BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana (KB)

2.1.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari spermatozoa dan *ovum* dilamjutkan dengan *nidasi* atau *implementasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2008).

Kehamilan yaitu pertumbuhan dan perkembangan dari *intrauterin* mulai sejak *konsepsi* sampai permulaan persalinan. Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari induk telur (*ovulasi*) yang ditangkap oleh umbai-umbai (*fimbrae*) dan masuk kedalam sel telur. Saat melakukan hubungan seksual, cairan sperma masuk ke dalam vagina dan berjuta-juta sel sperma bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke dalam sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasa terjadi dibagian yang mengembang dari *tuba falopii.* Pada sekeliling sel telur banyak berkumpul sperma kemudian pada tempat yang paling mudah untuk dimasuki, masuklah

satu sel sperma dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut *fertilisasi*. Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sambil bergerak oleh rambut getar tuba menuju ruang rahim kemudian melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarang diruang rahim, Peristiwa ini disebut *nidasi (implantasi).* Dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira-kira 6-7 hari (Restyana, 2012 dalam Sumarmi, 2015).

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan atau (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya. (Kamariyah dkk, 2014).

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda persumtif kehamilan

1) Amenore

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 muntah

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

3) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

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

4) Pingsan atau sinkope

Bila berada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Prawirohardjo, 2008).

5) Payudara tegang

Disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara (Kuswanti, 2014).

6) Anoreksia Nervousa

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tetapi setelah itu nafsu makan muncul kembali (Marjadi dkk, 2010).

7) Sering kencing (miksi)

Keadaan ini terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua, umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing. (Nugroho dkk, 2014).

8) Konstipasi/Obstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan buang air besar (Prawirohardjo, 2008).

b. Tanda kemungkinan hamil

1) Perut membesar

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

2) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dalam rahim.

3) Tanda Hegar

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

4) Tanda Chadwick

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

5) Tanda Piscaseck

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

6) Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang (Braxton hicks)

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi.

7) Teraba ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin). (Kuswanti, 2014)

c. Tanda pasti kehamilan

1) Gerakan janin dalam rahim

2) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.

3) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat dopler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

(Manuaba, 2012).

3. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi dua yaitu kehamilan menurut lamanya dan kehamilan dari tuanya. Kehamilan ditinjau dari lamanya, kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Kehamilan *premature*, yaitu kehamilan antara 28-36 minggu.

b. Kehamilan *mature*, yaitu kehamilan antara 37-42 minggu.

c. Kehamilan *postmature*, yaitu kehamilan lebih dari 43 minggu.

Sedangkan kehamilan ditinjau dari tuanya kehamilan dibagi menjadi 3 pula yaitu:

a. Kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu), di mana dalam triwulan pertama alat-alat mulai terbentuk.
b. Kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu), di mana dalam triwulan kedua alat-alat telah terbentuk tetapi belum sempurna dan viabilitas janin masih disangsikan.

Kehamilan triwulan terakhir (antara 28 sampai 40 minggu), di mana janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah *viable* (dapat hidup) (Kuswanti, 2014).

4. Proses Kehamilan

a. Ovum (sel telur)

Ovum merupakan sel terbesar pada badan manusia. Proses pembentukan ovum disebut oogenesis, proses ini berlangsung di dalam ovarium (indung telur). Pembentukan sel telur pada manusia dimulai sejak di dalam kandungan, yaitu di dalam ovari fetus perempuan.

Saat ovulasi, ovum keluar dari folikel ovarium yang pecah. Ovum tidak dapat berjalan sendiri. Kadar estrogen yang tinggi meningkatkan gerakan tuba uterine, sehingga silia tuba dapat menangkap ovum dan menggerakkannya sepanjang tuba menuju rongga rahim. Pada waktu ovulasi

sel telur yang telah masak dilepaskan dari ovarium. Dengan gerakan menyapu oleh fimbria tuba uterine, ia ditangkap oleh infundibulum. Selanjutnya masuk ke dalam ampula sebagai hasil gerakan silia dan konsentrasi otot. Ovum biasanya dibuahi dalam 12 jam setelah ovulasi dan akan mati dalam 12 jam bila tidak segera dibuahi. Hormon-hormon yang berperan dalam oogenesis antara lain pada wanita usia reproduksi terjadi siklus menstruasi oleh aktifnya hipothalamus-hipofisis-ovarium. Hipothalamus menghasilkan hormon GnRH (gonadotropin releasing hormone) yang menstimulasi hipofisis mensekresi hormon FSH (follicle stimulating hormone) dan LH (lutinuezing hormone). FSH dan LH menyebabkan serangkaian proses di ovarium sehingga terjadi sekresi hormon estrogen dan progesteron. LH merangsang korpus luteum untuk menghasilkan hormon progesteron dan merangsang ovulasi. Sedangkan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dapat menstimulasi (positif feedback, pada fase folikuler) maupun menghambat (inhibitory/negatif feedbackpada saat fase luteal) sekresi FSH dan LH di hipofisis atau GnRH di hipotalamus.

(Kuswanti, 2014).

b. Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks. Spermatoganium berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa.

Pertumbuhan spermatozoa dipengaruhi matarantai hormonal yang kompleks dari pancaindera, hipotalamus, hipofisis dan sel interstitial leydig sehingga spermatogonium dapat mengalami proses mitosis. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc. bentuk spermatozoa seperti cebong yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (penjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energy bergerak).

Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tubafallopi. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genetalia wanita yang dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.

(Manuaba, 2010)

c. Pembuahan (fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu proses pertemuan atau penyatuan antara sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di tuba fallopi, umumnya terjadi di ampula tuba, pada hari ke-11 sampai ke-14 dalam siklus menstruasi. Saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Ovum yang akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Kadar estrogen yang tinggi mengakibatkan meningkatnya gerakan silia tuba untuk dapat menangkap ovum dan menggerakkannya sepanjang tuba. Setelah menyatunya oosit dan membran sel sperma akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 kromosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki) (Kuswanti, 2014).

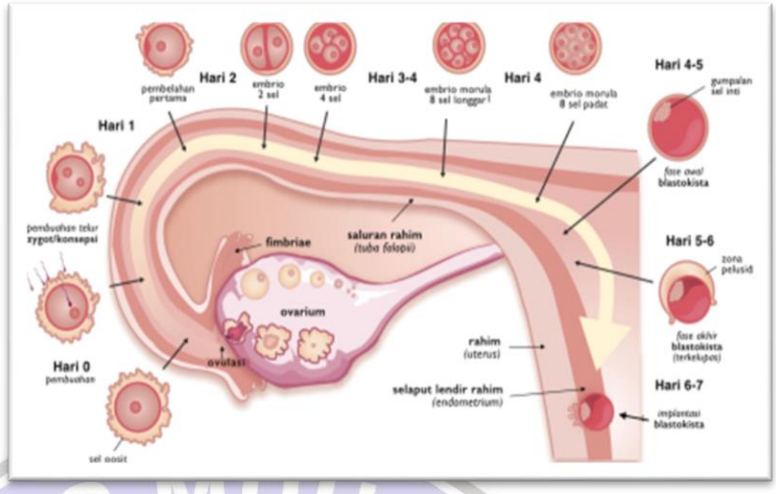
Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot selama tiga hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini tetap digerakkan kearah rongga rahim oleh arus dan getaran rambut getar (silia) serta kontraksi tuba. Hasil konsepsi tuba dalam kavum uteri pada tingkat Blastula (Pantikawati dkk, 2010).

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 meletakkan 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).



Gambar 2.1
Proses Implantasi dan Nidasi

Sumber : Witjaksono J. 2015

e. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi.

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, tofoblas invasif telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus introfoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviler dimana vili korialis seolah-olah terapung-apung diantara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta.

Tiga minggu pascafertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan mulai pembentukan vili korialis. Sirkulaksi darah janin ini berakhir di lengkung kapilar (*capillary loops*) di dalam vili korialis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Vili korialis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta.

Lapisan desidua yang meliputi hasil konsepsi kearah kavum uteri disebut desidua kapsularis, yang terletak antara hasil konsepsi dan dinding uterus disebut desidua basalis, disitu plasenta akan dibentuk. Desidua yang meliputi dinding uterus yang lain adalah desidua parietalis. Hasil konsepsi sendiri diselubungi jonjot-jonjot yang dinamakan vili korialis dan berpangkal pada korion. Sel-sel fibrolas mesodermal tumbuh disekitar embrio dan melapisi pula sebelah trofoblas. Dengan demikian, terbentuk *chorionic membrane* yang kelak menjadi korion. Selain itu, vili korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh dan bercabang-cabang dengan baik, di sini korion disebut korion frondosum.

Yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan, karena hasil konsepsi

bertumbuh kearah cavum uteri sehingga lambat laun menghilang, korion yang gundul disebut korion leave.

Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion. Plasenta yang demikian dinamakan plasenta jenis hemokorial. Di sini 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 fibronoid yang disebut lapisan nitabuch. Ketika proses melahirkan plasenta terlepas dari endometrium pada lapisan nitabuch ini.

(Prawirohardjo, 2008).

5. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan

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 endometrium menjadi desidua. Jika penambahan

ukura TFU per tiga jari, dapat dicermati dalam table berikut ini.

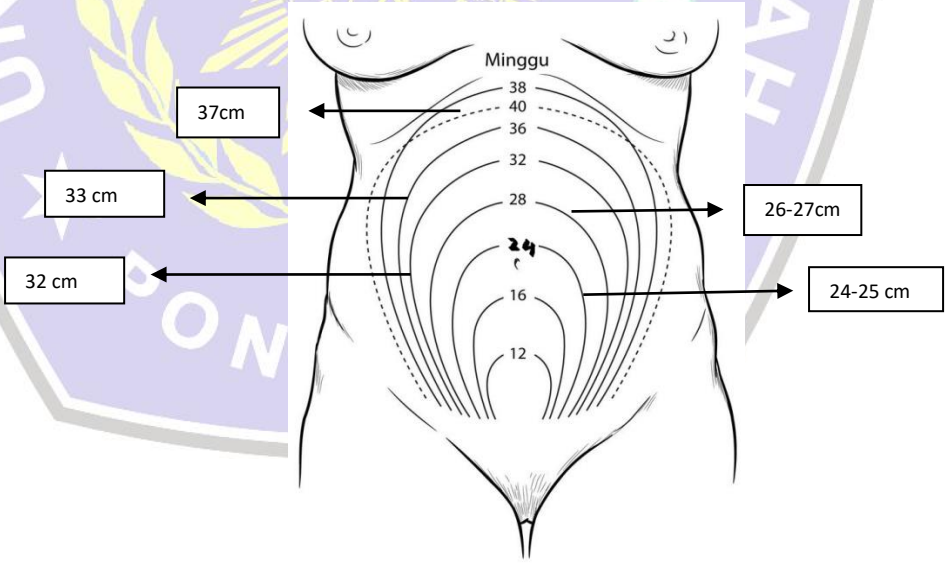
(Sulistyawati, 2011).

Tabel 2.1

Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

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

Sumber : (Sulistyawati, 2010)



Gambar 2.2
Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Umur Kehamilan

Sumber : Wiknjosastro, 2009.

2) Berat

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

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).

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).

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).

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).

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).

6. Kebutuhan Pada Masa Kehamilan

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.

2) Protein

a) Untuk metabolisme

b) Pertumbuhan janin

c) Pertumbuhan uterus dan payudara

d) Penambahan volume darah : TM I 1g/bb, TM II 1,5 g/bb, TM III 2 g/bb

(Dewi, 2011)

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).

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).

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).

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).

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).

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 globulin 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 kuat 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).

Ibu dianjurkan untuk meminta imunisasi Tetanus Toksoid (TT) kepada petugas. Imunisasi ini mencegah tetanus pada bayi. Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulaan

berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan) (Kuswanti, 2014).

g. Personal hygine

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

7. Perkembangaan Janin Di Dalam Uterus

a. Trimester pertama (minggu 0 -12)

Dalam fase ini ada tiga periode penting pertumbuhan mulai dari periode germinal sampai periode terbentuknya janin.

1) Periode germinal (minggu 0-3). Proses pembuahan telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke-2 dari hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah dibuahi sperma bergerak dari tuba fallopi dan menempel ke dinding uerus (endometrium).

2) Periode embrionik (minggu 3-8). Proses dimana sistem saraf pusat, organ-organ utama dan struktur anatomi mulai terbentuk seperti mata, mulut dan lidah mulai terbentuk, sedangkan hati mulai memproduksi sel darah. Janin mulai berubah dari blastostosit menjadi embrio berukuran 1,3 cm dengan kepala yang besar.
3) Periode fetus (minggu 9-12). Periode di mana semua organ penting terus bertumbuh dengan cepat dan saling berkaitan dan aktivitas otak sangat tinggi.

b. Trimester kedua (minggu 12-24)

Pada trimester kedua ini terjadi peningkatan perkembangan janin. Pada minggu ke-18 kita bisa melakukan pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) untuk mengecek kesempurnaan janin, posisi plasenta dan kemungkinan bayi kembar. Jaringan kuku, kulit, serta rambut berkembang dan mengeras pada minggu ke-20 dan ke-21. Indra penglihatan dan pendengaran janin mulai berfungsi. Kelopak mata sudah dapat membuka dan menutup. Janin (fetus) mulai tampak sebagai sosok manusia dengan panjang 30 cm.

c. Trimester ketiga (minggu 24-40)

Pada trimester ini semua organ tubuh tumbuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi seperti menendang atau menonjok, serta dia sudah memiliki periode tidur dan bangun. Masa tidurnya jauh lebih lama dibandingkan masa bangun. Paru-paru berkembang pesat menjadi sempurna. Pada bulan ke-9, janin mengambil posisi kepala di bawah dan siap untuk dilahirkan. Berat bayi lahir berkisar antara 3-3,5 kg dengan panjang 50 cm.

(Kamariyan dkk, 2014).

Tabel 2.2

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)

8. Persiapan Persalinan

a. Persiapan Fisik

Proses persalinan adalah proses yang banyak melelahkan, untuk itu perlunya dilakukan persiapan fisik semenjak kehamilan memasuki bulan ke 8 kehamilan, hal ini disebabkan persalinan bisa terjadi kapan saja. Persiapan fisik berkaitan dengan masalah kondisi kesehatan ibu, dimana ibu perlu menyiapkan kondisi fisik sebelum hamil. Ibu memahami berupa adanya perubahan fisiologi sebelum terjadi persalinan kira-kira 2 minggu, dimana ibu akan lebih mudah bernafas karena fundus uteri agak menurun berhubung kepala janin mulai masuk ke dalam pintu atas pinggul (PAP), Ibu akan sering buang air kecil (BAK) karena turunnya kepala janin ke dalam PAP yang menekan vesika urinaria serta ibu merasakan adanya gambaran his palsu yaitu kadang-kadang perut mengejang.

Makan makanan bergizi dan minum yang cukup banyak, serta tetap melakukan aktivitas seperti berjalan pagi, atau kegiatan rumah lainnya (untuk yang bekerja dipastikan sudah cuti), dan tetap istirahat yang cukup. Hal tersebut di atas dimaksudkan bahwa dengan aktivitas, istirahat dan gizi yang baik, energi dan tenaga untuk menghadapi persalinan nanti diharapkan cukup baik, dan

dapat membantu prosesnya agar lancar dan cepat, ibu juga tidak anemia dan mengalami lemas kehabisan energi, karena proses persalinan bisa berbeda-beda waktunya pada setiap orang, ada yang lama, ada yang cepat, dan umumnya melelahkan.

(Isnandi. 2009).

Zat gizi berperan vital dalam pertumbuhan janin. Selama kehamilan, metabolisme energi meningkat akibat perubahan sistem tubuh dan perkembangan janin. Oleh karena itu, kebutuhan akan energi dan zat gizi harus ditingkatkan. Kebutuhan-kebutuhan zat gizi tersebut harus memenuhi (Anonim, 2008) :

1) Kalori

Selama trimester kedua dan ketiga kehamilan membutuhkan 300 kalori per hari. Walaupun peningkatan ini tidak digunakan dalam trimester pertama, bukan berarti keseimbangan nutrisi tidak penting. Kalori tambahan ini diperlukan agar berat badan meningkat (total 12 hingga 16 kg selama hamil). Hal ini sangat diperlukan untuk menghasilkan berat badan bayi yang cukup saat dilahirkan. Sebaiknya pada trimester pertama, pertambahan bobot hanya 0, 5 kg setiap bulannya. Sedangkan pada trimester kedua, 0, 5

kg setiap minggunya. Sedangkan di trimester terakhir (bulan ke- 9), hanya boleh 0, 5 hingga 1 kg. Kalori bisa dapatkan dengan mengkonsumsi kacang-kacangan, buah, sereal, beras merah, sayur, kentang.

2) Protein

Protein sangat diperlukan untuk membangun, memperbaiki, dan mengganti jaringan tubuh. Ibu hamil memerlukan tambahan nutrisi ini agar pertumbuhan janin optimal. Protein bisa dapatkan dengan mengkonsumsi tahu, tempe, daging, ayam, ikan, susu, dan telur.

3) Kalsium

Penelitian menunjukkan bahwa janin memerlukan 13 mg kalsium dari darah ibu. Janin memerlukan kalsium untuk pertumbuhan tulang dan giginya. Jika jumlah kalsium yang didapatkan kurang, maka akan diambil dari tulang. Akibatnya dapat mengalami pelunakan tulang (osteomalasia). Kalsium bisa didapatkan dengan mengkonsumsi produk susu, tahu, brokoli, kacang-kacangan.

4) Zat besi

Kekurangan zat besi akan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan janin menjadi

terhambat. Kekurangan zat besi dapat meningkatkan resiko cacat (mortalitas) pada ibu dan janin. Karena kebutuhan zat besi sulit dipenuhi dari diet pola makan, maka terkadang pemakaian suplemen disarankan. Zat besi bisa didapatkan dengan mengkonsumsi bayam, daging merah, hati, ikan, unggas, kerang, telur, kedelai.

5) Asam folat (vitamin B)

Asam folat yang dikonsumsi sejak masa pembuahan dan awal kehamilan mampu mencegah cacat lahir pada otak dan tulang belakang. Penelitian menunjukkan resiko kelainan tulang belakang (*spina bifida*) dan kelainan ronggga otak (*anensefali*) menurun hingga 50%. Sangat disarankan untuk mendapatkan 400 mg asam folat per hari. Asam folat bisa didapatkan dengan mengkonsumsi jus jeruk bayam, oatmeal, brokoli, stoberi, dan roti.

6) Cairan

Cairan diperlukan untuk meningkatkan volume darah dan air ketubah. Minum setidaknya 8 hingga 10 gelas setiap harinya. Mengurangi asupan cairan tidak akan mengurangi bengkak yang dialami. Namun dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal. Konsumsi cairan

yang terbaik adalah air putih, selain itu juga dapat mengkonsumsi sup, jus, dan teh.

7) Garam

Garam dapat membantu mengatur air dalam darah. Kebutuhan tubuh akan garam sedikit, sekitar 2000 hingga 8000 mg per hari. Beberapa ibu yang terkena darah tinggi atau *preeklamsia* bahkan tidak memerlukan tambahan akan konsumsi garam. Selain hal di atas ibu perlu memahami gambaran jelas dan sistemis tentang jalannya persalinan, mengetahui teknik mengedan dan bernafas yang baik, harus menjaga kebersihan badan dan kesesuaian pakaian. Persiapan fisik berupa kebersihan badan menjelang persalinan karena bermanfaat jika dengan mandi dan membersihkan badan akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan dan dapat mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan. Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.

Persiapan fisik lain yang perlu diperhatikan adalah dengan melakukan olah raga misalnya senam hamil, karena seorang perempuan memerlukan fisik yang fit untuk melahirkan. Kondisi fit ini ada hubungannya juga

dengan ada atau tidaknya penyakit berat yang diidap oleh calon ibu. Jika ditemukan riwayat darah tinggi atau asma berat, misalnya, berarti tidak bisa dilakukan persalinan normal. Sehingga sejak awal kehamilan, sudah harus direncanakan kelahiran dengan operasi (Iskandar, 2007).

Senam hamil ini hanya bisa dilakukan ketika kandungan berusia 22-36 minggu. Namun, yang perlu diperhatikan, tidak semua kondisi ibu hamil dapat melakukan *treatment* ini, sehingga disarankan melakukan konsultasi terlebih dahulu dengan dokter pendamping kandungan. Ada dua tipe kondisi wanita yang tidak bisa melakukan senam hamil, yaitu yang bersifat relatif (riwayat kebidanan jelek, janin kembar, menderita diabetes, letak bayi sungsang). Sementara yang bersifat mutlak tidak boleh dilakukan senam hamil adalah (menderita penyakit jantung, hipertensi, resiko kalahiran prematur). Latihan senam ini harus dihentikan jika terjadi keluhan nyeri di bagian dada, nyeri kepala, dan nyeri persendian, kontraksi rahim yang sering, keluar cairan, denyut jantung meningkat > 140/menit, kesulitan untuk berjalan, dan mual, serta muntah yang menetap. Senam hamil dibagi menjadi

empat tahap berdasarkan usia kandungan. Tahap pertama (usia kehamilan 22-25 minggu), tahap kedua (usia kehamilan 26-30 minggu), tahap ketiga (31-35 minggu) dan tahap keempat (36-melahirkan) (Indarti, 2008).

Berikut adalah gerakangerakan untuk senam hamil :

a) Ambil posisi berdiri di atas matras, kedua tangan di samping badan. Kemudian angkat kedua tangan ke atas kepala sambil menarik nafas dari hidung. Kemudian buang nafas lewat mulut sambil menurunkan kedua tangan.
b) Ambil posisi duduk di atas matras, kedua kaki diluruskan. Berat badan bertumpu pada kedua tangan. Kemudian sambil tarik napas dorong dan tarik telapak kaki secara bergantian.
c) Masih tetap dalam posisi yang sama, gerakkan kedua telapak kaki secara bersamaan, ke arah depan dan belakang secara bergantian disertai dengan tarik dan buang nafas.
d) Tetap dalam posisi yang sama, buka kaki selebar paha, kemudian tarik telapak kaki ke arah luar secara bersamaan, kemudian tarik ke dalam secara bersama pula.

e) Ambil posisi duduk sila, kemudian putar kepala, empat hitungan pertama tarik nafas dan empat hitungan kemudian buang nafas.

f) Lalu ambil posisi berbaring, letakkan kedua tangan di samping tubuh, posisi kedua kaki di tekuk, lalu tarik napas sambil mengangkat kaki hingga membentuk sudut 90 derajat, lalu hembuskan napas sambil mengembalikan posisi kaki seperti semula.

g) Tetap dalam posisi duduk dan kaki tertekuk, kemudian sambil menarik napas, angkat pantat, tahan beberapa lama, kemudian hembuskan napas sambil menurunkan pantat.

h) Setelah itu, ambil posisi telentang, lalu tegangkan seluruh otot tubuh, genggam tangan, tarik telapak kaki hingga lurus, pejamkan mata, katupkan otot dubur, kemudian relakskan otot-otot tersebut denga cara membuka telapak tangan dan mata, dan telapak kaki kondisi normal, ulangi secara bergantian.

i) Untuk relaksasi, ambil posisi berbaring miring ke kiri, kaki kanan di depan, lalu tangan kiri di belakang dan tangan kanan berada di depan muka

(seperti posisi orang berbaring). Buat tubuh serileks mungkin.

Persiapan fisik yang lain adalah rutinitas dalam memeriksakan kehamilan ke petugas kesehatan. Setiap trimester masa kehamilan memiliki proses tersendiri. Karena itu, penting bagi ibu hamil mengetahui pertanyaan apa saja yang tepat diajukan setiap kali berkonsultasi ke dokter berkaitan dengan kondisi kehamilannya.

Bagi ibu yang baru pertama kali hamil, umumnya baru bisa merasakan gerakan janin di sekitar usia kehamilan 18 minggu. Bagi yang sudah pernah hamil, akan terasa lebih awal, misalnya usia 16 minggu. Gerakan janin pada awalnya hanya berupa getaran kecil. Ibu hamil trimester 1 dan 2 dianjurkan dapat memeriksakan kehamilannya setiap satu bulan sekali, dan untuk trimester 3 dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya 2 minggu sekali.

(Sjafriani, 2007).

b. Persiapan psikologis

Persiapan pada ibu primigravida umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya saat persalinan

terjadi. Salah satu yang harus dipersiapkan ibu menjelang persalinan yaitu hindari kepanikan dan ketakutan dan bersikap tenang, dimana ibu hamil dapat melalui saatsaat persalinan dengan baik dan lebih siap serta meminta dukungan dari orang-orang terdekat, perhatian dan kasih sayang tentu akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan. Keluarga baik dari orang tua maupun suami merupakan bagian terdekat bagi calon ibu yang dapat memberikan pertimbangan serta bantuan sehingga bagi ibu yang akan melahirkan merupakan motivasi tersendiri sehingga lebih tabah dan lebih siap dalam menghadapi persalinan (Sjafriani, 2007).

Dalam mengatasi perasaan takut dalam persalinan, ibu dapat mengatasinya dengan meminta keluarga atau suami untuk memberikan sentuhan kasih sayang, meyakinkan ibu bahwa persalinan dapat berjalan lancar, mengikutsertakan keluarga untuk memberikan dorongan moril, cepat tanggap terhadap keluhan ibu/keluarga serta memberikan bimbingan untuk berdo'a sesuai agama dan keyakinan.

Hal lain yang perlu diperhatikan oleh para ibu primigravida ini adalah dengan cara mencari pengetahuan seluas-luasnya tentang masalah kehamilan dan persalinan

dengan membaca buku atau hal-hal lain yang berkaitan dengan masalah kehamilan serta konsultasi kepada petugas kesehatan. Perasaan cemas pada ibu hamil bisa berdampak pada janin, untuk itu perlu adanya stimulus dari untuk menentramkan hati ibu. Hal yang dapat dilakukan adalah dengan cara mendengarkan musik. Musik telah dipakai sebagai media pengobatan sejak tahun 550 Sebelum Masehi, dan dikembangkan Pithagoras dari Yunani. Konsep musik ini diterapkan bersama oleh pakar musik Peter Huebner dan komposer-komposer musik klasik Jerman, dalam bentuk musik terapi-medisresonansi atau istilah asingnya *Medical Resonance Therapy Music*, disingkat MRT-M. Daya pengobatan MRT-M ini membawa dampak positif pada ibu hamil, baik yang sehat maupun dengan gangguan. Penurunan angka kelahiran prematur merupakan salah satu pengaruh efek pengobatan musik tersebut.

(Umi, 2009).

c. Persiapan finansial

Persiapan finansial bagi ibu yang akan melahirkan merupakan suatu kebutuhan yang mutlak harus disiapkan, dimana persiapan finansial atau yang berkaitan dengan penghasilan atau keuangan yang dimiliki untuk mencukupi

kebutuhan selama kehamilan berlangsung sampai persalinan. Kondisi ekonomi berkaitan dengan kemampuan ibu untuk menyiapkan biaya persalinan, menyiapkan popok bayi dan perlengkapan lainnya, persalinan memerlukan biaya yang tidak sedikit. Untuk itu sebaiknya Ibu sudah menganggarkan biaya untuk persalinan. Biaya bisa Ibu atau keluarga anggarkan disesuaikan dengan tarif persalinan di tempat di mana rencana persalinan akan berlangsung. Selain anggaran biaya persalinan perlu juga menentukan tempat kelahiran sesuai kemampuan kita, misalnya rumah bersalin atau di rumah dengan mendatangkan bidan. Perencanaan yang adekuat meliputi penentuan tempat yang tepat dengan pertimbangan dalam memilih tempat bersalin dengan mempertimbangkan jarak tempat bersalin dengan rumah, kualitas pelayanannya, ketersediaan tenaga penolong, fasilitas yang dimiliki, kemampuan pembiayaan dimana setiap klinik/rumah sakit memiliki ketentuan tarif yang beragam.

d. Persiapan kultural

Ibu harus mengetahui adat istiadat, kebiasaan, tradisi dan tingkat hidup yang kurang baik terhadap kehamilan, dan berusaha mencegah akibat itu. Persiapan

yang berhubungan dengan kebiasaan yang tidak baik sebelum kehamilan untuk dihindari selama kehamilan terjadi. Faktor budaya sangat penting dimana terdapat tradisi untuk membawa plasenta ke rumah, cara berperilaku yang benar selama kehamilan dengan menjaga sikap dan perilaku.

9. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

a. Trimester I

1) Payudara nyeri, rasa penuh atau tegang, pengeluaran colostrum dan hiperpigmentasi.

a) Penyebab

(1) Stimulasi hormon yang menyebabkan pigmentasi

(2) Adanya peningkatan pembentukan pembuluh darah (vaskularisasi)

(3) Peningkatan hormon progesterone, estrogen, somatomamotropin, prolaktin dan melano stimulating hormone

b) Cara mengatasi

(1) Gunakan bra yang menyangga besar dan berat payudara

(2) Pakai nipple pad (bantalan) yang dapat menyerap pengeluaran kolostrum

(3) Ganti segera bra jika kotor, payudara dibersihkan dengan air hangat dan jaga agar tetap kering

2) Pusing/Sakit Kepala

a) Penyebab

(1) Akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta keletihan

(2) Dinamika cairan syaraf yang berubah

b) Cara mengatasi

(1) Teknik relaksasi

(2) Massase leher dan otot bahu

(3) Penggunaan kompres panas atau es pada leher

(4) Istirahat

(5) Mandi air hangat

3) Mual dan muntah

a) Penyebab

(1) Peningkatan hormone HCG

(2) Menurunnya tekanan darah yang tiba-tiba

(3) Respon emosional ibu terhadap kehamilan

b) Cara mengatasi

(1) Hindari perut kosong atau penuh

(2) Makan makanan tinggi karbohidrat; biskuit

(3) Makan dengan porsi sedikit tapi sering.

(4) Hirup udara segar, pastikan cukup udara didalam rumah

4) Keputihan

a) Penyebab

(1) Peningkatan pelepasan epitel vagina akibat peningkatan pembentukan sel-sel

(2) Peningkatan produksi lendir akibat stimulasi hormonal pada leher rahim

b) Cara mengatasi

(1) Jangan membilas bagian dalam vagina

(2) Kenakan pembalut wanita

(3) Jaga kebersihan alat kelamin

(4) Segera laporkan ke tenaga kesehatan jika terjadi gatal, bau busuk atau perubahan sifat dan warna

5) Gingivitis dan epulis (peradangan pada gusi)

a) Penyebab

(1) Peningkatan pembentukan gusi dan peningkatan pembuluh darah pada gusi

b) Cara mengatasi

(1) Makan menu seimbang dengan protein cukup, perbanyak sayur dan buah

(2) Jaga kebersihan gigi, gosok gigi dengan sikat yang lembut

b. Trimester II

1) Haemorroida

a) Penyebab

(1) Tekanan yang meningkat dari uterus

(2) Progesterone menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar

b) Cara mengatasi

(1) Mandi air hangat/kompres hangat, air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi

(2) Istirahat ditempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan

2) Konstipasi

a) Penyebab

(1) Peningkatan kadar progesteron menyebabkan peristaltik usus menjadi lambat

(2) Penyerapan air dari kolon meningkat

(3) Efek samping dari penggunaan suplemen zat besi

b) Cara mengatasi

(1) Tingkatkan intake cairan, minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

(2) Istirahat cukup

(3) Membiasakan BAB secara teratur

(4) BAB segera setelah ada dorongan

3) Sering miksi (nocturia)

a) Penyebab

(1) Adanya tekanan pada vesika urinaria oleh pembesaran uterus sehingga bentuk vesika urinaria berubah dan akibatnya vesika urinaria cepat penuh dan timbul rangsangan untuk BAK

b) Cara mengatasi

(1) Tidak minum 2-3 jam sebelum tidur

(2) Kosongkan kandung kemih sesaat sebelum berangkat tidur

(3) Perbanyak minum pada siang hari agar kebutuhan cairan ibu tetap terpenuhi

(4) Jangan kurangi minum pada malam hari kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan keletihan

(5) Batasi minum bahan alamiah seperti kopi, teh dll

4) Insomnia

a) Penyebab

(1) Perasaan gelisah, kuatir ataupun bahagia

(2) Ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun ditengah malam karena nocturia, dispnea, heart burn, sakit otot, stress dan cemas

b) Cara mengatasi

(1) Gunakan teknik relaksasi

(2) Mandi air hangat

(3) Minum minuman hangat sebelum pergi tidur

(4) Melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur

5) Heart burn

a) Penyebab

(1) Keadaan sesak dalam perut dan meningkatnya keasaman perut karena perubahan hormone

(2) Kehilangan ruang fungsi lambung karena tempatnya digantikan dan ditekan oleh pembesaran uterus

b) Cara mengatasi

(1) Makan sedikit tapi sering

(2) Hindari makanan berlemak terlalu banyak, makanan yang digoreng/makanan yang berbumbu merangsang

(3) Hindari berbaring setelah makan

(4) Tidur dengan kaki ditinggikan

(5) Hindari obat antacid yang terbuat dari bahan lain selain kalsium

6) Anemia

a) Penyebab

(1) Rendahnya asupan zat besi, yaitu mineral yang membantu tubuh untuk membuat hemoglobin

b) Cara mengatasi

(1) Makan makanan yang kaya zat besi

(2) Konsumsi produk hewani yang rendah kolesterol dan lemak

(3) Mengkonsumsi sumber makanan vegetarian

c. Trimester III

1) Sesak nafas

a) Penyebab

(1) Tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru ibu

b) Cara mengatasi

(1) Mengatur laju dan dalamnya pernafaan pada kecepatan normal ketika terjadi hyperventilasi

(2) Secara periodik berdiri dan merentangkan lengan serta menarik nafas panjang

2) Edema dependen

a) Penyebab

(1) Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal

(2) Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah

(3) Tekanan dari pembasaran uterus pada vena pelvic ketika duduk/pada kafa inverior ketika berbaring

b) Cara mengatasi

(1) Hindari posisi berbaring telentang

(2) Hindari posisi berdiri untuk waktu yang lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan

(3) Hindari dudul dengan kaki menggantung

3) Kram kaki

a) Penyebab

(1) Kekurangan asupan kalsium

(2) pembesaran uterus, sehingga memberikan tekanan pada dasar pelvic dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah dari tungkai bagian bawah

b) Cara mengatasi

(1) Minum susu tinggi kalsium

(2) Berlatih dorsofleksi pada kaki untuk meregangkan otot yang terkena kram

(3) Gunakan penghangat untuk otot

4) Sakit punggung

a) Penyebab

(1) Meningkatnya berat janin sehingga membuat tubuh terdorong ke depan dan untuk mengimbanginya cenderung menegakkan bahu sehingga memberatkan punggung

(2) Keletihan

b) Cara mengatasi

(1) Hindari sepatu atau sandal hak tinggi

(2) Hindari mengangkat beban berat

(3) Gunakan kasur yang keras untuk tidur

(4) Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung

(5) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat

(Kusmiyati, dkk 2010)

10. Tanda-Tanda Dini Bahaya Ibu Dan Janin Masa Kehamilan Lanjut

a. Perdarahan per vaginam

Perdarahan per vaginam pada kehamilan lanjut terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Perdarahan antepartum dapat berasal dari:

1) Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi ostium uteri internal. Tanda dan gejalanya adalah perdarahan tanpa nyeri atau perdarahan dengan awitan mendadak.

Penanganannya adalah dengan terapi pasif yaitu jangan melakukan periksa dalam, lakukan USG, evaluasi kesejahteraan janin, rawat inap/tirah baring atau terapi aktif dengan mengakhiri kehamilan.

2) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari pelekatannya sebelum janin lahir, terjadi pada umur kehamilan di atas 22 minggu atau berat janin 500 gram. Tanda dan gejalanya adalah uterus seperti papan, nyeri abdomen yang hebat dan tidak dapat tertahankan, nyeri punggung kolik, kontraksi hupertonik,nyeri tekan pada uterus, DJJ dapat normal/tidak normal, gerakan janin tidak stabil, perdarahan tersembunyi dan syok. Penanganannya adalah atasi syok dan anemia, tindakan operasi (SC atau partus pervaginam).

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap, serta tidak hilang setelah beristirahat. Dengan sakit kepala yang hebat

tersebut mungkin ibu merasa penglihatannya menjadi kabur dan berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklampsi.

c. Penglihatan kabur

Wanita hamil terkadang mengeluh penglihatan kabur karena adanya pengaruh hormonal. Ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Dikatakan normal jika perubahannya ringan. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, seperti pandangan kabur dan berbayangsecara mendadak. Perubahan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre eklampsi.

d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Sebagian besar ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki, yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya akan hilang setelah beistirahat dan dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah jika muncul pada muka dan tangan, serta tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat menunjukkan adanya anemia, gagal jantung atau pre eklampsi.

e. Keluar cairan pervaginam

Cairan yang keluar dari vagina harus dibedakan apakah yang keluar urin, keputihan atau air ketuban. Cairan pervaginam dalam kehamilan dikatakan normal apabla tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis.

f. Gerakan janin tidak terasa

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Gerakan janin minimal 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim.

g. Nyeri perut yang hebat

Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasa nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.

(Kuswanti, 2014)

11. Kehamilan Post Date

a. Pengertian

Kehamilan lewat waktu atau post date adalah kehamilan yang berlangsung sampai 40 minggu (294 hari)

atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut Neagle dengan siklus rata-rata 28 hari (Sarwono, 2009).

b. Penyebab/Etiologi

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum diketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi. Ada beberapa teori dari Mansjoer (2010), yang dianjurkan sebagai penyebab kehamilan post date, antara lain sebagai berikut:

1) Pengaruh progesteron

Pengaruh hormon progesteron dalam kehamilandipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalammemacu proses biomokuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga menduga bahwa terjadinya kehamilan karena berlangsungnya pengaruh progesteron

2) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan post term memberi kesan bahwa oksitosin secara testiologis memegang peran penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan dari

neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut.

3) Toeri kortesol

Kortesol janin akan mempengaruhi plasentasehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prosteglandin. Kadar kortesol rendah merupakan tidak timbulnya HIS.

4) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari fleksus frankenhauser akan mengakibatkan kontraksi uterus dalam keadaan dimana tida terjadi tekanan pada fleksus ini seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi diduga sebagai penyebab kehamilan post term.

5) Heriditer

Seorang ibu mengalami kehamilan post term saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan post term.

6) Kurangnya air ketuban

7) Insufisiensi plasenta

c. Patofisiologis

Fungsi plasenta mencapai puncaknya adalah kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko 3 kali. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberi mutrisi dan pertuaran O_2/CO_2, akibat tidak timbul HIS sehingga pemasokan nutrisi dan O_2 menurun menuju janin disamping adanya spasme arteri spiralis menyebabkan janin resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurun sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat dan penurunan berat disebut dismatur, sebagian janin bertambah besar sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan. Terjadi perubahan metabolisme janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin (Sarwono, 2008).

d. Manifestasi klinis

1) Keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali per 30 menit.

2) Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu yang terbagi menjadi:
   a) Stadium I : kulit kehilangan vernik kaseosa dan terjadi maserasi hingga kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.
   b) Stadium II : seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.
   c) Stadium III : seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat.

   (Mansjoer, 2010)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.1.2 Konsep Dasar Teori Persalinan

1. Pengertian

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).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati, 2010).

Persalinan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul pelepasan dan pengeluaran plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah kehamilan 37bminggu) tanpa disertai adanya penyulit. (Kumalasari, 2015).

2. 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 merupakan proses yang menentukaan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di perlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

b. Asuhan Sayang ibu dan Sayang Bayi

Asuhan saying ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercyaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip–prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan 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 pencegahan 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.

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan/sarana kesehatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia yang meliputi:

1) Cuci tangan

   a) Secara praktis, mencuci tangan secara benar merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi paling penting untuk mengurangi penyebaran penyakit dan menjaga lingkungan bebas dari infeksi. Cuci tangan dilakukan sesuai dengan Standar dan prosedur yang ada.

b) Pakai sarung tangan

Untuk tindakan pencegahan, sarung tangan harus digunakan oleh semua penolong persalinan sebelum kontak dengan darah atau cairan tubuh dari klien. Sepasang sarung tangan dipakai hanya untuk seorang klien guna mencegah kontaminasi silang. Jika mungkin, gunakanlah sarung tangan sekali pakai, namun jika tidak mungkin sebelum dipakai ulang sarung tangan dapat dicuci dan disteril dengan otoklaf, atau dicuci dan didesinfektan tingkat tinggi dengan cara mengkukus.

c) Penggunaan Cairan Antiseptik

Penggunaan antiseptik hanya dapat menurunkan jumlah mikro organisme yang dapat mengkontaminasi luka dan dapat menyebabkan infeksi. Untuk mencapai manfaat yang optimal, penggunaan antiseptik seperti alkohol dan lodofor (Betadin) membutuhkan waktu beberapa menit untuk bekerja secara aktif. Karena itu, untuk suatu tindakan kecil yang membutuhkan waktu segera seperti penyuntikan oksitosin IM saat penatalaksanaan aktif kala III dan pemotongan

tali pusat saat bayi baru lahir, penggunaan antiseptic semacam ini tidak diperlukan sepanjang alat-alat yang digunakan steril atau DTT.

Untuk membuat larutan klorin, yang pertama harus dilakukan adalah menentukan dulu jenis konsentratnya. Karena, lain jenis lain pula cara perhitungnnya. Hanya dibutuhkan sedikit perhitungan yang sangat sederhana. Cara membuat larutan klorin :

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair :

Jumlah bagian air = ((% Larutan Konsentrat)/(%l Larutan yang diinginkan)) l

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin kering :

Jumlah bagian air = (larutan yang diinginkan: % konsentrat) x 1000

d) Pemrosesan alat bekas

Proses dasar pencegahan infeksi yang biasa digunakan untuk mencegah penyebaran penyakit dari peralatan, sarung tangan dan bahan-bahan lain yang terkontaminasi.

Jenis -jenis pemrosesan alat, antara lain :

(1) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan, dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Dekontaminasi membuat benda benda lebih aman untuk ditangani petugas pada saat dilakukan pembersihan. Untuk perlindungan lebih jauh, pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari latex, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor.

Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus hepatitis B dan HIV. Pastikan bahwa benda benda yang terkontaminasi telah terendam seluruhnya dalam larutan klorin. Daya kerja larutan klorin akan cepat menurun sehingga harus diganti minimal setiap 24jam sekali

atau lebih cepat, jika terlihat telah kotor atau keruh.

(2) Pencucian atau bilas

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrument yang kotor atau sudah digunakan. Baik seterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya. Jika benda-benda yang terkontaminasi tidak dapat dicuci segera setelah didekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

(a) Perlengkapan/ bahan bahan untuk mencuci peralatan:

1. Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks
2. Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi)

3. Tabung suntik (minimal ukuran l0 ml : untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisap lendir)
4. Wadah plastik atau baja anti karat (stainless steel)
5. Air bersih
6. Sabun dan detergent

(b) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

1. Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan.
2. Ambil peralatan bekas pakai yang sudah di dekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam, seperti gunting dan jarum jahit).
3. Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastik atau karet, jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam.
4. Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati.

5. Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.
6. Buka engsel gunting dan klem.
7. Sikat dengan seksama terutama dibagian sambungan dan pojok peralatan.
8. Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal di peralatan
9. Cuci setiap benda sedikitnya tiga kali (lebih jika perlu) dengan air dan sabun atau detergent.
10. Bilas benda-benda tersebut dangan air bersih
11. Ulangi prosedur tersebut pada benda- benda lain.
12. Jika peralatan akan di desinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan klorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.

13. Peralatan yang akan di desinfeksi tingkat tinggi dangan cara dikukus atau di rebus atau disterilisasi di dalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah dikeringkan sebelum proses DTT atau sterilisasi dimulai.
14. Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun kemudian dibilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.
15. Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara di angin-anginkan

(Ambarwati,2009).

(3) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

DDT adalah cara efektif untuk membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dari peralatan, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT bisa dijangkau dengan cara merebus, mengukus atau secara kimiawi. Ini dapat

menghilangkan semua organisme kecuali beberapa bakteri endospora sebesar 95%.

(a) DTT dengan cara merebus

Merebus merupakan cara efektif dan praktis untuk DTT. Perebusan dalam air selama 20 menit setelah mendidih, dimana semua alat jika mungkin harus terendam semua, ditutup rapat dan dibiarkan mendidih serta berputar.

1. Gunakan panci dengan penutup yang rapat
2. Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
3. Rendam peralatan sehingga semuanya terendam dalam air.
4. Mulai panaskan air.
5. Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
6. Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai.
7. Rebus selama 20 menit

8. Catat lama waktu perebusan pelaratan di dalam buku khusus
9. Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.
10. Setelah peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah DTT dan penutup. Peralatan bisa disimpan sampai satu minggu asalkan penutupnya tidak dibuka.

(b) DTT dengan uap panas

Setelah sarung tangan didekontaminasi dan dicuci maka sarung tangan siap DTT dengan uap tanpa diberi talk.

1. Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susunan nampan pengukus.
2. Gulung bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai, sarung tangan dapat dipakai tanpa membuat kontaminasi baru.
3. Letakkan sarung tangan pada baki atau tampan pengukus yang berlubang di bawahnya. Agar mudah

dikeluarkan dari panci, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya kearah tengah panci. Jangan menumpuk sarung tangan.

4. Ulangi proses tersebut hingga semua nampan terisi dengan menyusun tiga nampan pengukus yang brisi air.
5. Letakkan penutup di atas panci paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika uap airnya sedikit, suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme.
6. Catat lamanya waktu pengukusan jika uap air mulai keluar dari celah panci.
7. Kukus sarung tangan 20 menit
8. Angkat nampan pengukus paling atas dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa menetes keluar.
9. Letakkan nampan pengukus di atas panic yang kosong disebelah kompor.
10. Ulangi langkah tersebut hingga nampan tersebut berisi sarung tangan

susun di atas panci perebus yang kosong.

11. Biarkan sarung tangan kering dengan diangin anginkan di dalam panci 3-6 jam.
12. Jika sarung tangan tidak akan segera dipakai, setelah kering gunakan pinset DTT untuk memindahkan sarung tangan. Letakkan sarung tangan dalam wadah DTT lalu tutup rapat.

(c) DTT dengan kimiawi

1. Letakkan peralatan kering yang sudah di dekontaminasi dan dicuci dalam wadah yang sudah berisi laruta kimia.
2. Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan.
3. Rendam selama 20 menit.
4. Catat lama waktu perendaman
5. Bilas peralatan dengan air matang dan angin anginkan di wadah DTT yang berpenutup.

6. Setelah kering peralatan dapat digunakan atau disimpan dalam wadah DTT yang bersih (Kusmiyati, 2007)

(4) Sterilisasi

Sterilisasi merupakan upaya pembunuhan atau penghancuran semua bentuk kehidupan mikroba yang dilakukan di rumah sakit melalui proses fisik maupun kimiawi. Strilisasi jika dikatakan sebagai tindakan untuk membunuh kuman patoge atau apatoge beserta spora yang terdapat pada alat perawatan atau kedokteran denngan cara merebus, stoom, panas tinggi atau bahan kimia jenis sterilisasi antara lain sterlisasi cepat, strilisasi panas kering, strerilisasi gas (formalin, H_2O_2), rdiasi ionisasi.

(a) Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam sterilisasi:

1. Sterilisator (alat untuk steril) harus siap pakai, bersih dan masih berfungsi
2. Peralatan yang akan di sterilisasi harus dibungkus dan diberi label yang

jelas dengan menyebutkan jenis peralatan jumlah tanggal pelaksanaan steril.

3. Penataan alat harus berprinsip semua bagian dapat steril.
4. Tidak boleh menambahkan peralatan dalam sterilisator sebelum waktu mensteril selesai.
5. Memindahkan alat steril ke dalam tempatnya dengan korental.
6. Saat mendinginkan alat steril tidak boleh membuka bungkusnya,bila terbuka harus dilakukan sterilisasi ulang

(b) Beberapa alat yang perlu di sterilkan :

1. Peralatan logam (pinset, gunting, speculum, dll)
2. Peralatan kaca (semprit, tabung kimia)
3. Peralatan karet (cateter, sarung tangan, pipa lambung, dll).
4. Peralatan ebonite (kanule rectum, kanule trakea, dll).

5. Peralatan email (bengkok, baskom, dll)
6. Peralatan porselin (mangkok, cangkir, piring, dll).
7. Peralatan plastic (selang infuse, dll)
8. Peralatan tenunan (kain kassa, dll)

(c) Prosedur kerja

1. Bersihkan peralatan yang akan disterilisasi
2. Peralatan yang dibungkus harus diberi label Masukkan ke dalam sterilisator dan hidupkan sterilisator sesuai dengan waktu yang ditentukan

(d) Cara sterilisasi:

1. Sterilisasi dangan merebus dalam air mendidih sampai 100 (15-20 menit) untuk logam, kaca, dan karet.
2. Sterilisasi dengan stoom menggunakan uap panas di dalam autoclave dengan waktu, suhu, tekanan tertentu untuk alat tenun.

3. Sterilisasi dengan panas kering menggunakan oven panas tinggi (logam yang tajam,dll)
4. Sterilisasi dengan bahan kimia menggunakan bahan kimia seperti alkohol, sublimat, uap formalin, sarung tangan dan kateter.

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).

Tabel 2.3

Penjabaran BAKSOKU

B	**Bidan**	Pastikan bahwa ibu dan atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat untuk dibawa ke tempat rujukan.
A	**Alat**	Bawa perlengkapan dan bahan-bahan bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan menuju fasilitas rujukan.
K	**Keluarga**	Beritahu ibu dan keluarga mengani kondisi terakhir dan jelaskan alasan merujuk. Suami dan anggota keluarga harus menemani ibu dan bayi hingga fasilitas rujukan.
S	**Surat**	Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan informasi tentang ibu dan/bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil asuhan yang telah diberikan. Sertakan partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
O	**Obat**	Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.
K	**Kendaraan**	Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan kendaraan cukup baik untuk sampai di fasilitas rujukan.
U	**Uang**	Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi tinggal di fasilitas rujukan.

Sumber: Depkes, 2008

3. Bentuk-Bentuk Persalinan

a. Berdasarkan teknik

1) Persalinan spontan, bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir (Mira, 2009).
2) Persalinan buatan, yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstrasi forsep, ekstraksi vakum dan sectio sesaria (Rukiyah dkk, 2009).
3) 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).

b. Persalinan berdasarkan umur kehamilan

1) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.
2) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur, berat janin antara 1.000-2.500 gram.
4) Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.
5) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.

6) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin di kamar mandi, di atas kendaraan dan sebagainya.

7) Partus percobaan adalah suatu penelitian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) (Rohani dkk, 2011).

4. Tanda-Tanda Persalinan

a. Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

1) Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

2) Kontraksi *Braxton Hicks*

a) Ketegangan otot perut

b) Ketegangan *ligamentum rotundum*

c) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

3) Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu:

a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

b) Datangnya tidak teratur

c) Tidak ada perubahan serviks

d) Durasinya pendek

e) Tidak bertambah jika beraktivitas

b. Tanda-tanda Persalinan

1) Terjadinya His Persalinan

His persalinan memiliki sifat:

a) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan

b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar

c) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus

2) Bloody Show

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah,yang menjadikan perdarahan sedikit.

3) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah

menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

(Asrinah, 2010)

5. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Walyani (2014), 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.

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. bidang Hodge:

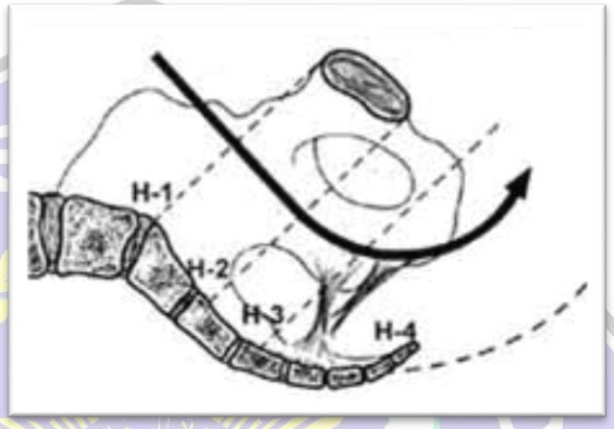
(1) Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium;

(2) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis;

(3) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri, dan

(4) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi *os coccygis*.

(Sari, 2014:47)



Gambar 2.3
Bidang Hodge

Sumber : Fitriani, 2016

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.

6. 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 keregangan

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)

7. 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 lengkap berarti 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) Memberikan sentuhan, sesuai dengan keinginan ibu

Tabel 2.4

Pemantauan pada Persalinan

Parameter	**Frekuensi pada Fase Laten**	**Frekuensipada 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)

Pada persalinan kala I fase aktif, pendokumentasian umumnya menggunakan lembar partograf. Partograf

adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf pada fase aktif adalah:

b) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
c) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
d) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir (Setyaningrum, 2014).

Kondisi ibu dan bayi yang harus dicatat dalam partograf:

a) Informasi pasien: isi nama, status gravid, status paritas, nomor registrasi, tanggal dan jam masuk rumah sakit, serta jam pecah ketuban atau lama

waktu ketuban pecah (apabila pecah ketuban terjadi sebelum pencatatan pada partograf dibuat).

b) Denyut jantung janin. Catat setiap 30 menit (.).

c) Air ketuban. Catat warna ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Menurut Sinclair tahun 2003 mengatakan bahwa klasifikasi ketuban adalah sebagai berikut:

U : Ketuban utuh;

J : Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih;

M : Ketuban sudah pecah dan terdapat mekonium;

D : Ketuban sudah pecah dan bercampur darah;

K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering) (Nurasiah, 2012).

d) Perubahan bentuk kepala janin (Moulage atau Molding):

(1) Sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat atau bersesuaian.

(2) Sutura bertumpang tindih tetapi dapat diperbaiki.

(3) Sutura bertumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

e) Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan vagina dan diberi tanda (x).

f) Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simfisis pubis dicatat dengan tanda lingkaran (o) pada setiap pemeriksaan dalam.

g) Waktu: menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

h) Jam : Catat jam sesungguhnya.

i) Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.

Kurang dari 20 detik :

Antara 20 dan 40 detik :

Lebih dari 40 detik :

j) Oksitosin. Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin pervolume cairan infuse dan dalam tetesan per menit.

k) Obat yang diberikan. Catat semua obat lain yang diberikan.

l) Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan ditandai dengan sebuah titik besar (.).

m) Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah.

n) Suhu badan. Catatlah setiap dua jam.

o) Protein. Aseton dan volume urin. Catatlah setiap kali ibu berkemih

Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

(Saifuddin, 2008).

c. 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 agar 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) Melahirkan 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 anggota 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

(Setyaningrum, 2014).

d. 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).

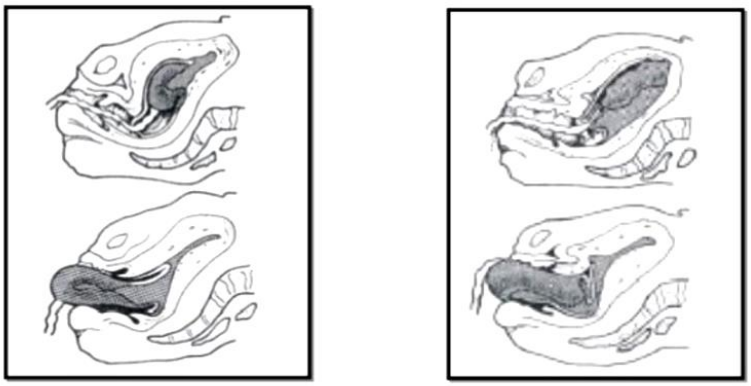
Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta:

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).

1) Skhlutze **2) Duncan**



Gambar 2.4
Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber :Daniel E. 2016

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).

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasat menurut Marmi (2016) 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.

e. Kala IV

Dimulai dari 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

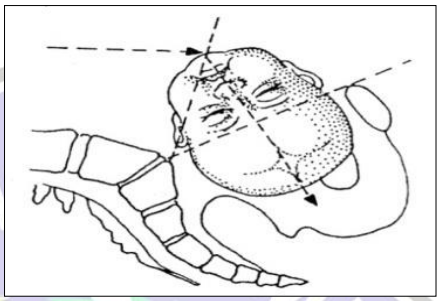
(Saifudin, 2008).

8. Mekanisme Persalinan Normal

a. Engagement

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Wiknjosastro, 2009). Menambahkan *sinklitimus* yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Varney (2007) menjelaskan *engagement* terjadi untuk

posisi 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.

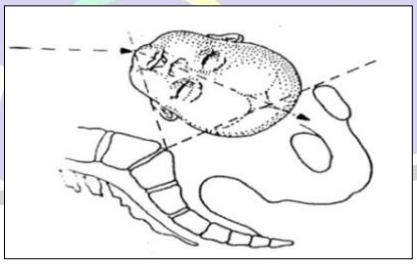


Gambar 2.5
Sinklitismus

Sumber :*Wiknjosastro, dkk. 2009*

b. Descent

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

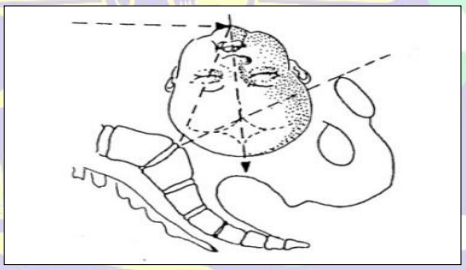


Gambar 2.6
Asinklitismus anterior

Sumber :*Wiknjosastro,dkk. 2009*

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), 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 2.7
Asinklitismus posterior

Sumber :*Wiknjosastro,dkk. 2009*

d. Rotasi internal

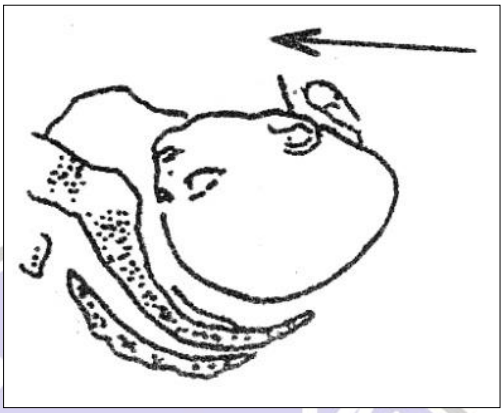
Terjadi putaran paksi dalam di dasar panggul. Oxorn (2010) menambahkan bahwa sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang nasuk PAP pada diameter

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) 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 semakin 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 2.8
Kepala janin ekstensi

Sumber : Manuaba, dkk. 2010.

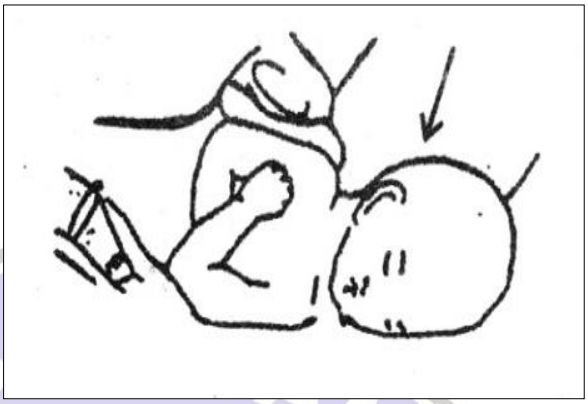
f. Ekspulsi kepala janin

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

g. Rotasi eksternal

Pada tahap ini terjadi putaran paksi luar (restitusi). Oxorn (2010) 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 2.9
Rotasi Eksternal

Sumber : Manuaba, Ida Ayu Candradinata, dkk. 2010.

9. Konsep *Sectio Caesarea*

a. Pengertian

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. (Sarwono, 2009).

Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Muchtar, 2013).

b. Indikasi *Sectio Caesarea*

Muchtar (2013) mengemukakan bahwa ada beberapa hal yang menjadi indikasi dilakukan *sectio caesarea*, diantaranya yaitu:

1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2) Panggul sempit
3) Disproporsi sefalo-pelvik
4) Ruptura uteri mengancam
5) Partus lama (prolonged labor)
6) Partus tak maju (obstructed labor)
7) Distosia serviks
8) Pre-eklamsi dan hipertensi
9) Malpresentasi janin.

c. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi utama persalinan *sectio caesarea* adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi anastesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli.

Kematian ibu lebih besar pada persalinan sectio caesarea dibandingkan persalinan pervaginam.

Takipnea sesaat bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan sectio caesarea. Risiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa,

solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri. (Rasjidi, 2010)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.1.3 Konsep Dasar Teori 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).

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

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembai organ kandungan seperti sebelum hamildengan waktu kurang lebih 6 minggu. (Saleha s, 2009).

Menurut Anggraini (2010) dalam Nurjanah S dkk (2013), masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial dan remote puerperium. Perhatikan penjelasan berikut.

1. Puerpurium dini

   Puerpurium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium intermidel

   Puerperium intermidel merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

   Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

   (Saleha, 2009)

3. 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

d) Kunjungan III (2 minggu post partum)

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

e) Kunjungan IV (6 minggu post partum)

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

4. 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).

Tabel 2.5

TFU dan berat uterus masa involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 Hari (1 Minggu)	Pertengahan pusat dan symphysis	500 gram	7,5 cm
14 Hari (2 Minggu)	Tak teraba	350 gram	5 cm
6 Minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : (Heryani, 2010)

b. *Lochea*

Lochea dalah istilah untuk *sekret* dari *uterus* yang keluar melalui *vagina* selama *puerperium* (Varney *et al*, 2007).

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), *vernix 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).

2) *Lochea Sanguinolenta*

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

3) *Lochea Serosa*

Mulai terjadi sebagai bentuk yang lebih pucat lagi dari lokia rubra. Lokia ini berhenti sekitar tujuh

hingga delapan hari. Lokia serosa terutama mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit (Heryani, 2010).

4) *Lochea alba*

Mulai terjadi sekitar hari kesepuluh pascapartum dan hilang sekitar periode dua hingga 4 minggu. Warna lokia alba putih krem dan terutama mengandung leukosit dan sel desidua (Heryani, 2010).

5) *Lochea purulenta*

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

6) *Locheastasis*

Lochea yang tidak lancar keluarnya (Waryana, 2010).

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

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 S	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : (Heryani, 2010)

c. Perubahan vagina dan perineum

Segera setelah perlahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, serta celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar daripada sebelum kelahiran pertama. Akan tetapi, latihan

pengencangan otot perinium akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dengan latihan setiap hari (Varney, dkk, 2007).

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).

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).

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 *et all*, 2011).

f. Perubahan tanda vital

1) Suhu

Suhu badan di hari pertama post partum naik sedikit (37,5–38ºC) 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).

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).

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).

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).

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).

h. Sistem Endokrin

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

5. Perubahan Psikologi Masa 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).

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).

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).

6. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk:

1) Makan dengan diet berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
2) Mengkomsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori/hari dan 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).

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).

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).

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) Memperlambat *involusi*, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan, depresi

(Rahmawati, 2009).

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).

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).

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
2) Untuk anak yang dilahirkan
3) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
4) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan - kegiatan lain.
   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.

5) 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.

6) Untuk ayah

a) Memperbaiki kesehatan fisiknya

b) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

(Bahiyatun, 2009)

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)

7. Ketidaknyamanan Masa Nifas

Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas diantaranya sebagai berikut:

a. Nyeri Setelah Melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih

berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks *let down* (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

b. Keringat Berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

c. Pembesaran Payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik 9 dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d. Nyeri Perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

e. Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen

dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f. Haemorroid

Jika wanita mengalami haemorroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Haemorroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

(Islami, dkk. 2015)

8. Tanda Bahaya Masa Nifas

a. Infeksi 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).

b. Keadaan abnormal pada payudara

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

2) Mastitis dan *Abses Mamae*

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

c. Perdarahan Postpartum

Menurut Mochtar tahun 2002, perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam. Sejumlah perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan. Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya terbagi atas dua bagian yaitu: perdarahan postpartum Primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum (Larasati, 2015)

Hal-hal yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta seperti kotiledon atau plasenta subsenturiata, endometritis puerpuralis, penyakit darah (Wiknjosastro, 2007).

Penanganan umum perdarahan post partum adalah sebagai berikut:

1) Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal.
2) Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan postpartum).
3) Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pasca persalinan dan lakukan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya.
4) Selalu siapkan keperluan tindakan darurat.
5) Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi.
6) Atasi syok.
7) Pastikan kontraksi berjalan dengan baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infuse 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan tetsan per menit).
8) Pastikan plasenta lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
9) Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.

10) Pasang kateter menetap dan pantau masuk keluar cairan.

11) Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik.

(Saifuddin, 2007)

d. Lokhea yang Berbau Busuk (Bau dari Vagina)

Lokhea ini disebut lochea purulenta yaitu cairan seperti nanah berbau busuk (Mochtar, 2012). Hal tersebut terjadi karena kemungkinan adanya:

1) Tertinggalnya plasenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik.

2) Ibu yang tidak menyusui anaknya, pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus lebih cepat.

3) Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis.

Bila lochea bernanah atau berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan dianoksisnya adalah metriris. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvic, peritonitis, syok septic (Mochtar, 2012).

e. Sub Involasi Uterus Terganggu

Menurut Prawirohardjo tahun 2005, faktor penyebab sub involusio antara lain sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lokea banyak dan berbau dan jarang terdapat pula perdarahan.

Pengobatan dilakukan dengan memberikan injeksi methergin setiap hari ditambah ergometrin per oral. Bila ad sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan antibiotika sebagai pelindung infeksi (Feriana, 2012:16).

f. Payudara Berubah Menjadi Merah, Panas dan Terasa Sakit

Mastitis adalah peradangan payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi antara hari ke-10 dan hari ke-28 setelah kelahiran. Gejala dari mastitis adalah bengkak dan nyeri, payudara tampak merah pada keseluruhan atau ditemppat tertentu, payudara terasa keras dan berbenjol-benjol, serta demam dan rasa sakit (Marmi, 2012).

Penanganan mastitis yaitu:

1) Payudara dikompres dengan air hangat;
2) Untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik;

3) Untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotika;
4) Bayi mulai menyusui dari peradangan yang mengalami peradangan;
5) Anjurkan ibu untuk selalu menyusu bayinya;
6) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat cukup.

g. Pusing dan Lemas yang berlebihan

Menurut Manuaba tahun 2005, pusing merupakan tanda-tanda bahaya masa nifas, pusing bisa disebabkan karena tekanan darah rendah (sistol <100 mmHg dan diastolnya >90 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin <11 gr/dl. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, dimana keadaan lemas disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah (Larasati, 2015)

Cara mengatasinya yaitu:

1) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari;
2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup;
3) Minum sedikitnya 3 liter air per hari;
4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat setidaknya selama 40 hari pasca bersalin;

5) Minum pil kapsul vitamin A (200.000 unit) agarbisa memberikan kadar vitaminnya pada bayinya, dan
6) Istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

(Feriana, 2012)

h. Suhu Tubuh Ibu >38^{0}C

Menurut Mochtar 2002, apabila terjadi peningkatan melebihi 38^{0}C berturut-turut selama 2 haru kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas

Penanganan umum bila terjadi demam :

1) Istirahat baring;
2) Rehidrasi peroral atau infuse;
3) Kompres atau kipas untuk menurunkan suhu;
4) Jika ada syok, segera beri pengobatan, sekalipun tidak jelas gejala syok, harus waspada untuk menilai berkala karena kondisi ini dapat memburuk dengan cepat (Prawirohardjo, 2009).

i. Perasaan Sedih yang Berkaitan dengan Bayinya

Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan *baby blue*, yang disebabkan perubahan yang dialami ibu saat hamil hingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan

perasaan merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan, selain itu juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kemudian (Marmi, 2015).

Cara mengatasi gangguan psikologis pada masa nifas dengan postpartum bluesada dua cara yaitu;

1) Dengan cara pendekatan komunikasi terapiutik, tujuan dari komunikasi ini adalah menciptakan hubungan baik antara bidan dengan pasien dalam rangka kesembuhannya dengan cara:
   a) Mendorong pasien mampu meredakan segala ketegangan emosi;
   b) Dapat memahami dirinya;
   c) Dapat mendukung tindakan konstruktif.
2) Dengan cara peningkatan support mental, beberapa cara yang dapat dilakukan keluarga adalah:
   a) Sekali-kali ibu meminta suami untuk membantu dalam mengerjakan pekerjaan rumah;
   b) Memanggil orang tua ibu bayi agar bisa menemani ibu dalam menghadapi kesibukan merawat bayi;
   c) Suami seharusnya tahu permasalahan yang dihadapi istrinya dan lebih perhatian terhadap istrinya;
   d) Menyiapkan mental dalam menghadapi anak pertama yang akan lahir;

e) Memperbanyak dukungan dari suami;

f) Suami menggantikan peran istri saat istri kelelahan;

g) Ibu dianjurkan untuk sering sharing ke teman-temannya yang baru saja melahirkan.;

h) Bayi menggunakan pampers untuk meringankan kerja ibu;

i) Mengganti suasana, dengan bersosialisasi, dan

j) Suami sering menemani istri dalam mengurus bayi. (Larasati, 2015)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.1.4 Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

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).

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).

Menurut Rochmah,dkk (2012) Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram (Rochmah,dkk, 2012).

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)

g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.

h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

i. Kuku agak panjang dan lemas.

j. Genetalia: pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

k. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.

l. Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

m. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

(Kumalasari, 2015)

3. Adaptasi Bayi Baru Lahir Teerhadap Kehidupan Di Luar Rahim

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).

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).

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*, mengggganti 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).

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).

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 ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, misalnya menimbang bayi tanpa mengalasi timbangan bayi dan menggunakan stetoskop untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun,2010).

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 tali pusat di klem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan (Rochmah, 2012).

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).

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 (Maryanti dkk, 2011).

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).

g. Adaptasi ginjal

Menurut Muslihatun (2010) 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).

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).

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).

4. Penanganan Bayi Baru Lahir

a. 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.

b. Selama satu jam pertama setelah lahir, bayi harus dilakukan kontak kulit dengan ibu nya untuk kehangatan dan inisiasi menyusui dini (IMD).

c. 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).

d. 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)

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 :

a. 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)
b. Pada neonatus yang lahir dengan air ketuban yang jernih dan mulai bernapas sendiri setelah lahir, pengisapan dari mulut dan hidung tidak boleh dilakukan.
c. BBL dengan air ketuban bercampur mekonium, intrapartum pengisapan mulut dan hidung pada kelahiran kepala tidak dianjurkan.

d. 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.

e. Pada bayi yang membutuhkan ventilasi tekanan positif jangka baru lahir atau prematur (>32 minggu kehamilan), ventilasi harus dimulai dengan udara (yaitu, tidak tambahan oksigen).

f. Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus disediakan menggunakan alat sungkup dan balon resusitasi.

g. Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus dimulai dengan menggunakan sungkup.

h. 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.

i. Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas dalam satu menit setelah lahir, prioritas harus diberikan untuk menyediakan ventilasi yang memadai daripada kompresi dada.

j. Pada bayi baru lahir tanpa detak jantung terdeteksi setelah 10 menit ventilasi yang efektif, resusitasi harus dihentikan

(WHO, 2012).

5. Kunjungan Neonatal

Menurut (Walyani, 2014):

a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanankan:
   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.

6. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada saat inspirasi.

b. Suhu terlalu panas lebih dari 38^0C atau terlalu dingin atau kurang dari 36^0C.

c. Kuit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)

d. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)

e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.

f. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.

g. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.

h. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.

i. Menangis terus-menerus

j. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

(Muslihatun, 2010)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.1.5 Konsep Dasar Teori Keluarga Berencana

1. Pengertian

Keluarga Berencana menurut *World Health Organisation* (WHO) *expert committee* 1997, adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2008).

Keluarga Berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016).

Tujuan Program KB:

a. Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa.
b. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa
c. Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR) yang berkualitas, termasuk upaya-upaya

menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (Maryunani,2016).

2. Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari dua kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti menolak, konsepsi berarti pertemuan antara sel telur wanita (*ovum*) yang sudah matang dengan sel mani pria (sperma) sehingga terjadi pembuahan dan kehamilan. Dengan demikian kontrasepsi adalah mencegah bertemunya sel telur yang matang dengan sel mani pada waktu bersenggama, sehingga tidak akan terjadi pembuahan dan kehamilan (Farrer, 2001 dalam Rumiati 2012).

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

3. Jenis Kontrasepsi

a. Metode Sederhana Tanpa Alat

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengendalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya

diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Saifuddin, 2013)

b) Cara Kerja Kontrasepsi MAL

(1) Menyusui secara penuh (full brast feeding); lebih efektif bila pemberian ≥ 8x sehari;

(2) Belum haid;

(3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

(4) Efektif digunakan sampai 6 bulan, namun harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. (Saifuddin, 2013).

c) Efektivitas

Menurut World Health Organization (WHO) keefektifan Metode Amenorea Laktasi 98 % bagi ibu yang menyusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama pasca persalinan dan sebelum menstruasi setelah melahirkan (Purwaningsih dkk, 2015).

Beberapa catatan dari konsensus Bellagio (1988) untuk mencapai keefektifitasan 98%

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

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

(3) Bayi menghisap 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 menyusui lebih dari 4 jam.

(Saifuddin, 2013)

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).

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) Coitus Interuptus (Senggama terputus)

a) Pengertian

Senggama terputus adalah mengeluarkan alat kelaminya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Saifuddin, 2013).

Metode senggama terputus adalah mengeluarkan kemalunannya menjelang terjadinya ejakulasi (Manuaba dkk, 2013).

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, 2013).

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).

d) Manfaat

(1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar

(2) Tidak menggau produksi ASI

(3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya

(4) Tidak ada efek samping

(5) Dapat digunakan setiap waktu

(6) Tidak membutuhkan biaya

(Saifuddin, 2013)

e) Keterbatasan

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

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).

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).

b. Metode Sederhana dengan Alat

1) Kondom

a) Pengertian

Menurut Affandi (2010) 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.

b) Cara kerja

Menurut Affandi (2010) cara kerja kondom adalah sebagai berikut:

(1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(2) Mencegah penularan mikrooganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

c) Manfaat kontrasepsi (Affandi, 2010)

(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.

d) Nonkontrasepsi (Affandi, 2010)

(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.

e) Keterbatasan (Affandi, 2010)

(1) Cara peggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.

(2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).

(3) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.

(4) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

f) Cara penggunaan (Affandi, 2010)

(1) Gunakan kndom setiap akan melakukan hubungan seksual.

(2) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida kedalam kondom.

(3) Jangan menggunakan gigi atau benda tajam saat membuka kemasan.

(4) Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampug sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetnya dengan jalan menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.

(5) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampungan maka longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi.

(6) Kondom dilepas sebelum penis melembek.

(7) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak

terlepas saat dicabut dan lepaskan diluar vagina agar tidak terjadi tumbapahan cairan sperma di sekitar vagina.

(8) Gunakan kondom satu kali pakai.

(9) Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman.

(10) Sediakan kondom apabila kemasan robek atau tampak kusut.

(11) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera mrusak kondom.

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).

b) Cara kerja pil KB

(1) Menekan ovulasi yang akan mencegah lepasnya sel telur dari ovarium.

(2) Mengendalikan lender mulut rahim sehingga sel mani tidak dapat masuk ke dalam rahim.

(3) Menipiskan lapisan endometrium.

(Maryunani, 2016)

c) Macam-macam pil KB

(1) Pil kombinasi

Sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesterone dan estrogen.

(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:

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

(b) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 μg desogestrel.

(Saifuddin, 2013)

(4) *After morning pil*

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

g) Keuntungan

(1) Mudah menggunakannya.

(2) Mencegah anemia defisiensi zat besi.

(3) Cocok untuk menunda kehamilan pertama pada PUS muda.

(Maryunani, 2016).

h) Kerugian

Dapat mengurangi ASI/menghambat produksi ASI (Maryunani, 2016). 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 hati dan ginjal (Manuaba dkk, 2010).

i) 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).

j) Indikasi

(1) Pil Kombinasi:

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pascakeguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara

jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak, menderita tuberculosis (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin), varises vena (Saifuddin, 2013).

(2) Minipil :

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak, menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, pascapersalinan dan tidak menyusui, pascakeguguran, perokok segala usia, mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah, tidak boleh menggunakan estrogen (Saifuddin, 2013).

k) Kontraindikasi

Kontraindikasi penggunaan pil kontrasepsi dapat dibagi menjadi dua, yaitu kontraindikasi mutlak/absolut dan kontraindikasi relatif. Kontraindikasi mutlak meliputi penyakit trombofeblitis atau tromboemboli, penyakit

serebrovaskuler, dan juga penyakit jantung koroner. Penyakit tersebut diderita saat ini atau pernah diderita pada saat lampau.. Penyakti lain adalah kanker payudara serta penyakit kanker lain yang dipengaruhi oleh estrogen, perdarahan pervaginam abnormal yang tidak terdiagnosis, kehamilan dan gangguan faal hati (4, 6, 14). Sedangkan kontra inidikasi relatif meliputi penyakit hipertensi, diabetes melitus, perokok, umur lebih dari 35 tahun, penyakit kandung empedu, gangguan faal hati ringan, gangguan faal ginjal dimasa lalu, epilepsi dan mioma uteri (Pernoll, 2001, Chrousos, 2007, & Wiknjosastro, 2007) dalam jurnal widodo, 2011.

l) 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).

2) KB suntik

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

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

a) Cara Kerja KB Suntik

(1) Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita.

(2) Mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam rahim.

(3) Menipiskan endometrium. (Maryunani, 2016)

b) Macam-macam KB Suntik

(1) Kontrasepsi DMPA

(a) Menurut Bazied (2002) Suntik DMPA berisi *depot medroksiprogesterone asetat* yang diberikan dalam suntikan tunggal 150 mg/ml secara *intramuscula*r (IM) setiap 12 minggu (Susilowati, 2012)

(b) *Depo Noretisteron Enatat (Depo Noristerat)*, yang mengandung 200 mg Norestindron Enatat, diberikan setiap bulan dengan cara disuntik intramuscular. (Saifuddin, 2013).

(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).

c) Keuntungan

(1) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun (Siregar, 2010)

(2) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu.

(3) Tingkat efektivitasnya tinggi.

(4) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas.

(5) Pengawasan medis yang ringan.

(6) Dapat diberikan pascapersalinan, pasca-keguguran atau pascamenstruasi.

(7) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi.

(8) Suntikan KB cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi. (Manuaba dkk, 2010)

d) 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).

e) 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)

f) 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)

g) Kontraindikasi

WHO menganjurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi suntikan pada:

(1) Kehamilan.

(2) Karsinoma payudara.

(3) Karsinoma traktus genetalia.

(4) Perdarah abnormal uterus.

(Hartanto, 2015)

h) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadual yang telah ditentukan (Saifuddin, 2013).

3) IUD/AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a) Pengertian

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim.

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).

c) Cara Kerja

Mekanisme kerja AKDR menurut Affandi (2010) antara lain:

(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

d) Keuntungan (Affandi, 2010)

(1) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A)

(2) Tidak ada efek samping hormonal

(3) Tidak mempengaruhi ASI

(4) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus

(5) Membantu mencegah kehamilan ektopik

e) Kerugian (Affandi, 2010)

Efek samping yang umum terjadi:

(1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang stelah 3 bulan)

(2) Haid lebih lama dan banyak

(3) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi

(4) Saat haid akan lebih sakit

Komplikasi lain:

(1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

(2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia

(3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

(4) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas

(5) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari

(6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)

(7) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan

f) indikasi (Affandi, 2010)

(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) Penderita diabetes

(11) Penyakit tiroid

(12) Setelah kehamilan ektopik

g) Kontra indikasi (Affandi, 2010)

(1) Sedang hamil

(2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui

(3) Sedang menderita infeksi alat genetalia (vaginitis, servisitis)

(4) Kanker alat genetalia

(5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri

(6) Diketahui menderita penyakit TBC pelvic

h) Teknik pemasangan AKDR

Menurut Mardiah Tahir dkk, (2015) antara lain:

(1) Sapa klien dengan ramah dan perkenalkan diri anda dengan tanyakan tujuan kedatangannya.

(2) Berikan jaminan kerahasiaan yang diperlukan klien.

(3) Berikan konseling sebelum pemasangan AKDR (jenisnya, keuntungan dan keterbatasan)

(4) Jelaskan kemungkinan efek samping pemakai AKDR Cu T380A

(5) Lakukan anamnesis untuk memastikan tidak ada maslah kondisi kesehatan sebagai pemakai AKDR.

(6) Jelaskan apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk mengajukan pertanyaan.

(7) Pastikan klien sudah mengosongkan kantung kemih dan mencuci kemaluannya dengan sabun.

(8) Cuci tangan dengan sabun dan keringkan dengan kain bersih.

(9) Palpasi daerah perut dan paeriksa apakah ada nyeri, benjolan atau kelainan lainnya di daerah suprapubik.

(10) Atur lampu yang terang untuk melihat servik.

(11) Pakai sarung tangan yang sudah di DTT.

(12) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.

(13) Lakukan pemeriksaan genetalia eksterna.

(14) Lakukan pemeriksaan speculum.

(15) Lakukan pemeriksaan bimanual.

(16) Buka dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 5%.

(17) Jelaskan proses pemasangan AKDR dan apa yang akan dirasakan .

(18) Melakukan ketrampilan memasukkan lengan AKDR Cu T 380A didalam kemasan steril.

(19) Memakai sarung tangan yang baru dan pasang speculum, kemudian jepit servik dengan tenakulum secara hati-hati.

(20) Masukkan sonde uterus dengan teknik “tidak menyentuh” (technique) dan tentukan posisi

dan kedalaman kavum uteri kemudian keluarkan sonde.

(21) Ukur kedalaman kavum uteri pada tabung inserter.

(22) Angkat tabung AKDR dari kemasannya tanpa menyentuh permukaan yang tidak steril dan masukkan tabung inserter kedalam uterus sampai leher biru menyebtuh servik atau sampai terasa ada tahanan.

(23) Lepaskan lengan AKDR dengan menggunakan teknik withdrawl, dan keluarkan pendorong, kemudian tabung insenter didorong kembali kea rah servik sampai leher biru menyentuh servik atau terasa ada tahanan.

(24) Keluarkan sebagian tabung inserter dan gunting benang AKDR kurang lebih 3-4 cm, kemudian keluarkan seluruh tabung inserter, buang ketempat sampat terkontaminasi.

(25) Lepaskan tenkulum dengan hati-hati, rendam larutan klorin 0,5% dan periksa serviks, vila ada perdarahan dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kasa 30-60 detik,

kemudian keluarkan speculum dengan hati-hati, rendam dalam larutan klorin.

(26) Ajarkan klien cara memeriksa sendiri benang AKDR dan kapan dharus dilakukan.

(27) Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

(28) Beritahu klien harus datang kembali ke klinik untuk control.

(29) Yakinkan bahwa klien bisa meminta AKDRnya dicabut setiap saat.

(30) Lengkapi rekam medik dankartu AKDR untuk klien

i) Pencabutan AKDR

Menurut Saifuddin, (2006) langkah-langkah pencabutan AKDR sebagai berikut:

(1) Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya

(2) Memasukkan speculum untuk melihat serviks dan benang IUD

(3) Mengusap servik dan vagina dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali

(4) Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik nafas panjang, dan memberitahu mungkin timbul rasa sakit.

Macam-macam pencabutan:

(1) Pencabutan normal

Jepit benang didekat servik dengan menggunakan klem lurus atau lengkung yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat. AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan .bila benang putus saat ditarik, maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar.

(2) Pencabutan sulit

Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung . bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis. Masukkan klem atau alat

pencabut AKDR kedalam cavum uteri untuk menjepit benang AKDR itu sendiri. Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar klem pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikalis sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan ke bawah dan keatas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga yang besar.

4) Implan/Susuk KB

a) Pengertian

Menurut Verney (1997) kontrasepsi implant adalah system norplant dari implant subdermal levonorgestrel yang terdiri atas enam skala kapsul *dimethylsiloxane* yang dibuat dari bahan silastik, masing-masing kapsul berisi 36 mg levonorgestrel

dalam format kristal dengan masa kerja lima tahun (Kumalasari, 2015).

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

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

b) Macam-macam KB Implant

(1) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013).

(2) *Jadena* dan *Indoplant*

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

(3) Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm,

yang diisi dengan 68 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013).

c) 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).

d) Keuntungan

Dipasang selama lima tahun, kontrol medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi biaya murah. (Manuaba dkk, 2010). Parktis, efektif, tidak ada faktor lupa, tidak menekan produksi ASI, masa pakai jangka panjang 5 tahun (Maryunani, 2016).

e) Kerugian

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

(2) Berat badan bertambah.

(3) Menibulkan akne, ketegangan payudara.

(4) Liang senggama terasa kering. (Manuaba dkk, 2010).

f) Efek Samping

(1) Amenorea.

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

(3) Ekspulsi.

(4) Infeksi pada daerah isersi.

(5) Berat badan naik/turun. (Saifuddin, 2013).

g) Indikasi

(1) Usia reproduksi.

(2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.

(3) Ibu menyusui.

(4) Pascakeguguran/abortus.

(5) Tidak mengiingimkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap.

(6) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen.

(7) Sering lupa mengkonsumsi pil. (Kumalasari, 2015).

h) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil.

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.

(5) Miom uterus dan kanker payudara.

(6) Gangguan toleransi glukosa. (Saifuddin, 2013)

i) Efektivitas

0,2–1 kehamilan per 100 perempuan (Kumalasari, 2015).

j) Cara pemasangan implan

(1) Setiap saat selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ke-7, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan

(2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan. Apabila insersi setelah 7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.

(3) Apabila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrsepsi lain untuk tujuh hari saja.

(4) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat.

(5) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.

(6) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tersebut tidak hamil, atau klien menggunakan kontrsepsi dengan benar.

(7) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntik, tidak perlu metode kontrasepsi lain.

(8) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggatinya dengan norplant, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan

syarat diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

(9) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, maka dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja. AKDR segera dicabut.

(10) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan. (Sulistyawati, 2011)

k) Cara mengeluarkan implan

(1) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis.

(2) Tentukan lokasi dari impian dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.

(3) Suntikkan anastesi local dibawah implant

(4) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung-ujung implant pada daerah alas kipas

(5) Keluarkan implant pertama yang trerletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.

(6) Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran /pencabutan norplant.

Cara pop-out :

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” kearah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung dital kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melaluui lubang insisi seinga ujung tersebut akan menyembut/pop out melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertingal.

Cara standard:

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang

insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jarinan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa sterril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille.Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

Cara "u":

Teknik ini dikembangkan oleh Dr.Untung Prawirohardjo dari semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengn meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan

yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar. (Hartanto, 2009)

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).

b) Jenis

Minilaparotomi, Laparoskopi (Affandi, 2010)

Mekanisme kerja:

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

c) Keuntungan

(1) Kontrasepsi (Affandi, 2010)

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

(b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)

(c) Tidak bergantung pada factor senggama

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

(e) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

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

(2) Nonkontrasepsi (Affandi, 2010)

Berkurangnya risiko kanker ovarium

d) Keterbatasan (Affandi, 2010)

(1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini

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

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

(4) Dilakukan oleh dokter terlatih

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

e) Indikasi (Affandi, 2010)

(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

f) Indikasi (Affandi, 2010)

(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

g) Kontra indikasi (Affandi, 2010)

(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

h) Waktu dilakukan (Affandi, 2010)

(1) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil

(2) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)

(3) Pascapersalinan

(a) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu

(b) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan

(4) Pascakeguguran

(a) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskopi)

(b) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hai sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja).

2) Vasektomi

a) Pengertian

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

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).

c) Keuntungan nonkontrasepsi

(1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang

(2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

(Affandi, 2010)

d) Keterbatasan (Affandi, 2010)

(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

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kita kebidanan. Asuhan kebidanan juga merupakan aplikasi atau penerapan dari peran, fungsi dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sesuai kewenangan bidan dan kebutuhan klien dengan memandang klien sebagai makhluk psikososial cultural secara menyeluruh/ holistik yang berfokus pada perempuan (Yulifah, 2014).

1. Pengkajian Data Dasar

a. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam, 2008).

1) Biodata

a) Nama ibu

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati, 2010).

b) Umur

Seorang wanita yang telah menunda masa usia suburnya atau wanita yang menginginkan anak lagi setelah usia 35 tahun dapat memiliki kekhawatiran tertentu berkaitan dengan usianya. Selain itu, seiring peningkatan usia,resiko wanita untuk menderita diabetes gestasional,hipertensi, dan penyakit kronis lain meningkat. Bagi wanita yang merencanakan kehamilan pertamanya setelah usia 35 tahun, masalah infertilas merupakan masalah yang lebih besar lagi. Perubahan-perubahan besar terhadap gaya hidup yang sudah mapan juga dialami pasangan berusia mapan (Varney *et al*,2007).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati,2010).

d) Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu

hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011).

e) Penghasilan

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

f) Alamat

Ibu yang tinggal di daerah terkena radiasi dapat berpengaruh pada janin, kerusakan otak, mikrosefali atau cacat bawaan lainnya (Ngastiyah, 2015).

2) Keluhan utama

Menurut Varney *et al*, (2007), keluhan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nuktoria, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

(2) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan penigkatan tekanan

vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar Yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.

(3) Nuktoria

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

(4) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergesaran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan kontipasi.

(5) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu

diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

(6) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesterone, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.

3) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit

jantung, diabetes mellitus, anemia dan penyakit menular seksual (PMS).

(Marmi, 2011).

b) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

(1) Diabetes Melitus-tergantung Insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe 1 secara umum tampak dengan keluhan jelas polyuria, termasuk keinginan untuk berkemih selama malam hari, meningkatnya haus, lapar dengan penurunan berat badan dan kelemahan atau keletihan. Mereka dengan diabetes tipe II mungkin juga mengeluh haus, sering berkemih dan kelemahan tetapi yang lebih tampak adalah adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan kabur atau bahkan neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebaiknya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney *et al*, 2007).

(2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin/neonates dan maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrubsio retina,gagal janin, hemorargi serebral, IUGR dan kematian maternal dan janin (Walsh, 2012).

(3) Penyakit tiroid

Menurut Miller et al 1994, Hipertiroideisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden preeklamsia, kelahiran premature, berat badan lahir rendah dan kematian janin (Fraser *et al*, 2009).

(4) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan aborsi spontan, kematian janin intrauterine, kematian neonates dan sifilis kongenital. Sampai 80% ibu hamil

dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas dan morbiditas (Walsh, 2012).

(5) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dari ibu terinfeksi. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositive untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonates mereka (Walsh, 2012).

(6) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadinya kontraksi otot Rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran,persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonates. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012).

(7) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada saat kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2012).

(8) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hamper sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2012).

(9) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas perlu diperlukan konseling prakontrasepsi 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).

(10) Gangguan hematologi

Anemia sel sabit (SS), penyakit Hb C-sel sabit (SC) dan talasemia sel sabit B (talasemia S-B) berkelanjutan ke kondisi yang dikaitkan dengan penignkatan mortalitas dan morbisitas pada maternal dan perinatal. Selain itu, ibu dengan sel sabit (AS) mengalami peningkatan morbiditas karena ISK dan anemia defisiensi folat zat besi yang menyertai (Wals, 2014).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain. Terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi,

seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser *et al*, 2009).

Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetic atau keturunan (Saifuddin,2014).

4) Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

Menurut Fraser *et al* (2009) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu.

Metode ini mengasumsikan bahwa:

Ibu memiliki menstruasi dan jarak menstruasi yang teratur.

(a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.

(b) Periode pendarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya,

implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perubahan.

Menurut Marmi (2014), gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus neagele h+7 b-3 th+1 untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus h+14 b-3 th+1. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencangkup frekuensi haid dan lama pendarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi pendarahan. Dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau bekuan-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

b) Riwayat kehamilan yang lalu

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

c) Riwayat persalinan yang lalu

Menurut Marmi (2011), informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstrasi vakum atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat janin, jenis kelanin dan komplikasi lain.

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu Passage (jalan lahir), Passanger (janin), power (tenaga ibu/his/kontraksi), Paikis ibu dan Penolong (Mochtar, 2015).

d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38C. bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2012).

e) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu: timbang,ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular sexsual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

f) 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 resiko kehamilan ektopik,dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2014).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C (Varney *et al*,2007).

Menurut Saifuddin (2010) nutrisi yng perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

(1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini Merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah

pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram perhari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan oedema.

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram perhari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

(4) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap

tablet mengandung FeSO4,320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 ug, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama Teh atau kopi, karena akan menggangu penyerapan, metabolisme yang tinngi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau , daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 4000

mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravda setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung padda kandung kemih (Marmi, 2014).

(2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal

ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014).

c) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2014).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2010).

e) Personal hygine

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

(1) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Pakaian yang mudah disesuaikan dan longgar (Varney *et al*, 2007).

(2) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (hipersalivasi atau roduksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus tetap terjaga. Sementara pada trimester tiga terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin. Maka dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan dengan caries dan gingivitis (Saifuddin, 2010).

(3) Pemeliharaan Payudara

Membersihkan peyudara dengnan air hangat dan handuk yang lembut lalu mengeringkan hati-hati. Menggunakan bra penyokong untuk mencegah dan mengurangi nyeri punggung bagian atas serta dapat menyamarkan nyeri tekan akibat payudara membesar (Varney *et al*, 2007).

(4) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, mengganti rutin celana dalam, membersihkan dengan arah dari depan ke belakang setelah buang air (Varney *et al*,2007).

6) Riwayat seksual

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau ikan hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum

waktunya, mengalami kematian dalam kandugan, sekitar dua minggu menjelang persalinan (Manuaba,2012).

Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan (Saifuddin, 2010)

7) Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan prematur dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu diatas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli,2011).

b) Alkohol

Akohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (*fetal alkohol syndroma* [FASI]),

digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Fraser *et al*, 2009).

c) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati dan abnormalitas (Fraser *et al*, 2009).

8) Riwayat psikososial dan budaya

a) Latar Belakang Sosial Budaya

Hak penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang

harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga supan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi asi juga akan berkurang (Romauli, 2011).

b) Psikososial Dan Spiritual

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lalin ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seirign dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2014).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik, kedaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini

diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikp lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011).

Lordosis yang progesif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah 2 tungkai (Saifuddin, 2010).

a) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg, beresiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2014).

Pada umunya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari

batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklamsia ringan (Manuaba, 2012).

(2) 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, 2014).

(3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

(4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011).

b) Antropometri

(1) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungn awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011).

(2) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/minggu (Manuaba, 2012).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009).

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan

menambah berat badan perminggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5. Jika kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012). Selain itu merupakan indicator 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).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kulit pucat dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2012). Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurag gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adaya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupaka salah satu tanda gejala adaya preeklamsia (Saifuddin, 2010).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, nilai pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis,

bila merah kemungkinan ada konjungtivis. Kelopak mata yang begkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011).

d) Telinga

Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, benjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

e) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingvitis yang mengandug pembukuh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawata mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

f) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemisis gravidarum*. Adanya kerusaka gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan benduga vena jugularis. Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid beresiko mengalami preeklamsi gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Pembesaran kelenjar limfe terdapat penyakit jantung, sedangkan ditemukan bendungan vena jugularis terdapat adanya infeksi (Romauli, 2011).

h) Dada

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

i) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih da menojol. Pada minggu ke-12

kolostrum mulai keluar dari papila mamae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masam akhir kehamilan (Romauli, 2011).

j) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yah terdistensi atau obesitas dapat memberi kesan yang salah tetang ukuran janin. Pada sebagia besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan da cepat sedikit menojol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdome dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat meyebabkan uterus condong kedepan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna

gelap akibat pigmentasi yang terletak memajanng di bagian tengah abdomen dibawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (bekas *sectio caesarea*) dapat mengidentifikasi adanya oprasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser *et al*, 2009).

k) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus ada pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibrima labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjola atau penebalan labium mayus dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2012). Pemeriksaa genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilisatau herpes (Marmi, 2014).

l) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Pregesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkata tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vea hemoroid (Varney *et al*, 2007).

m) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, penigkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adaya preeklamsia (Marmi, 2014). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungki merupakan tanda preeklamsia. Nilai

reflek negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi Leopold

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indra peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yag lembut (Fraser *et al*, 2009).

(1) Leopold 1

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

(a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

(b) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

(c) Rahim dibawa ketegah

(d) Tinggi fundus uteri ditentukan

(e) 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), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yag lain diatas simfisis.

Gambar 2.10
Pemeriksaan Leopold I

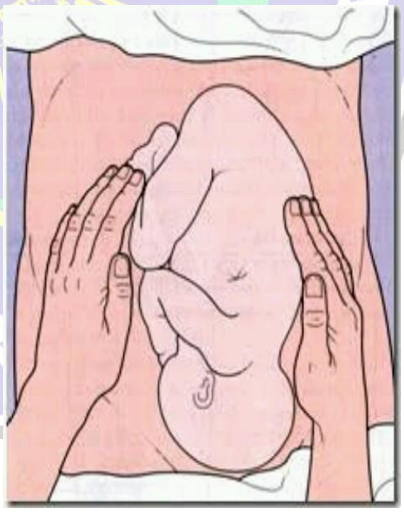
Sumber : Kuswanti, 2014.

(2) Leopold II

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

(a) Kedua tangan pindah kesamping

(b) 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.



Gambar 2.11
Pemeriksaan Leopold II

Sumber : Kuswanti, 2014.

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

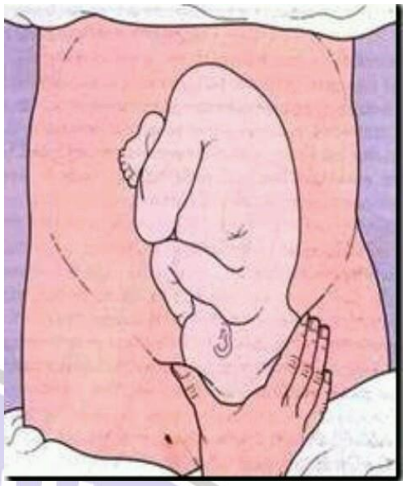
Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2012).

(3) Leopold III

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

(a) Dipergunakan satu tangan saja
(b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
(c) Cobalah apakan bagian bawah masih dapat digoyangkan.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO



Gambar 2.12
Pemeriksaan Leopold III

Sumber : Kuswanti, 2014.

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

(4) Leopold IV

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

(a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita

(b) Degann kedua tanga ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

(c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan

berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

(d) Jika kita rapatlkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.

Gambar 2.13
Pemeriksaan Leopold IV

Sumber : Kuswanti, 2014.

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:

(a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga

(b) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul

(c) Jika kedua divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007), tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporsisi Kepala Panggul) pada ibu hamil.

Prosedur pemeriksaan test Osborn ini adalah sebagai berikut:

(1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

(2) Tangan kiri mendorong janin masuk/ kearah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simfisi, maka

tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu (±). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah diletakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (±). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test osborn adalah positif (+).

c) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol

pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat sitentukan TFU (Manuaba, 2010).

d) Taksiran Berat Janin

Tafsiran ini bila erlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm - n) x 155 = berat (gram)

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n = 11 (Romauli, 2011).

(1) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012). Bila bunyi jantung kurang dari 120 permenit atau lebih dari 160 permenit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014).

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.

Contoh :

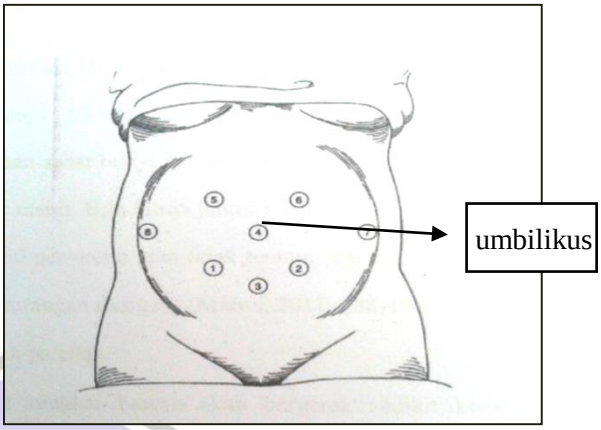
(1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal

(2) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 kali permenit, janin dalam keadaan asfiksia

(3) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 kali permenit, janin dalam keadaan asfiksia

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga da kelima dalam satu menit tidak boleh lebih dari dua.

Untuk Letak Puntum Maksimum pada kehamilan dengan posisi normal dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



Gambar 2.14
Letak Punctum Maksimun Pada Posisi Normal

Sumber: Wheeler, 2004

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

4) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Panggul

Tulang panggul (os sakrum) terdiri atas kiri dan kanan yang melekat satu sama lain di garis medianus persambungan tulang rawan disebut simpisis oseum pubis sehingga terbentuk gelang panggul yang disebut singulum ekstremitas inferior.

Os sakrum dibentuk oleh os ileum (tulang usus), os pubis (tulang kemaluan), dan os iskii (tulang duduk). Di dalam os ileum terdapat lekuk besar yang disebut fossa iliaka, di depan krisna iliaka terdapat tonjolan spina iliaka anterior superior dan di belakang spina iliaka posterior superior. Os iskii terdiri atas korpus ossis iskii, di belakang asetabulum korpus ossis iskii mempunyai taju yang tajam disebut spina iskiadika yang terdapat insisura iskiadika mayor dan dibawahnya spina iskiadika minor. Os pubis terdiri dari pubis kanan dan kiri yang terdapat tulang rawan disebut simpisis pubis. (Saifuddin, 2007).

Menurut Marmi (2014) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama

ditentukan oleh bentuk dan ukuran panggul. Maa untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(1) Pemeriksaan panggul luar

Cara ini dapat ditentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuranukuran panggul apabila dilakukan dengan pemeriksaan dalam. Alat-alat yang dipakai antara lain : jangkar-jangkar panggul Martin, Oseander, Collin, Boudeloque dan sebagainya.

Yang diukur adalah :

(a) Distansia spinarum (± 24-26 cm), jarak anatar kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.

(b) Distansia kristarum (± 28-30 cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krisna iliaka sinistra dan dekstra.

(c) Distansia oblikua eksterna (ukuran miring luar), jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior

dekstra dan spina iliaka anterior superior sinistra.

(d) Distansia intertrokanterika, jarak antara kedua trokanter mayor.

(e) Konjugata eksterna (Boudeloque) ± 18 cm, jarak antara bagian atas simfisis ke profesus spinosus lumbal 5.

(f) Distansia tubernum (± 10,5 cm), jarak antara tuber iskii kanan dan kiri.

(2) Pemerksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promototium tidak teraba, tidak ada tumor, linea innominate teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, *os. Sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis.

Memasukkan dua jari (telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang/ promotorium. Hitung jarak dari tulang kemaluan hingga promotorium untuk mengetahui ukuran pintu atas panggul dan pintu tengah panggul.

Pemeriksaan ini mendapatkan konjugata diagonal (Aflah Nur, 2010)

b) 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).

(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).

c) Protein urin

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

d) Reduksi urin

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

e) *Ultrasonografi* (USG)

Dengan adanya pelayanan Ultrasonografi (USG), kesalahan perhitungan usia kehamilan dapat dikurangi. USG sering dilakukan pada usia kehamilan 16 minggu untuk menilai viabilitas janin,

menentukan usia kehamilan, serta mengetahui kelainan-kelainan yang mungkin terdapat pada fetus (Patel PR, 2007).

Dalam menentukan usia kehamilan, USG mempunyai beberapa parameter yang bisa digunakan. Beberapa parameter USG tersebut adalah:

(1) Diameter Biparietal (BPD)
(2) Lingkar Kepala (head circumference; HC)
(3) Lingkar Abdomen (abdomen cicumference; AC)
(4) Panjang Femur (femur length; FL)

(Patel PR, 2007)

f) Non Stress Tes (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerak janin (Marmi, 2011).

Pemeriksaan detak jantung janin dihubungkan dengan gerak janin. Terjadinya akselerasi menunjukkan kesejahteraan janin optimal intra uteri (Manuaba, 2010).

g) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

2. Analisa Data

Analisa data adalah melakukan interprestasi data yang telah dikumpulkan, mencakup : diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis/masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis/masalah potensial dan tindakan segera (Muslihatun, 2009).

3. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa **:** GP_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012). Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nuktoria, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang,

varises, panas dan nyeri ulu hati dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney *et al*, 2007).

Pengalaman wanita berkaitan dengan kehamilan, abortus, persalinan premature dan persalinan aterm serta anak yang hidup dapat dituliskan sebagai *GV. P3012* yang artinyakehamilan kelima, hamil aterm sebanyak 3 kali, 1 kali abortus dan anak yang hidup sebanyak dua orang. Untuk memudahkan mengingat arti P3012di jabarkan dengan "Apah", A: hamil aterm, P: persalinan prematur, A: abortus (keguguran), H: anak yang hidup (manuaba dkk, 2010).

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/MenKes/SK/VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterprestasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut:

a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Menurut Depkes RI (1995), unsur-unsur dalam diagnosa kebidanan yaitu:

a. Kondisi pasien.klien yang terkait dengan masalah.
b. Masalah utama dan penyebab utama.
c. Masalah potensial.
d. Prognosa

Langkah merumuskan diagnosa kebidanan ini berlaku untuk semua asuhan.

4. Intervensi

Menurut Varney dkk, tahun 2004, perencanaan merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyuluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuia dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan pasien (Febryanti, 2013).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria hasil :

a. Keadaan umum baik.
b. Kesadaran composmentis.

c. Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5ºC, RR:16-24 x/menit).

d. Pemeriksaan laboratorium.

e. Hb ≥ 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

f. DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur.

g. TFU sesuai dengan usia kehamilan.

h. Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney *et al* (2007)

a. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

b. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

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

R/Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

d. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

e. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011).

f. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

g. Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Masalah-masalah

a) Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Kriteria : setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Marjiati (2010):

(1) Anjurkan ibu menghindari posisi tegak lurus dalam waktu yang lama

R/ mengurangi terjadinya edema

(2) Anjurkan ibu menghindari pemakaian sandal atau hak tinggi

R/ menekan peredaran darah sehingga darah tidak mengalir dengan lancer

(3) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan mempererat edema.

(4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

(5) Anjurkan pada ibu olahraga senam hamil

R/memperlancar sirkulasi peredaran daarah

b) Masalah 2 : Nuktoria

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

Kriteria :

(1) Ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari

(2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Marjiati (2010):

(1) KIE tentang penyebab sering BAK

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

(2) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih ketika ada dorongan untuk BAK

R/agar tidak terjaadi infeksi saluran kemih

(3) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

(4) Anjurkan ibu untuk tidak menaha BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(5) Anjurkan banyak minum pada siang hari dan mengurangi setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

c) Masalah 3 :Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2X/hari, konstintensi lunak

Intervensi menurut Eny (2009):

(1) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras

(2) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas ()terutama ketika perut ibu kosong

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

(3) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

R/Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

d) Masalah 4 : hemorroid

Tujuan : hemorroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

(1) BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak, bau khas feses

(2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Eny (2009):

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

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

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat BAB

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

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

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

(4) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hanngat

R/ hangtanya air tidak hanya memberikan kenyamanana tapi juga meningkatkan sirkulasi

e) Masalah 5 : kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptsi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai

Kriteria :

(1) Kram pada kaki berkurang

(2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Varney *et al* (2007):

(1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalium

(2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/ senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O2 ke jaringan sel terpenuhi

(3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar

(4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama

R/ mengurangi penekanan yang terlalu lama pada kaki sehingga aliran darah lancar

(5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat

R/ otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

(6) Ajurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

f) Masalah 6 : sesak nafas

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O2 ibu terpenuhi

Kriteria :

(1) Frekuensi pernafasan 16-24x/menit

(2) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Serri (2013):

(1) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/Merelaksasi otot-otot

(2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/Menghindari penekanan diafragma

(3) Anjurkan ibu untuk tidak menghisap asap rokok

R/Pernafasan tidak terganggu

(4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/Aktivitas berat menyebab energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O_2.

g) Masalah 7 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria :

(1) Pusing berkurang

(2) Kesadaran composmentis

(3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Varney *et al* (2007):

(1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis

(2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

(3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O2 karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

(4) Jelaskan untuk menghindari posisi terlentang

R/ sirkulasi O2 ke otak lancar

h) Maslah 8 : nyeri puggung bawah

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Eny (2009):

(1) Anjurkan ibu menghindari posisi tidur telentang jika punggung terasa nyeri

R/nyeri dapat berkurang

(2) Anjurkan ibu tidak membungkuk berlebihan

R/ membungkuk yang berlebihan menimbulkan pinggang terasa nyeri

(3) Anjurkan ibu tidak mengangkt bebaan yang berat

R/ menimbulan rasa nyeri pada pinggang bagian bawah.

(4) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

i) Masalah 9 : varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : tidak terdapat virus

Intervensi menurut Varney *et al* (2007):

(1) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran nalik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

(2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran ablik vena

(3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/ meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

(4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi

(5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

j) Masalah 10 : panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

(1) Tidak kembung

(2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Eny (2009):

(1) Anjurkan ibu makan porsi keci tapi berulang

R/ mengurangi rasa mual

(2) Anjurkan ibu menghindari makanan penstimulus (kopi,alcohol, coklat dan lemak)

R/menekan motilitas lambung dan skresi asam lambung

(3) Anjurkan ibu menghindari makan-makanan yang dingin atau minum bersamaan makan

R/ menghambat sekresi asam lambung

(4) Hindari makan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

(5) Berikan antasida

R/Antasida adalah obat yang digunakan untuk mentralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

k) Masalah 11 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkuran

Kriteria :

(1) Ibu tampak tenang dan rileks

(2) Ibu tampak tersenyum

Intervensi menurut Varney *et al* (2007):

(1) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

(2) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

R/ relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang menjelang persalinan

5. Implementasi

Menurut Varney, pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah perencanaan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Penatalaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau tenaga kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi dia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan penatalaksanaannya (Varney, 2007).

Menurut Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnose, rencana dan perkembangan keadaan klien. Adapun definisi operasionalnya adalah sebagai berikut:

a. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi.
b. Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan rencana dan perkembangan klien.
c. Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan prosedur tetap dan wewenang bidan atau hasil kolaborasi.
d. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan etika dan kode etik kebidanan.
e. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang tela tersedia.

Selain kelima poin di atas, terdapat juga standar partisipasi klien, dimana klien dan keluarga dilibatkan dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan meliputi:

a. Klien dan keluarga mendapatkan informasi tentang:
    1) Status kesehatan saat ini.
    2) Rencana tindakan yang akan dilakukan.
    3) Peranan klien/keluarga dalam tindakan kebidanan.
    4) Peran petugas kesehatan dalm tindakan kebidanan.

5) Sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan.

b. Klien dan keluarga dilibatkan dalm menentukan pilihan dan mengambil keputusan dalam asuhan.

c. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.

6. Evaluasi

Menurut Kemenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007/7 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dan asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.

b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.

c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart.

d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

7. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan untuk pencatatan asuhan kebidanan yang meliputi:

a. Data subjektif

Merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose.

b. Data objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

c. Asesmen

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

d. Planning

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat.

(Nurasiah, 2012).

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam, 2008).

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) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009). 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).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2010).

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012).

e) Penghasilan

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

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012) 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) adalah:

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

3) 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:

a) 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 karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010).

Menurut Manuaba (2012) 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.

b) 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).

c) 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).

d) Hipertiroidisme

Menurut Miller et al 1994 dalam Fraser *et al* (2009) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

e) Gonore

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

f) Diabetes mellitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2009).

4) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan 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, 2012).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014) 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).

5) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

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

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan memperlambat turunnya bagian terendah janin, menimbulkan rasa tidak nyaman, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pascapersalinan (Anonim, 2007).

c) Aktivitas

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).

d) Personal Hygiene

Membilas kemaluan dengan air bersih setelah BAK, dan menggunakan sabun setelah BAB. Menjaga vagina dalam kondisi tetap bersih sangat penting karena pengeluaran air ketuban, lendir darah, ketuban menimbulkan perasaan yang tidak nyaman untuk ibu. Sehingga ibu dianjurkan untuk mandi agar lebih segar dan bertenaga (Nurasiah dkk, 2012).

e) Sexual

Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Kuswanti, 2014).

f) Riwayat Ketergantungan

Menurut Marmi tahun 2011 menjabarkan bahwa riwayat ketergantungan meliputi:

(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 dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko.

(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.

(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)

6) Riwayat Psikososial dan Budaya

Pada trimester III klien merasa tidak feminine lagi karena perubahan tubuhnya, kekuatan akan kelahiran bayinya, stress keluarga karena adanya perasaan sekarat selama persalinan berlangsung. Faktor-faktor situasi, seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, pendidikan, status perkawinan,

latar belakang budaya dan etik, serta status sosial ekonomi (Marmi, 2011).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

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

b) 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). 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).

(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 *et al*, 2007). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi

nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser *et al*, 2009).

(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).

(4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney *et al*, 2007).

2) Pemeriksaan Fisik

b) Muka

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

c) Mata

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

d) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak 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).

e) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari

hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). 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).

f) 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 *et al*, 2007).

g) 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). 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). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdme untuk memastikan integritas uterus (Varney *et al*, 2007).

h) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *blody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikositas vulva atau rektum, adanya perdarahan

pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2008).

i) 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).

j) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). 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).

3) Pemeriksaan Khusus

b) Palpasi

Palpasi 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).

(1) Leopold 1

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

(a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

(b) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

(c) Rahim dibawa ketengah

(d) Tinggi fundus uteri ditetukan

(e) 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), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yag lain diatas simfisis.

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).

(2) Leopold II

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

(a) Kedua tangan pindah kesamping

(b) 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).

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

(3) Leopold III

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

(a) Dipergunakan satu tangan saja
(b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
(c) 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).

(4) Leopold IV

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

(a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita

(b) Degann kedua tanga ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

(c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

(d) 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 :

(a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga

(b) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul

(c) Jika kedua divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

(1) Fundus uteri diukur dengan pita menurut Mc. Donald (Sarwono, 2007). Tinggi fundus di kalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila di kalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

(a) Tinggi fundus (cm) x 2/7 = (durasi kehamilan dalam bulan)

(b) Tinggi fundus (cm) x 8/7 = (durasi kehamilan dalam minggu)

(2) Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.7

Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	**Tinggi fundus**	
	Dalam cm	**Menggunakan petunjuk-petunjuk badan**
12 minngu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (±2 cm)	Setinggi umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (±)	-
28 minggu	28 cm (±2 cm)	Di tengah antara umbilikus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (±2 cm)	-
36 minggu	36 cm (±2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014)

c) Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm - n) × 155 = berat (gram).

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12.

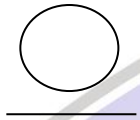
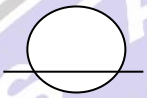
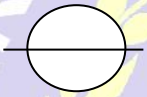
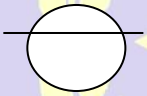
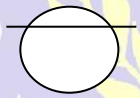
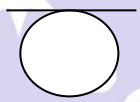
Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n = 11 (Romauli, 2011).

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008): 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 2.8

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)

d) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai

sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Pada saat persalinan penting diketahui sifat denyut jantung janin (cepat, lambat, dan tak teratur). 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.

e) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012). 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).

(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).

(3) Kala III

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

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008).

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan dalam

Kewaspadaan melakukan pemeriksaan dalam

(1) Pencegahan infeksi

(a) Terhadap diri sendiri. Pakailah sarung tangan yang telah disterilkan untuk melindungi diri sendiri dari kemungkinan infeksi. Bidan atau mereka yang bekerja pada bidang kesehatan tidak luput dari kemungkinan terkena infeksi.

(b) Terhadap pasien khususnya janin dalam rahim. Bukalah bibir kanan-kiri vagina dengan tangan kiri. Bersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan

antiseptic. Dari atas ke bawah dan terus dibuang (satukali pemakaian). Tangan kanan dimasukkan ke dalam liang senggama dan tidak boleh dikeluarkan sebelum seluruh pemeriksaan dapat dievaluasi.

(2) Temuan dalam pemeriksaan dalam

(a) Perabaan serviks: Apakah serviks lunak atau kaku; Apakah serviks telah mendatar; Apakah serviks masih tebal atau telah tipis; Berapa pembukaan serviks; Kemana arah serviks.

(b) Keterangan tentang ketuban. Apakah ketuban sudah pecah atau belum. Untuk menetapkannya dapat ditunggu sampai His berlangsung karena saat His ketuban menonjol. Pada pembukaan hamper lengkap, ketuban dipecahkan.

(c) Bagian terendah dan posisinya. Bagian terendah sudah dapat ditentukan dengan pemeriksaan Leopold III dan IV. Kepala terasa keras, bulat dan terdapat sutura dan ubun-ubun kecil atau besar; posisi kepala:

letak demoninator dan penurunan kepala. Pada letak kepala, kaji: penurunan berdasarkan bidang hodge, apakah terdapat kaput suksedaneum dan seberapa besarnya, apakah terdapat letak kombinasi antara tangan/lengan menumbung, kepala dan kaki, kepala tali pusat. Bokong dikenal dengan bagian yang lunak dan denominatornya tulang sacrum.

(3) Pemeriksaan ukuran panggul. Keadaan panggul dapat diperkirakan normal bila dijumpai persalinan berlangsung spontan bayi hudup dan aterm. Primigravida kepala janin masuk PAP minggu ke-36. Ukuran panggul yang diperhatikan pada primigravida: Apakah promontorium teraba dan berapa panjang konjugata diagonalis; Apakah linea inominata teraba dan seberapa bagian; Apakah os sacrum berbentuk konkaf; Bagaimana keadaan dinding samping panggul; Apakah spina iskiadika menonjol atau tidak; Bagaimana keadaan arkus pubis dan os pubis; Bagaimana keadaan dasar panggul.

Pada primigravida ketiga factor persalinan 3 P belum teruji. Dengan demikian pertolongan persalinan pada primigravida memerlukan observasi yang lebih tepat dan ketat

(4) Keadaan abnormal atau patologis. Pada pemeriksaan dalam dicari keadaan abnormal yang menyebabkan persalinan menyimpang. Keadaan abnormal tersebut meliputi: Terdapat tumor atau terjadi penyempitan vagina; Kekakuan serviks sehingga mengganggu pembukaan; Arah dan panjang serviks; Tumor yang menghalangi penurunan bagian terendah; Tumor atau keadaan abnormal tulang panggul yang menyebabkan deformitas jalan lahir.

(Manuaba dkk, 2010)

b) Pemeriksaan panggul

Tulang panggul (os sakrum) terdiri atas kiri dan kanan yang melekat satu sama lain di garis medianus persambungan tulang rawan disebut simpisis oseum pubis sehingga terbentuk gelang panggul yang disebut singulum ekstremitas inferior.

Os sakrum dibentuk oleh os ileum (tulang usus), os pubis (tulang kemaluan), dan os iskii

(tulang duduk). Di dalam os ileum terdapat lekuk besar yang disebut fossa iliaka, di depan krisna iliaka terdapat tonjolan spina iliaka anterior superior dan di belakang spina iliaka posterior superior. Os iskii terdiri atas korpus ossis iskii, di belakang asetabulum korpus ossis iskii mempunyai taju yang tajam disebut spina iskiadika yang terdapat insisura iskiadika mayor dan dibawahnya spina iskiadika minor. Os pubis terdiri dari pubis kanan dan kiri yang terdapat tulang rawan disebut simpisis pubis. (Saifuddin, 2007).

Menurut Marmi (2014) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran panggul. Maa untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(1) Pemeriksaan panggul luar

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

jangkar panggul Martin, Oseander, Collin, Boudeloque dan sebagainya.

Yang diukur adalah :

(a) Distansia spinarum (± 24-26 cm), jarak anatar kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.

(b) Distansia kristarum (± 28-30 cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krisna iliaka sinistra dan dekstra.

(c) Distansia oblikua eksterna (ukuran miring luar), jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior dekstra dan spina iliaka anterior superior sinistra.

(d) Distansia intertrokanterika, jarak antara kedua trokanter mayor.

(e) Konjugata eksterna (Boudeloque) ± 18 cm, jarak antara bagian atas simfisis ke profesus spinosus lumbal 5.

(f) Distansia tubernum (± 10,5 cm), jarak antara tuber iskii kanan dan kiri.

(2) Pemerksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promototium tidak teraba, tidak ada tumor, linea innominate teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, *os. Sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis.

Memasukkan dua jari (telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang / promotorium. Hitung jarak dari tulang kemaluan hingga promotorium untuk mengetahui ukuran pintu atas panggul dan pintu tengah panggul. Pemeriksaan ini mendapatkan konjugata diagonal (Aflah Nur, 2010).

c) 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).

(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).

d) Pemeriksaan urin

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

(1) 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.

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

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

2. Interpretasi Data

$G_{\geq 1}P_{0/>}$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 :

a. Kala I fase laten kemungkinan terdapat masalah ibu gelisah menahan rasa sakit.

b. Kala I fase aktif ada kemungkinan terdapat kecemasan dalam menghadapi persalinan.

c. Kala II bisa timbul masalah ibu tidak tahu cara mengejan yang benar.

d. Kala III masalah yang dapat timbul bisa berupa ibu merasa lelah dan plasenta belum lahir.

e. Kala IV masalah yang mungkin timbul bisa berupa terdapat robekan jalan lahir.

(Purwandari, 2014)

3. Identifikasi Diagnosa Masalah Kebidanan

G..PAPIAH 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 :

a. Kala I

Ada kemungkinan terjadinya persalinan dengan kala I lama (Purwandari, 2014).

b. Kala II

1) Kekurangan asupan cairan
2) Infeksi (Winkjosastro, 2008)
3) Kram pada tungkai (Varney, dkk. 2007)

c. Kala III

Menurut Winkjosastro masalah yang kemungkinan timbul dalam persalinan kala III adalah sebagai berikut:

1) Retensio plasenta
2) Avulse tali pusat
3) Plasenta yang tertahan

(Winkjosastro, 2008)

d. Kala IV

1) Atonia uteri

2) Robekan vagina, perineum atau serviks

3) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh.

(Winkjosastro, 2008)

4. Intervensi

$G_{\geq 1}P_{0/>}$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 : Persalinan berjalan dengan normal dan bayi lahir dengan sehat.

Kriteria :

a. KU baik, kesadaran komposmentis.

b. TTV dalam batas normal.

1) T: 100/60 – 130/90 mmHg.

2) S: 36 – 37°C.

3) N: 80–100x/menit.

4) 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.

(Wiknjosasrto, 2008)

Berdasarkan tahap-tahap persalinan, intervensi dalam persalinan dapat dibagi menjadi 4 yaitu kala I, kala II, kala III dank ala IV, lebih jelasnya sebagai berikut ini:

a. Kala I
   1) Beritahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah dalam proses persalinan dengan keadaan janin baik.

      R/Bila ibu dan keluarga mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
   2) Berikan dukungan moral pada ibu.

      R/ Dapat membantu ibu merasa lebih tenang.
   3) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

      R/Memudahkan jalannya kala II

4) Anjurkan ibu untuk memilih yang akan mendampingi saat persalinan

   R/Meningkatkan tingkat kenyamanan ibu dalam proses persalinan berlangsung.

5) Tawarkan pada ibu posisi yang nyaman untuk ibu dan memberitahu teknik cara pernapasan yang baik saat ada his.

   R/Teknik pernapasan dapat membantu ibu merasa tenang dan tidak mudah lelah jika proses pengeluaran janin berlangsung.

6) Tawarkan ibu untuk makan atau minum bila tidak ada his.

   R/Ibu yang kekurangan cairan dan nutrisi bisa berdampak pada kekuatan dan frekuensi his selama persalinan.

7) Sarankan ibu untuk tidak menahan kencing.

   R/Kandung kemih yang penu dapat menyebabkan his terganggu.

8) Lakukan observasi kemajuan persalinan setiap 4 jam sekali meliputi : pembukaan serviks, penurunan kepala, TD, suhu dan kontraksi, nadi dan DJJ setiap 30 menit.

R/Mengetahui kemajuan persalinan ibu dan untuk mengetahui keadaan ibu janin .

9) Jaga kebersihan ibu terutama alat genetalia dan batasi periksa dalam terlalu sering.

R/Mencegah terjadinya infeksi.

10) Dokumentasikan hasil asuhan yang diberikan.

R/Digunakan sebagai rekam medic yang bisa digunakan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan.

(Nurasiah, 2012).

b. Kala II

1) Mengenal gejala dan tanda kala dua.

R/Pengenalan tanda secara menyeluruh dapat memutuskan tindakan yang segera dilakukan.

(1) Mendengar dan melihat tanda gejala kala dua meliputi:

(a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.

(b) Ibu meraskan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.

(c) Perineum tampak menonjol.

(d) Vulva dan spingterani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/Persiapan yang dilakukan dengan matang seperti persiapan alat dan obat dan peralatan lainnya dapat meminimalisir terjadinya human error dalam pemberian asuhan persalinan normal.

(2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm di atas tubuh bayi

(a) Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

(b) Menyiapkan oksitosin 10 UI dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

(3) Pakai celemek.

(4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

(6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak kontaminasi pada alat suntik).

3) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.

(b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan kloring 0,5%.

(8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

(a) Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

(10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

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

4) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran

R/Persiapan keluarga dank lien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

(11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

(12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah dipeluk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

a) Bimbing ibu agar meneran secara benar dan efktif.

b) Dukung dan beri semangat saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihan nya (kecuali posisi berbaring terlentang di antara kontraksi).

d) Anjurkan ibu untuk beristirahatdi antara kontraksi.

e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).

g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalan 60 menit.

(15) Persiapan pertolongan kelahiran bayi

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai

peralatan yang dipakai untuk menolong proses persalinan.

(16) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

(17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

(18) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

(19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Lahirnya Kepala

(20) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas atau bernafas cepat dan dangkal.

(21) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.

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

Lahirnya Bahu

(23) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secarra biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

(24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk meyanggah kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan tangan atas

untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

(25) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari-jari lainnya).

b) Penanganan bayi baru lahir

R/Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(26) Lakukan penilaian bayi baru lahir sebagai berikut

a) Apakah bayi menangis atau bernafas/ tidak megap-megap?

b) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika bayi cukup bulan, ketuban tidak bercampur mekonium, menangis atau bernafas normal/tidak megap-megap dan bergerak aktif, lakukan langkah 26.

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah-langkah resusitasi.

(27) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk yang kering. Biarkan bayi mantap di atas perut ibu.

(28) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

(29) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baiik.

(30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 UI IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyutikkan oksitosin).

(31) Setelah 2 menit pasca persalinan , jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(32) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

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

(33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dan putting payudara ibu.

(34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

c. Kala III

8) Penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga

R/Pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.

(36) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi tangan lain menegangkan tali pusat.

(37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya.

(a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

Pengeluaran plasenta

(38) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kea rah atas. Mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(1) Beri dosis ulang oksitosin 10 UI IM.

(2) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh.

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulang penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

(39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban obek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput ketuban kemudian jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaputnya yang tertinggal.

(40) Rangsangan taktil (masase) uterus

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan

melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

d. Kala IV

9) Menilai perdarahan

R/ Selaput ketuban yang tertinggal akan menyebabkan perdarahan.

(42) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.

(43) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

10) Melakukan prosedur pasca persalinan

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(45) Lakukan inisiasi menyusu dini (IMD) dan biarkan bayi tetap kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu

pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(c) Setelah bayi selesai menyusu dalam 1 jam pertama, beri vitamin K 1 mg intramuscular dip aha kiri dn salpe/tetes mata antibiotika.

(46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

(47) Setelah satu jam pemberian injeksi vitamin K1 diberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan.

Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

Evaluasi

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

(a) 2- 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pda jam kedua pasca persalinan.

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.

(49) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

(51) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan.

(a) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.

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

(52) Pantau tanda-tanda bahaya pada setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5^{0}C).

(a) Jika terdapat napas cepat, retraksi dinidng dada bawah yang berat, sulit bernafas, merintih, lakukan rujukan.

(b) jika kaki teraba dingin pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi untuk kontak kulit bayi ke kulit ibunya, selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

Kebersihan dan keamanan

(53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.

(54) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

(55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yang diinginkannya.

(57) Dikontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

(58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tandavital dan kala IV.

(Jnpk-Kr, 2012)

a. Masalah dalam Kala I

1) Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : Menurunkan tingkat kecemasan pada ibu.

Kriteria : Ibu tampak tenang.

Intervensi

a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan menganai kondisi dirinya.

c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

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

(Wiknjosastro, 2008)

2) Ketidaknyaman menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Ibu merasa nyaman dengan proses persalinan yang sedang dihadapinya.

Kriteria : Ibu merasa tenang, nyeri punggung berkurang.

Intervensi

a) Ajarkan ibu cara melakukan relaksasi saat his berlangsung.

R/Peralihan rasa nyeri ibu dengan cara memperhatikan teknik pernapasan yang benar saat terjadi his dengan menghirup udara melewati hidung dan keluarkan perlahan lewat mulut.

b) Anjurkan ibu untuk melakukan beberapa gerakan dan perubahan posisi.

R/Mobilisasi ibu dapat mempengaruhi frekuensi his dalam persalinan, terutama posisi miring kiri. Hal ini dapat mempercepat penurunan kepala janin.

c) Berikan *massage* pada ibu.

R/ *Massage* atau pijatan pada abdomen *(effleurage)* adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif

d) Lakukan terapi kompres panas atau dingin.

R/Kompres panas dapat meningkatkan suhu local pada kulit sehingga meningkatkan sirkulasi pada jaringan untuk proses metabolisme tubuh. Sedangkan kompres dingin sangat berguna untuk mengurangi ketegangan otot dan nyeri dengan menekan spasme otot (lebih lama daripada kompres panas).

e) Lakukan *akupresur* pada ibu.

R/Akupresur lebih tepat pada persalinan daripada akupuntur karena mudah dilakukan sendiri dan terutama bermanfaat bagi nyeri punggung.

(Arifin, 2008)

b. Masalah dalam Kala II

1) Cara meneran yang salah

Tujuan : Ibu dapat meneran yang terfokus pada abdomen dan anus.

Kriteria : ibu dapat meneran dengan benar dan efektif sesuai bimbingan bidan atau tenaga kesehatan lainnya.

Intervensi

a) Anjurkan ibu untuk memilih pendamping persalinan

R/Membuat ibu merasakan kenyamanan dan merasa diperhatikan oleh anggota keluarganya.

b) Tawarkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan beritahu teknik napas yang baik saat ada his.

R/Posisi ibu saat persalinan akan memperngaruhi cepat atau lambatnya penurunan kepala janin.

c) Ajarkan ibu cara mengejan yang baik dan benar.

R/Kedua lengan diletakkan pada lipatan paha dan kepala ibu diangkat sambil melihat perut, menarik nafas lewat hidung sambil ditahan kemudian dikeluarkan lewat mulut (Nurasiah, 2012:240-241).

d) Beritahu ibu agar tidak menutup matanya saat akan mengejan atau saat terdapat kontraksi.

R/Selain untuk melihat dan mengontrol apa yang harus di lakukan jaga agar pembuluh darah di sekitar mata tidak pecah. Usahakan selalu melihat ke perut. Sambil istirahat, lakukan bernapas pendek pendek lewat mulut.

e) Beritahu ibu untuk tidak mengangkat bokong saat ingin mengejan.

R/Mengangkat bokong dapat menyebabkan terjadi robekan pada vagina dan perineum (Purwandari, 2013).

2) Kekurangan asupan cairan.

Tujuan : Ibu terhindar dari gejala dan tanda dehidrasi.

Kriteria :

a) Nadi 76-100x/menit.

b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam.

Intervensi

a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

b) Jika dalam waktu 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.

c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

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

(Yeyeh, 2009)

3) Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi selama proses persalinan

Kriteria : TTV normal, KU baik dan cairan ketuban jernih serta tidak berbau.

Intervensi

a) Lakukan perawatan parietal setiap 4 jam.

R/Membantu meningkatkan kebersihan, mencegah terjadinya infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis.

b) Catat tanggal dan waktu pecah ketuban.

R/Dapat terjadi infeksi jika ketuban pecah dalam 4 jam terakhir.

c) Lakukan pemeriksaan vagina hanya bila sangat perlu, dengan menggunakan teknik aseptic.

R/Pemeriksaan vagina berulang meningkatkan resiko infeksi endometrial.

d) Pantau suhu, nadi dan sel darah putih.

R/Peningkatan suhu atau nadi lebih dari 100 dpm dapat menandakan infeksi.

e) Gunakan teknik asepsis bedah pada persiapan peralatan.

R/Menurunkan resiko kontaminasi dengan cara memakai masker dan penutup kepala, mencuci tangan 7 langkah, pemakaian sarung tangan dan celemek (jubah), persiapan ibu, memelihara sterilisasi lokasi persalinan, menggunakan teknik persalinan yang aman, dan sterilisasi dari ruang persalinan dan alat-alat persalinan.

f) Berikan antibiotic sesuai indikasi.

R/Digunakan dengan kewaspadaan karena pemakaian antibiotic dapat merangsang pertumbuhan yang berlebih dari organism resisten.

(Lesmana, 2014)

g) Luruskan tungkai ibu inpartu

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

h) Atur posisi dorsofleksi

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

i) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak bolehdipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

(Varney, dkk, 2007)

c. Masalah dalam Kala III

1) Ibu kelelahan

Tujuan : Ibu sudah tidak merasakan kelelahan lagi

Kriteria : TTV dalam batas normal dan ibu menyatakan bahwa ibu masih memiliki cukup tenaga.

a) Menganjurkan keluarga untuk memberikan minum kepada ibu.

R/Makanan atau asupan cairan yang cukup akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi atau kontraksi tidak teratur (Purwandari, dkk, 2014).

b) Kaji TTV yaitu nadi dan tekanan darah.

R/Nadi dan tekanan darah dapat menjadi indicator terhadap status hidrasi dan energy ibu.

c) Anjurkan ibu untuk relaksasi dan istirahat di antara kontraksi.

R/Mengurangi bertambahnya keletihan dan menghemat energy yang dibutuhkan untuk persalinan.

d) Sarankan suami atau keluarga untuk mendampingi ibu.

R/Dukungan emosional khususnya dari orang-orang yang berarti bagi ibu dapat memberikan kekuatan dan motivasi bagi ibu.

(Lesmana, 2014)

2) Plasenta belum lahir

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap.

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi

a) Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk mengedan.

R/ jika dapat merasakan plasenta dalam vagina, keluarkan plasenta tersebut.

b) Pastikan kandung kemih sudah kosong.

R/Jika diperlukan lakukan kateterisasi kandung kemih.

c) Jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM. Jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III.

R/Pemberian oksitosin dapat membantu uterus berkontraksi dengan baik.

d) Jangan berikan ergometrin.

R/Pemberian ergometrin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, yang bisa memperlambat pengeluaran plasenta.

e) Jika plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali.

R/Tali pusat akan memanjang jika plasenta sudah terlepas.

f) Jika traksi pusat terkendali belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual.

R/Plasenta manual dilakukan jika ibu mengalami perdarahan setelah 30 menit plasenta tidak lahir.

g) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji pembekuan darah sederhana.

R/Menghentikan perdarahan.

h) Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, secret vagina yang berbau) berikan antibiotic.

R/Menghindari terjadinya infeksi pada ibu.

i) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta.

R/Eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar.

(Rukiyah, 2010)

Selain itu, menurut Saifuddin sebelum dilakukannya plasenta manual, perlu dilakukan terlebih dahulu:

j) Pasang infuse drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS atau RL dengan 40 tetesan per menit.

R/Pemberian infuse NS atau RL dapat menggantikan cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan.

(Saifuddin, 2006 dalam Permani, 2013).

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

R/Menghindari terjadinya angka kematian ibu (Kamariyah, 2014).

3) Avulse tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada saat kontaksi.

   R/Pastikan terlebih dahulu apaah plasenta sudah terlepas atau belum.

b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati.

   R/Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

c) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.

   R/Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada lagi bagian plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam rahim.

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

   R/Mencegah terjadinya kematian pada ibu.

   (Winkjosastro, 2008)

d. Masalah dalam Kala IV

1) Robekan jalan lahir

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria :

a) Vagina, perineum ata serviks dapat terjahit dengan baik.

b) Perdarahan kurang dari 500 cc.

Intervensi:

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

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

c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

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

R/Menggantikan cairan yang sudah hilang dari ibu.

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

R/Meminimalisir darah yang keluar pervaginam dan mencegah ibu kehilangan banyak darah.

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

R/Ibu dapat pelayanan yang lebih tepat dan cepat dalam menangani masalahnya saat ini.

d) Damping ibu ke tempat rujukan.

R/Sebagai informan pada tenaga kesehatan menangani ibu saat itu.

(Kamariyah, 2014)

2) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat diatasi.

Kriteria :

a) Kontraksi uterus baik.

b) Perdarahan kurang dari 500 cc.

Intervensi

a) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

R/Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian IV secara cepat dan dapat dipakai untuk

transfuse darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus. RL diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan.

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

R/KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi

d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfuse darah.

R/Mencegah ibu kehilangan darah lebih dari 500 cc selama persalinan.

e) Damping ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu mencapai tempat rujukan.

(Winkjosastro, 2008)

Selain intervensi di atas, Nurasiah menambahkan beberapa intervensi sebagai berikut:

f) Lakukan kompresi bimanual eksterna (KBE) jika dengan KBI perdarahan masih terjadi.

R/KBE merupakan cara kompresi yang dilakukan di antara simfisis dan umbilicus ibu.

g) Lakukan kompresi aorta abdominalis (KAA) jika KBE dan KBI tidak berhasil menghentikan perdarahan ibu.

R/Meminimalisir terjadinya kematian ibu.

h) Siapkan rujukan.

R/Perdarahan yang tidak berhenti setelah dilakukan kompresi dapat sangat berbahaya bagi ibu.

i) Lanjutkan pemberian infuse drip oksitosin minimal 500 cc/IM hingga sampai ke tempat rujukan dan selama perjalanan dapat dilakukan KAA

R/Mengganti cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan.

(Nurasiah, 2012)

5. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut telah dianggap efektif jika memang benar efektif dalam penatalaksanaannya (Varney, 2007).

Dalam Permenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan terus-menerus sesuai dengan tindakan kebidanan

dan rencana yang telah dirumuskan. Adapun definisi operasionalnya adalah sebagai berikut:

a. Evaluasi dilaksanakan pada tiap tahapan pelaksanaan asuhan sesuai standar.
b. Hasil evaluasi dicatat pada format yang telah disediakan.

6. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan untuk pencatatan asuhan kebidanan yang meliputi:

a. Data subjektif

Merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose.

b. Data objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

c. Asesmen

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

d. Planning

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat.

(Nurasiah, 2012)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam, 2008).

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) Usia

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).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2010).

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012).

e) Penghasilan

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

2) Keluhan Utama

Menurut Varney *et al* (2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang

terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibi menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir

sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusu. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi taraumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan

karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Kehamilan, persalinan dan anak sebelumnya perlu dikaji untuk mengetahui berapa umur kehamilan yang lalu. Persalinan ibu yang lalu dilakukan secara spontan atau buatan, lahir aterm atau premature, ada perdarahan, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dan dimana tempat melahirkan. Riwayat anak juga perlu dikaji untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir (Wiknjosastro, 2007). Sedangkan masa nifas yang lalu perlu juga dikaji untuk mengetahui untuk dapat melakukan pencegahan atau waspada terhadap kemungkinan kekambuhan komplikasi (Nursalam, 2008). Selain itu, juga perlu mengkaji riwayat laktasi anak untuk mengetahui berapa lama ibu pernah

menyusui, adakah keluhan atau tidak saat menyusui (Wiknjosastro, 2007).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir, umur kehamilan, perkiraan lahir, masalah atau kelainan pada kehamilan sekarang, keluhan selama hamil (Prawirohadjo, 2010). Berdasarkan Febriyanti tahun 2013 menjelaskan bahwa selain hal tersebut, ibu hamil juga perlu dikaji jadwal antenatal care (ANC) meliputi teratur/tidak, sejak hamil berapa minggu, tempat ANC, dan untuk mengetahui riwayat kehamilannya serta imunisasi *tetanus toxoid* (TT) sudah/belum, kapan, berapa kali. 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 (Saifuddin, 2010).

Lama kala I pada fase laten biasanya berlangsung hingga di bawah 8 jam dan pada fase aktif biasanya terjadi pembukaan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm) (Sukarni dkk, 2015). Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Lama kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012).

c) Riwayat Keluarga Berencana

Dikaji untuk mengetahui alat kontrasepsi apa yang pernah dipakai dan berapa lama memakai alat kontrasepsi dan adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi (Ambarwati dkk, 2008).

4) Riwayat Kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis

mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2012).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2012).

d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru–paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O_2 dan CO_2 (Manuaba, 2012).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2012) :

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

f) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser *et al*, 2009).

5) 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, 2014).

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).

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012).

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari.

Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012).

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).

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).

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).

g) 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, 2012).

6) Riwayat Psikososial dan Budaya

Banyak masyarakat dari berbagai budaya percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk dan sifatnya dengan akibat buruk yang ditimbulkannya. Makanan panas diberikan untuk menghilangkan perdarahan setelah melahirkan. Menyusui juga dipengaruhi oleh panas dan dingin, panas dipercayai meningkatkan ASI dan dingin mengurangi (Baumali, 2009).

Selain itu, menurut Saifuddin kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

a) Menghindari makanan berprotein seperti ikan atau telur.
b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 pertama).
d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
e) 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.

f) Wanita yang mengalami masa puerpurium diharuskan tidur terlentang selama 40 hari.

g) Kebiasaan membuang susu jolong.

h) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

(Saifuddin, 2014)

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Guna mengetahui keadaan umum ibu apakah keadaannya baik atau memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan, lemah atau buruk yaitu kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

b) Kesadaran

Tingkat kesadaran dari seorang klien bisa dibagi menjadi 4 yaitu *composmenthis, somnolen, koma* dan *apatis* (Nursalam, 2008).

c) Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan dilakukan untuk mendeteksi secara dini adanya kegawatdaruratan dan untuk memastikan keadaan umum ibu, batas normal TTV adalah sebagai berikut:

(1) Tekanan darah (TD) :100/60-140/90 mmHg

(2) Nadi : Kurang dari 100x/menit

(3) Suhu : 36–37,5^{0}C.

(4) RR : 18–25x/menit.

(Aisyah, 2014)

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

(1) Rambut

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Sulistyawati, 2011).

(2) Muka

Dikaji apakah muncul *cloasma gravidarum*, yang biasa muncul pada wanita hamil pada umur kehamilan 12 minggu karena pengaruh hormone kortikosteroid palsenta (Wiknjosastro, 2007).

(3) Mata

Dikaji untuk mengetahui keadaan *konjungtiva* dan *sclera*, kebersihan mata, ada kelainan atau tidak dan adakah gangguan penglihatan seperti rabun jauh/dekat (Sulistyawati, 2009).

(4) Hidung

Dikaji agar dapat mengetahui terdapat benjolan atau tidak (Alimul, 2008).

(5) Telinga

Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, benjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

(6) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011). Selain itu juga perlu dilakukan pengkajian pada gigi, yaitu tentang kebersihan gigi, *caries* atau tidak serta gangguan pada mulut (bau mulut) (Alimul, 2008).

b) Leher

Dikaji untuk mengetahui apakah terdapat penonjolan terutama pada kelenjar tyroid yang berhubungan dengan kejadian abortus, hipertyroid dapat menyebabkan abortus (Wiknjosastro, 2007).

c) Payudara

Payudara dikatakan normal jika keadaannya simetris, bersih, terdapat hyperpigmentasi areola mammae, putting susu menonjol. Putting susu yang menonjol mempengaruhi *reflex sucking* yang dilakukan bayi. Hal ini dapat mempengaruhi

produksi ASI dan dapat mempengaruhi produksi hormone oksitosin (Aisyah, dkk. 2014).

d) Abdomen

Pada abdomen yang harus dilakukan adalah pemeriksaan posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemuh (Saifuddin, 2014).

e) Genetalia

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Sukarni, dkk. 2013).

f) Ekstremitas

Pemeriksaan ektremitas dilakukan untuk mengetahui adanya *oedema* atau tidak, adanya varises, reflex patella positif atau negative, betis merah lembek atau keras (Wiknjosastro, 2007).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan dan pengawasan Hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli* (Manuaba, 2012).

b) Biakan dan uji sensitivitas

Pemeriksaan ini dilakukan pada luka, *darinase,* atau urin yang berguna untuk mendiagnosa infeksi.

c) Venografi

Venografi merupakan metode yang paling akurat untuk mendiagnosa *thrombosis vena profunda*.

d) *Ultrasonografi Dopplerreal-team* dan *Ultrasonografi Doppler* Berwarna

Pemeriksaan menggunakan metode ini adalah metode diagnostic yang tidak *infasif* untuk mendiagnosa *tromboflebitis* dan *thrombosis*.

2. Intepretasi Data

PAPIAH, post partum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, involusi normal, lochea normal, KU baik (Varney, dkk. 2008). Kemungkinan masalah yang timbul bisa berupa anemia, *Baby Blues*, infeksi (Sukarni, dkk, 2013).

3. Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Pada langkah ini, bidan dituntut mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi, seperti subinvolusio, hematoma nifas dan hematoma vulva (Sukarni, dkk. 2013).

4. Kebutuhan atau Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tenaga konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak, contohnya seperti merujuk secara dini, atau merujuk tepat waktu (Iriyani, 2012).

5. Intervensi

Menurut Varney dkk, perencanaan merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua

keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasionaln dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien (Varney,dkk. 2004 dalam Febryanti, 2013).

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

a. TTV dalam batas normal (Tekanan darah, suhu, nadi dan RR)
b. Keadaan umum baik
c. Kontraksi uterus baik

(Manuaba, 2012)

d. Laktasi lancar
e. Lochea normal
f. Involusi normal
g. Keadaan psikologis baik

(Sulistyawati, 2009)

Intervensi

a. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan (Varney, 2007)

b. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi dan lochea.

R/Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Sofian, 2012)

c. Ajarkan ibu cara melakukan senam nifas.

R/Senam nifas dilakukan karena dapat mengencangkan otot paha, otot panggul serta mengecilkan perut (Kemenkes, 2015)

d. 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).

e. Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/Mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Sofian, 2012).

f. Berikan pil zat besi pada ibu minimal 40 tablet dan vitamin A 200.000 Unit

R/Pemberian zat besi selama 40 hari pascapartum harus diberikan dan diminum oleh ibu untuk penambahan zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Sedangkan vitamin A diberikan pada ibu agar bisa memberikannya kepada bayinya melalui ASI.

(Bahiyatun,2009).

a. **Masalah 1 : Anemia**

Tujuan : Kadar Hb ibu meningkat dan anemia dapat diatasi

Kriteria :

1) Hemoglobin >11,5 gr/dL
2) Konjunctiva merah muda (tidak pucat)
3) Ibu tidak memperlihatkan 5 L (lelah, letih, lesu, lunglai dan lemas)

Intervensi

1) Pemberian tablet Fe 40 keping selama 40 hari pertama.

   R/Pemberian tablet Fe membantu ibu menambahkan kadar zat besi dalam darah, konsumsi tablet Fe dapat menyebabkan ibu mengalami konstipasi

   (CR, dkk. 2014).
2) Melakukan pengkajian kadar Hb ibu setiap hari.

   R/Pengkajian secara bertahap dapat mengidentifikasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan sebelumnya.
3) Melakukan rehidrasi cairan dengan pemenuhan kebutuhan cairan dengan infuse.

   R/Pencegahan dehidrasi akibat kelelahan dan mengganti cairan ibu yang hilang.
4) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

R/Istirahat yang cukup dapat membantu ibu dalam pengembalian kondisinya.

5) Pemenuhan kebutuhan nutrisi akan ibu tidak tarak makanan.

R/Ibu dianjurkan untuk mengonsumsi telur dan ikan. Selai itu anjurkan juga ibu mengonsumsi sayuran hijau seperti bayam. Anjurkan ibu mencuci sayuran terlebih dahulu sebelum dipotong-potong dan usahakan tidak memotongnya terlalu kecil karena akan dapat mengurangi kadar nutrisi yang terdapat di dalamnya (Fatmawati, 2015).

b. Masalah 2 : *Baby Blues*

Tujuan : Baby blues teratasi dengan baik

Kriteria : Ibu dapat menerima keadaan bayinya dan tidak merasa sedih lagi.

Intervensi

1) Anjurkan kerabat dekat (sahabat) untuk membicarakan rasa tertekan.

R/Dengan adanya pendengar ibu dapat menceritakan apa saja yang dialaminya saat itu.

2) Anjurkan pasangan untuk meluangkan waktu bicara.

R/Pasangan mengetahui keadaan ibu dan tahu apa yang seharusnya dilakukan.

3) Anjurkan ibu untuk membiarkan teman dan keluarga membantu merawat anak.

   R/Terlibatnya anggota keluarga diharapkan dapat membantu lebih dekatnya anggota keluarga dengan di bayi.

4) Beritahu ibu untuk mencari waktu untuk melakukan hobinya.

   R/Ibu dapat mengekspresikan dirinya dengan leluasa sehingga berkurang rasa tertekan yang dirasakan ibu.

5) Beritahu ibu untuk istirahat yang cukup.

   R/Istirahat yang cukup dapat membantu mempercepat pemulihan pasca partum.

6) Beritahu ibu untuk menggerakkan badan, jalan kaki keliling sekitar rumah.

   R/Mobilisasi secara berkala dapat merilekskan kembali otot ibu.

7) Beritahu ibu untuk tetap mengonsumsi makanan gizi seimbang.

   R/Pemenuhan kebutuhan nutrisi selama masa nifas dapat membantu ibu mempercepat pemulihan.

   (Ratnasari, 2016)

c. Masalah 3 : Infeksi Masa Nifas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan, diharapkan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

Kriteria :

1) Tidak terjadi infeksi.
2) Tidak ada tanda-tanda infeksi.
3) TTV dalam batas normal.
4) Leukosit dalam batas normal (5-10 $^{x}/_{10}$ $^{\wedge}$3UI

Intervensi

1) Observasi tanda-tanda infeksi.

   R/Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi.

2) Lakukan vulva hygiene.

   R/Untuk membersihkan daerah vagina

3) Ajarkan pasien untuk personal hygiene.

   R/Agar terhindar dari infeksi dan tetap menjaga kebersihan.

4) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotic

   R/Untuk mencegah terjadinya infeksi.

   (Wilkinson, 2006 dalam Nammu, 2014)

d. Masalah 4 : Nyeri Luka Perineum

Tujuan : Nyeri pada luka perineum bisa diatasi

Kriteria : Ibu mengatakan sudah tidak nyeri lagi pada daerah perineum

1) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

   R/Cuci tangan 7 lanngkah dengan benar dapat menghindarkan infeksi baik bagi tenaga medis maupun pada ibu dan bayi.

2) Observasi tanda-tanda vital.

   R/Peningkatan TTV atau TTV dalam batas abnormal dapat mengindikasikan ibu mengalami infeksi.

3) Observasi TFU, kontraksi uterus dan pengeluaran lochea.

   R/TFU, kontraksi uterus dan lochea yang abnormal dapat menyebabkan komplikasi bahkan dapat menyebabkan kematian ibu postpartum.

4) Observasi tanda-tanda infeksi pada luka perineum.

   R/Identifikasi secara dini dapat mengurangi tingkat kejadian komplikasi, infeksi dan kematian ibu.

5) Ajarkan pada ibu cara perawatan luka perineum dengan kompres betadine.

   R/Membantu mempercepat penyembuhan luka.

6) Beritahu ibu untuk menjaga kebersihan vulva (genetalia), yaitu mencuci daerah genetalian setelah BAK dan BAB.

R/Mencegah terjadinya infeksi pada saluran kemih.

7) Beritahu ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang, terutama makanan yang mengandung serat seperti buah dan sayuran.

   R/Makanan yang mengandung nutrisi seimbang dapat membantu jaringan kembali seperti semula dan mempercepat penyembuhan luka perineum.

8) Berikan terapi antibiotic dan analgetik sesuai dengan resep dokter.

   R/Mencegah terjadinya infeksi dan mengurangi rasa sakit atau nyeri yang dirasakan ibu.

   (Saleha, 2009 dalam Sari,2014)

9) Masalah 6 : Ketidakmampuan Menyusui

Tujuan : Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik dan benar.

Kriteria : Terpenuhi kebutuhan nutrisi bayi dan tidak terjadi bendungan ASI.

Intervensi yang dapat diberikan kepada ibu adalah ajarkan ibu untuk menyusui secara benar, adapun langkah-langkah menyusuinya adalah sebagai berikut:

1) Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada putting dan sekitar kelang payudara.

R/Cara ini memiliki manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan putting susu.

2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu atau payudara.

R/Posisi ini membantu ibu dan bayi mendapatkan posisi yang nyaman.

3) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah, jangan menekan putting susu.

R/Cara ini dilakukan untuk memudahkan bayi dalam menyusu.

4) Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut dengan cara menyentuhkan pipi dengan putting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.

R/Dilakukan untuk mengetahui *reflex rooting* pada bayi ada atau tidak.

5) Setelah bayi membuka mulut, dengan cara kepala bayi didekatkan ke payudara ibu serta areola payudara dimasukkan ke mulut bayi

R/Posisi yang benar dapat menghindari terjadinya putting lecet.

(Sukarni, dkk, 2013)

6. Implementasi

Menurut Varney, pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah perencanaan,

dilaksanakan secara efisien dan aman. Penatalaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau tenaga kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi dia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan penatalaksanaannya (Varney, 2007). Penatalaksanaan asuhan kebidanan ini dapat dilakukan mandiri maupun kolaborasi atau melakukan rujukan bila perlu melakukannya (Rukiyah, 2010).

Menurut Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnose, rencana dan perkembangan keadaan klien. Adapun definisi operasionalnya adalah sebagai berikut:

f. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi.
g. Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan rencana dan perkembangan klien.
h. Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan prosedur tetap dan wewenang bidan atau hasil kolaborasi.
i. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan etika dan kode etik kebidanan.
j. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang tela tersedia.

Selain kelima poin di atas, terdapat juga standar partisipasi klien, dimana klien dan keluarga dilibatkan dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan meliputi:

a. Klien dan keluarga mendapatkan informasi tentang:
   6) Status kesehatan saat ini.
   7) Rencana tindakan yang akan dilakukan.
   8) Peranan klien/keluarga dalam tindakan kebidanan.
   9) Peran petugas kesehatan dalm tindakan kebidanan.
   10) Sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan.
b. Klien dan keluarga dilibatkan dalm menentukan pilihan dan mengambil keputusan dalam asuhan.
c. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.

7. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses asuhan yang diberikan, menandakan seberapa jauh rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Nursalam, 2008). Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut telah dianggap efektif jika memang benar efektif dalam penatalaksanaannya (Varney, 2007).

8. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan untuk pencatatan asuhan kebidanan yang meliputi:

e. Data subjektif

Merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose.

e. Data objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

f. Asesmen

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

g. Planning

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat.

(Nurasiah, 2012)

Menurut Permenkes RI Nomor938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, asuhan kebidanan didokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan meliputi:

a. Dokumentasi dilaksanakan pada setiap tahapan asuhan kebidanan.
b. Dokumentasi dilaksanakan secara sistematis, tepat, dan jelas.
c. Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Pengkajian fisik adalah suatu cara untuk mendapatkan informasi tentang anak dan keluarganya dengan menggunakan semua pancraindra baik subjektif maupun objektif (Kumalasari, 2015).

a. Data Subyektif

1) Identitas bayi dan orangtua

Sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. Pada alat/ gelang identifikasi harus tercantum : nama (Bayi, Nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu (Saifuddin, 2009).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, milliariasis , muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rush* (Marmi, 2012).

3) Riwayat Kesehatan Bayi Baru Lahir

Yang penting dan perlu dikaji dalam riwayat kesehatan bayi baru lahir adalah

a) Faktor Genetik

Meliputi riwayat defek structural metabolik dalam keluarga dan riwayat sindrom genetik (Varney *et al*, 2007)

b) Faktor maternal

Meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isomunisasi (Muslihatun, 2010)

c) 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).

d) 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).

e) Faktor neonatus

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).

4) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012).

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012). Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2007).

b) Eliminasi

(1) 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)

(2) BAB

Warna mekoneum adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekoneum ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna faeses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi berumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010).

c) 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).

d) Personal Hygiene

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009).

e) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang

lebih baik (Saifuddin, 2009).Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser dan Cooper, 2009).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Kesadaran

Composmentis (sadar penuh dan respon cukup terhadap stimulus yang diberikan), *apatis* (acuh tak acuh terhadap sekitar), *somnolen* (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon pada rangsangan yang kuat), *sopor* (anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan yang kuat), *koma* (anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun), *delirium* (tingkat kesadaran paling bawah) (Muslihatun, 2010).

Perlu dikenali kurangnya reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Saifuddin, 2009).

b) Tanda-tanda vital

(1) Pernafasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010). Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010). Menghitung respirasi selama satu menit penuh sambil mengamati gerakan perut dan dada. Tingkat normal untuk respirasi adalah 40-60 napas / menit (CMNRP, 2013).

(2) Denyut Jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010). 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).

(3) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5^{0}C sampai 37,5^{0}C (Muslihatun, 2010)

c) APGAR SCORE

Tabel 2.9

Penilaian APGAR Score

Gejala	**0**	**1**	**2**
Appearance (Warna Kulit)	Seluruh badan biru	Ekstremitas biru	Seluruh badan merah muda
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Grimace (Refleks)	Tidak merespon stimulasi	Merintih/ menangis lemah	Menangis kuat
Activity (Tonus Otot)	Tidak ada)	Lemah/ tidak ada	Aktif
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis kuat, pernafasan teratur

Sumber : (Astuti, Nur Tri 2015)

2) Pemeriksaan *Antropometri*

a) Berat Badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007).Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2006).

b) Panjang Badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney *et al*, 2008).

c) Lingkar Kepala

Ukuran kepala janin menurut Sumarah dkk (2008) :

(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)

e) LILA ± 11 cm.

3) Pemeriksaan Fisik

a) 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).

b) Wajah

Wajah harus tanpak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom Down dan sindrom Piere-Robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresi nervus fasialis (Kumalasari, 2015).

c) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010). Tanda-tanda

perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009).

d) 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).

e) Mulut

Bayi yang normal tidak terdapat trismus (tetanus, parotis, ensefalitis), sianosis, halitosis (bau mulut tidak sedap, hygiene buruk, dehidrasi, stomatitis), labio-gnato-palatoschisis, *oral thrush*, lidah besar (Hipotiroid, Down syndrome) (Anonim, 2012).

f) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada

bayi yang mengalami sindroma tertentu (Piere-Robin). (Kumalasari, 2015).

g) 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).

h) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015).

i) 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).

j) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/ tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap norma. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya (Muslihatun, 2010).

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2009).

k) Dada

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. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

l) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis. Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012).

m) Punggung

Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009).

n) 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).

o) Anus

Berlubang/tidak , posisi , fungsi sfingter ani adanya atresia ani, *meconium plug syndrome*, megacolon (Muslihatun, 2010). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012).

p) Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk simetris/tidak, jumlah jari, pergerakan, pes equinovarus / pes equinovalgus (Muslihatun, 2010).

q) Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus porposional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin siimetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh,

2007). Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila disentuh, dan pembengkakan (Muslihatun, 2010).

r) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney dkk, 2007).

(1) Refleks Kedipan (*glabelar reflex*)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optic (Dewi, 2011)

(2) Refleks Mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013).

(3) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap. (Wiknjosastro, 2008).

(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).

(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).

(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).

(7) *Grasping reflex*

Normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada palmar yang ditekan dengan kuat (Dewi, 2011).

(8) *Stapping reflex*

Bayi akan menunjukan respons berupa gerakan berjalan dan kaki akan bergantian dari fleksi ke ekstensi (Dewi , 2011).

(9) *Babinsky reflex*

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium menurut Muslihatun (2010)

(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. **Analisis Data**

Analisis/*assessment* merupakam pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif, mencakup: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengindentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010).

3. **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).

4. **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) 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)

(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)

(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).

(5) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

(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).

5. Masalah Potensial

a. Masalah I : Hipertermi

Tujuan : Hipertemi tidak terjadi

Kriteria

1) TTV normal

a) S : 36,5-37,5^{0}C

b) RR : Tidak lebih dari 60x/menit

2) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi yaitu berat badan menurun, turgor kulit kurang, keluaran urin berkurang. (Deslidel, 2011)

Intervensi

1) Pindahkan bayi ke ruangan yang sejuk dengan suhu kamar 26-28^{0}C.

   R/Paparan udara yang sejuk di sekitar bayi dapat menurunkan suhu tubuh bayi akibat proses konveksi.

2) Tubuh bayi diseka dengan kain basah sampai suhu tubuh bayi normal (jangan menggunakan air es).

   R/Suhu tubuh bayi mengalami penurunan akibat adanya proses radiasi.

3) Berikan antibiotic apabila terjadi infeksi.

   R/Antibiotik dapat mencegah terjadinya infeksi yang dapat menyebabkan kematian pada bayi.

   (Saifuddin, 2009)

b. Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

a) Suhu normal bayi 36,5 - 37, 5^{0}C

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):

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).

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 :

1) Ikterus fisiologis dimulai pada usia dua sampai tiga hari (3-5 hari pada bayi yang disusui) dan menghilang pada hari kesepuluh.
2) Ikterus dapat terlihat di wajah bayi ketika kadar serum mencapai sekitar 5 mg/dL, juga bisa terlihat pada abdomen tengah jika kadar bilirubin kurang lebih 15 mg/dL dan di tumit kaki jika kadarnya sekitar 20 mg/dL kemudian berkurang jika kadar bilirubin meningkat. Pada hari kelima hingga ketujuh, kadarnya berkurang menjadi sekitar 2 mg/dL.

   (Komalasari,2009)

Intervensi menurut Ladewig (2006) dalam Rusdiana, 2016 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).

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 :

2) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala

3) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012) :

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)

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) :

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) :

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) :

1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau 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.

6. Pelaksanaan tindakan

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).

7. 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).

8. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), 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.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada 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).

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 (Saifuddin, 2013).

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).

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk

wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2008).

e) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarsga berencana (Glasier, 2008).

2) Keluhan utama

a) Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2013) adalah:

(1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.

(2) Usia>35 tahun tidak ingin hamil lagi.

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).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg,

dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2010).

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).

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).

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).

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). 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). Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

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). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2010). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

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). 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).

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).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

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).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Saifuddin, 2010). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009).

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).

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti kasinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010). Terdapat

benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan

AKDR (Saifuddin, 2010). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2004) sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina.Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

(a) Memastikan gerakan serviks bebas

(b) Menentukan besar dan posisi uterus

(c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan

(d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

2. Analisis Data

Analisis/*assessment* merupakam pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif, mencakup: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengindentifikasi

kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010).

3. 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.

4. 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.

a. Tujuan

1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

b. Kriteria

1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

3) 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) :

(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) :

(1) Pastikan dan tegaskan tidakadanya 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.

5) Masalah 5 : Kenaikan berat badan

a) Tujuan : Ibu dapat menerima perubahan berat badan

b) Kriteria : Ibu terlihat tenang

c) Intervensi

(1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan atau penurunan berat badan merupakan salah satu efek samping kontrasepsi.

R/ Ibu akan mengalami kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg pada minggu pertama penggunaan.

(2) Bila terjadi kenaikan, anjurkan ibu untuk diet gizi seimbang dan lakukan olahraga teratur.

R/ Tidak setiap kenaikan berat badan dipicu oleh penggunaan kontrasepsi.

(3) Bila ibu terlalu kurus, anjurkan ibu untuk melakukan diet tinggi kalori, jika tidak berhasil bisa anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi menggunakan kontrasepsi non-hormonal.

R/ Keadaan ibu yang terlalu kurus dapat menyebabkan ibu mengalami KEK (Kekurangan Energi Kronik).

5. Pelaksanaan tindakan

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

6. 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)

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), 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.