehatan Bayi Baru Lahir

Yang penting dan perlu dikaji dalam riwayat kesehatan bayi baru lahir adalah

(1) Faktor Genetik

Meliputi riwayat defek structural metabolik dalam keluarga dan riwayat sindrom genetik (Varney *et al*, 2007 : 890)

(2) Faktor maternal

Meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isomunisasi (Muslihatun, 2010 : 30)

(3) Faktor Perinatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu pelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada.Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau.Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney *et al*, 2007:916).

(4) Faktor Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal.Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan.Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir.Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007:368).

(5) Faktor neonates

Bidan harus meninjau catatan perawat atau asisten pelahiran tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi bayi baru lahir setelah kelahiran antara lain mengisap, kemampuan untuk makan, kesadaran berkemih dan mengeluarkan mekonium (Varney *et al*, 2007 : 917).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Bayi biasanya menjadi lapar setiap 2-3 jam dan selama bulan pertama makanan (ASI) harus diberikan sekurang-kurangnnya setiap 4 jam (Ambarwati, 2010)

b) Eliminasi

(a) BAK

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/jam. Volume urin bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat (Muslihatun, 2010 : 44)

(b) BAB

Mekonium yang telah ada diusus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Feses pertama ini bewarna hijau kehitaman.lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke-3 minggu ke-5 kelahiran, feses menjadi bewarna kuing (Fraser, 2009:711)

6) Pola aktivitas dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu di antara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011 : 26).

7) Personal Hygiene

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370).

8) Riwayat psikososial

Sentuhan badan antara ibu dan bayi akan berpengaruh terhadap perkembangan psikologi bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi dan bayi akan mendapatkan rasa aman dan terlindungi dan ini merupakan dasar bagi terbentuknya rasa percaya bada diri anak (Marmi,2015:40). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhdap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser,2009:712). Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melaui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara bayi dan orang tua (Marmi, 2011:67).

b. Data Obyektif

Data obyektif adalah pendokumentasian hasil obsevasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/diagnose lain (Mufdillah, 2009)

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik (Nursalem, 2008)

b) Kesadaran

Untuk melihat tingkat kesaaran ibu meliputi composmetis, samnolen, apatis, delirium (Saifuddin, 2007)

c) Tanda-tanda Vital meliputi:

(1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit (marmi, 2014:8).

(2) Pernafasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010 : 31). Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010 : 31). Menghitung respirasi selama satu menit penuh sambil mengamati gerakan perut dan dada.Tingkat normal untuk respirasi adalah 40-60 napas / menit (CMNRP, 2013).

(3) Denyut Jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010 : 31). Bila > 160 kali per menit (trakikardia) merupakan tanda tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila < 100 kali per menit (brakikardia)

merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur, atau kekurangan O_2 (Kumalasari, 2015 : 218).

(4) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal $36,5^0$C sampai $37,5^0$C (Muslihatun, 2010 : 31)

d) APGAR SCORE

Tabel 2.22
Penilaian APGAR Score

Gejala	**0**	**1**	**2**
Denyut jantung janin	Tidak ada	<100 denyut/menit	>100 denyut/menit
Pernapasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, refleks baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada)	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber : (Manuaba dkk, 2010: 205)

2) Pemeriksaan *Antropometri*

a) Panjang badan

Panjang badan bayi baru lahir normalnya 48-52 cm (marmi, 2014:8)

b) Berat badan

Berat badan bayi baru lahir rata-rata adalah 2500 - 4000 gram (marmi.2014:8).

c) Lingkar Kepala

Ukuran kepala janin menurut Sumarah dkk (2008 : 38-39) :

(1) Diameter sub occipito bregmatika 9,5 cm

(2) Diameter occipitofrontalis jarak antara oksiput dan frontal, ± 12 cm

(3) Diameter vertikomrnto / supraoksipitomental / mento occipitalis ± 13,5 cm.

(4) Diameter submentobregmatika ± 9,5 cm

(5) Diameter biparetalis 9,5 cm

(6) Diameter bitemporalis ± 8 cm

(7) Cirkumferensial fronto occipitalis ± 34 cm

(8) Cirkumferensial mento occipitalis ± 35 cm

(9) Cirkumferensial sub occipito bregmatika ± 32 cm

d) Lingkar Dada 30 – 33 cm (Muslihatun, 2010 : 30)

e) Lingkar lengan 11-12 cm (Dewi, dkk. 2010:2)

3) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, rambut meliputi : jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010 :33).

(2) Wajah

Wajah harus tampak simetris.Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diuntrauteri.Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom doun atau sindrom piere robin.Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi N fasialis (marmi, 2014:56).

(3) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010 : 33). Tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009 : 137).

(4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

(5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007:370).

(6) Telinga

Telinga harua menempel peda titik garis horizontal dari kantus luar mata.Kartilsgo karus keras dan berkambang baik.Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007:370).

(7) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012 : 58).

(8) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015 : 220).

(9) Tangan

Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah, kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya rusakan neurologis atau fraktur.

Periksa jumlah jari perhatikan adanya *polidaktili* atau *sindaktili* (Kumalasari, 2015 : 220).

(10) Dada

(a) Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas, apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan

(b) Pada bayi cukup bulan, putting susu cepat terbentuk dengan baik dan tamoak simetris

(c) Payudara tampak membesar tapi ini normal (marmi, 2014:58)

(11) Aksila

Nodus kecil dapat terlihat pada beberapa neonatus sehat.Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007:371).

(12) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2006:33–34).Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas.Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012:58).

(13) Punggung

Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009 : 137).

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup.Jika ada pembengkakan, lesung atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser, 2009:715).

(14) Genetalia

Pada bayi laki-laki testis berada pada skrotum atau penis berlubang. Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang, dan terdapat labia naora serta labia mayora (Dewi, 2011 : 25).

(15) Anus

Berlubang/tidak , posisi , fungsi sfingter ani adanya atresia ani, *meconium plug syndrome*, megacolon (Muslihatun, 2010 : 34). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012:59).

(16) Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk simetris/tidak, jumlah jari, pergerakan, pes equinovarus / pes equinovalgus (Muslihatun, 2010 : 34).

(17) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum.Tungkai harus simetris, terdapat 10 jari, telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan.Sendiktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari dan polidaktili menunjukkan jari ekstra.Kuku jari harus ada pada setiap jari dan pada bayi aterm,

kuku ini meluas sampai ujung jari. Bayi normal lahir dengan refleks menggenggam yang kuat, dan ekstremitas atas difleksikan satu sama lain dengan tonus baik ketika bayi dalam status terjaga tenang (Walsh, 2007:370-371).Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila disentuh, dan pembengkakan (Muslihatun, 2010 :32).

4) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf.Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney dkk, 2007:923).

(1) Refleks Kedipan (*glabelar reflex*)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optic (Dewi, 2011 : 25)

(2) Refleks Mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013:330).

(3) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008:134).

(4) *Tonick neck reflex*

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstermitas terekstensi pada sisi kepala yang di putar, tetapi ekstermitas pada sisi lain fleksi. Pada

keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf asesori (Dewi, 2011 : 25-26).

(5) 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).

(6) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi (Indrayani, 2013:332).

(7) *Grasping reflex*

Normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada palmar yang ditekan dengan kuat (Dewi, 2011 : 26).

(8) *Walking reflex*

Bayi akan menunjukan respons berupa gerakan berjalan dan kaki akan bergantian dari fleksi ke ekstensi (Dewi , 2011 : 26)

(9) *Babinsky reflex*

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013:332).

5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium menurut Muslihatun (2010 : 35)

(1) Nilai laboratorium darah neonatus normal

Hemoglobin 14 – 22 g/dl (kadar Hb-F tinggi, menurun dengan pertambahan usia), hematokrit 43- 63%, eritrosit 4,2 – 6 juta/mm^3, retikulosit 3 – 7 %, leukosit 5000-30.000/mm^3, jika ada infeksi </mm^3, trombosit : 150.000-350.000/mm^3, volume darah 85 cc/kgBB

(2) Nilai laboratorium cairan otak neonatus normal

Warna 90-94% xantochrome (kekuning-kuningan jernih), Nonne/pandy (+) usia diatas 3 bulan harus sudah negative, protein 200-220 mg/dl, glukosa 70-80 mg/gl, eritrosit 1000-2000/LPB, leukosit 10-20/LPB menunjukkan fungsi BBB(blood-brain barrier) masih belum sempurna.

2. Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rush* (Marmi, 2012 : 207-229).

3. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik

a) Tujuan :

Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi

b) Kriteria :

(1) Keadaan umum baik

(2) TTV normal menurut Kumalasari (2015 : 218) adalah:

S : 36,5-37,2 ^{o}C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

(3) Bayi menyusu kuat

(4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

c) Intervensi adalah:

(1) Keringkan dan dibungkus dengan kain kering

R/ untuk mencegah terjadinya hipotermia (Dewi, 2011 : 4)

(2) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus (Prawirohardjo, 2014 : 370)

(3) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(4) 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*, 2007:885).

(5) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008:129).

(6) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 ^{o}C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi (Indrayani, 2013:329).

a. Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan poglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Ladewig (2006:180)

Kadar glukosa dalam darah $\geq$ 45 mg/dL, tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi menurut Ladewig (2006:181-182) adalah:

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.

b. Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

a) Suhu normal bayi 36,5 - 37, 5^0C

b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh bayi teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema

Intervensi (Saifuddin, 2009:373):

a) Hangatkan bayi di dalam incubator atau melalui penyinaran lampu atau menggunakan metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu)

R/ bayi yang mengalami hipotermi mudah sekali meninggal sehingga harus menghangatkan bayi di dalam incubator atau penyinaran lampu. Metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu) agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat (Saifuddin, 2009 : 374).

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.

c. Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi.

Kriteria menurut Ladewig (2006:199) adalah:

1) Kadar bilirubin serum $\leq$ 12,9 mg/dL

2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi menurut Ladewig (2006:200-201) antara lain:

1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

   R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

   R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

3) 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 (Varney *et al*, 2007:943).

4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

   R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

d. Masalah IV : Sebhorrea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala
2) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223) :

1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

   R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar
2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

   R/Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.
3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

   R/Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.
4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

   R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

e. Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria :Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisicairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229)

1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

   R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

   R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dauhulu.

   R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4) Kenakan pakaian katun untuk bayi

   R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

   R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

f. Masalah VI : Muntah dan gumoh

   Tujuan :Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

   Kriteria :

1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
2) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

   R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.
2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

   R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

g. Masalah VII : *Oral trush*

   Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

   Kriteria :Mulut bayi tampak bersih

   Intervensi menurut Muslihatun (2010 : 104) :

1) 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 (Marmi, 2012).
2) Olesi bercak *trush* dalam mulut bayi dengan larutan nistalin oral atau Gentian Violet 0,25-0,5% sampai empat kali sehari.
3) 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 trush.

h. Masalah VIII : *Diaper rush*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rush*

Kriteria :Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012: 215) :

1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantungatau menggelembung ganti dengan yang baru.

   R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

   R/Mencegah timbulnya *diaper rush*.

3) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

   R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran.Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

   R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

4. 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).

5. Evaluasi

Mengevaluasi kefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektuf (Muslihatun, 2010 : 258)

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis 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 masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan sntisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evalusasi/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.

2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengkajian Data

a. Data subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2010:159).

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 : 356).

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2010:592).

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2006:18).

e) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjugan rumah bila dipelukan (Ambarwati, 2010 : 365)

2) Keluhan utama

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

3) Riwayat kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2013:45, 49, 52).

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, 2012:36).

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013:U-53).

d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu

diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014:275).

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin(Saifuddin, 2013:70).

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 (Saifuddin, 2013:68). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus

segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010:54). Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010:129). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu.Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertiltasnya lebih lama.Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2013:51). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2010:MK-77). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:7).

c) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168). 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, 2015:209).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015:171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 201:124).

c) Istiarahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:35).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:42).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015:123). Ibu yang

menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010:55).

b. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Saifuddin, 2010:43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, dkk.2009:657).

b) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama.Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas.Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015:171).

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 kemeahan, 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, membran timpani (Cuningham, 2013)

b) Leher

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

c) Dada

(1) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat (Varney, 2007)

(2) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru, gagal jantung, hipolalbuminemia (Manuaba, 2007)

(3) Mamae

Ada pembesaran/tidak, ada tumor/tidak, simetris/tidak, areola hiperpegmentasi/tidak (Sarwono, 2006)

d) Abdomen

Untuk mengetahui apakah ada strie, kontraksi uterus, bekas luka jahitan (Sulistyawati, 2009)

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 hemorroid/tidak, adanya varises/tidak (Hartanto, 2008)

g) Ekstrimitas

Untuk mengetahui adanya oedema/tidak, varises/tidak, reflek pattela positif/negatif betis merah lembek/tidak (Nina, 2013)

c. Pemeriksaan penunjang

Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium dan penunjgan lain (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, *amenorhea*, 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.

1) Tujuan

a. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.

b. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

c. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

2) Kriteria

a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

b. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

c. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

(1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

(2) 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.

(3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

(4) Bantulah klien menentukan pilihannnya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

(5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

(6) 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.

(7) 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*

a. Tujuan

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

b. Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) :

(1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

(2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

(3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Pengguanaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2) Masalah 2 : Pusing

a. Tujuan : pusing dapat teratasi

Kriteria : mengerti efek samping dari KB hormonal

b. Intervensi menurut Mochtar (2008) :

(1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

(2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(3) 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*

a. Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

b. Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

c. Intervensi menurut Maritalia (2012) adalah:

(1) 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*.

4) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

a. Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

b. Kriteria :Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

c. Intervensi menurut Saifuddin (2010:79) :

(1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

(2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

(3) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

4. 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).

5. Evaluasi

Mengevaluasi kefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektuf (Muslihatun, 2010 : 258)

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam

medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis 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 masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan sntisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evalusasi/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.