

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Kehamilan Trimester III

1. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Evayanti, 2015:1). Kehamilan adalah proses normal yang menghasilkan serangkaian perubahan fisiologis dan psikologis pada wanita hamil (Tsegaye *et al*, 2016:1).

Kehamilan merupakan periode dimana terjadi perubahan kondisi biologis wanita disertai dengan perubahan perubahan psikologis dan terjadinya proses adaptasi terhadap pola hidup dan proses kehamilan itu sendiri (Muhtasor, 2013:1). Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan,

perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi (Sitanggang dkk, 2012: 2)

Kehamilan adalah kondisi yang rentan terhadap semua jenis "stres", yang berakibat pada perubahan fungsi fisiologis dan metabolik (Wagey *et al*, 2011: 1). Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Manuaba, 1998:4 dalam Dewi dkk, 2011:59). Kehamilan terjadi jika ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi (Saifuddin, 2010:139).

2. Fisiologi Kehamilan

a. Proses Kehamilan

Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi (Sitanggang dkk, 2012)

1) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses

pematangan dan terjadi ovulasi (Manuaba, 2010:75). Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk ke dalam sel telur (Dewi dkk, 2010:59). Pelepasan telur (ovum) hanya terjadi satu kali setiap bulan, sekitar hari ke-14 pada siklus menstruasi normal 28 hari (Bandiyah, 2009:1)

2) Spermatozoa

Sperma bentuknya seperti kecebong terdiri atas kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nucleus). Leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira sepuluh kali bagian kepala. Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitive tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai akil balig (Dewi dkk, 2011: 62). Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks, spermatogonium berasal dari primitive tubulus, menjadi spermatosid pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba falopii. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2010:76-77)

3) Pembuahan (Konsepsi/Fertilisasi)

Pada saat kopulasi antara pria dan wanita (sanggama/koitus) terjadi ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria di dalam vagina wanita, dimana akan melepaskan cairan mani berisi sel sel sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. Jika senggama terjadi dalam masa ovulasi, maka ada kemungkinan sel sperma dlm saluran reproduksi wanita akan bertemu dengan sel telur wanita yang baru dikeluarkan pada saat ovulasi. Pertemuan sel sperma dan sel telur inilah yang disebut sebagai konsepsi/fertilisasi (Dewi dkk, 2011:67). Fertilisasi adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba (Saifuddin, 2010:141)

Menurut Manuaba dkk (2010:77-79), keseluruhan proses konsepsi berlangsung seperti uraian dibawah ini:

- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metaphase di tengah sitoplasma yang vitelus.
- c) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel

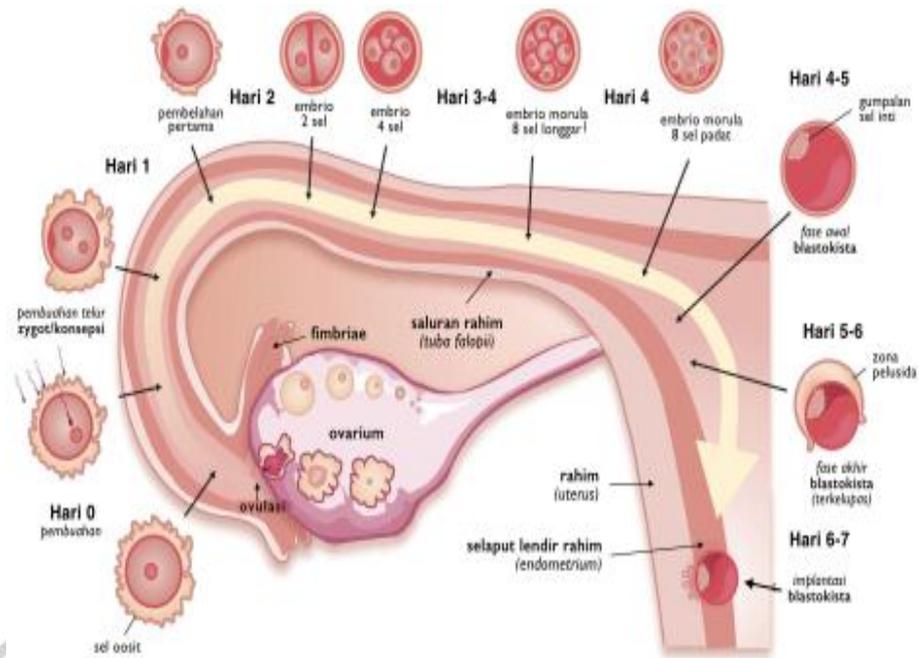
yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.

e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.

4) Nidasi atau implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim dekat fundus uteri. Terkadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut tanda Hartman (Dewi dkk, 2011:71).

Pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut massa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Sejak trofoblas terbentuk, produksi hormone hCG dimulai, suatu hormone yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio (Saifuddin, 2010:143)



Gambar 2.1
 Proses Implantasi atau Nidasi
 Sumber : Wiknjosastro. 2015

5) Plasentasi

Plasenta adalah organ vital untuk promosi dan perawatan kehamilan dan perkembangan janin normal. Hal ini diuraikan oleh jaringan janin dan ibu untuk dijadikan instrumen transfer nutrisi penting (Afodun *et al* , 2015). 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 (Saifuddin, 2010:145). Pertumbuhan plasenta makin lama makin besar dan luas, umumnya mencapai pembentukan lengkap pada usia

kehamilan sekitar 16 minggu. Plasenta dewasa/lengkap yang normal memiliki karakteristik berikut:

- a) Bentuk bulat /oval
 - b) Diameter 15-25 cm, tebal 3-5 cm
 - c) Berat rata-rata 500-600 gr.
 - d) Insersi tali pusat (tempat berhubungan dengan plasenta) dapat di tengah/sentralis, disamping/lateralis, atau tepi ujung tepi/marginalis.
 - e) Di sisi ibu, tampak daerah-daerah yang agak menonjol (katiledon) yang diliputi selaput tipis desidua basialis.
 - f) Di sisi janin, tampak sejumlah arteri dan vena besar (pembuluh korion) menuju tali pusat. Korion diliputi oleh amnion.
 - g) Sirkulasi darah ibu di plasenta sekitar 300 cc/menit (20 minggu) meningkat sampai 600-700 cc/ menit (aterm) (Dewi dkk, 2011:84)
- 6) Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi.

Menurut dewi dkk (2011:72-80) pertumbuhan dan perkembangan embrio dari trimester 1 sampai dengan trimester 3 adalah sebagai berikut:

a) Trimester 1

(1) Minggu ke-1

Disebut masa germinal. Karakteristik utama masa germinal adalah sperma membuahi ovum yang kemudian terjadi pembelahan sel (Dewi dkk, 2011:72)

(2) Minggu ke-2

Terjadi diferensiasi massa seluler embrio menjadi dua lapis (stadium bilaminar). Yaitu lempeng epiblast (akan menjadi ectoderm) dan hipoblast (akan menjadi endoderm). Akhir stadium ini ditandai alur primitive (primitive streak) (Dewi dkk, 2011:73)

(3) Minggu ke-3

Terjadi pembentukan tiga lapis/lempeng yaitu ectoderm dan endoderm dengan penyusupan lapisan mesoderm diantaranya diawali dari daerah primitive streak (Dewi dkk, 2011:73)

(4) Minggu ke-4

Pada akhir minggu ke-3/awal minggu ke-4, mulai terbentuk ruas-ruas badan (somit) sebagai karakteristik pertumbuhan periode ini. Terbentuknya jantung, sirkulasi darah, dan saluran pencernaan (Dewi dkk, 2011:73)

(5) Minggu ke-8

Pertumbuhan dan diferensiasi somit terjadi begitu cepat, sampai dengan akhir minggu ke-8 terbentuk 30-35 somit, disertai dengan perkembangan berbagai karakteristik fisik lainnya seperti jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik (Dewi dkk, 2011:74)

(6) Minggu ke -12

Beberapa system organ melanjutkan pembentukan awalnya sampai dengan akhir minggu ke-12 (trimester pertama). Embrio menjadi janin. Gerakan pertama dimulai selama minggu ke 12. Jenis kelamin dapat diketahui. Ginjal memproduksi urine (Dewi dkk, 2011:74)

b) Trimester II

(1) Sistem Sirkulasi

Janin mulai menunjukkan adanya aktivitas denyut jantung dan aliran darah. Dengan alat fetal ekokardiografi, denyut jantung dapat ditemukan sejak minggu ke-12.

(2) Sistem Respirasi

Janin mulai menunjukkan gerak pernafasan sejak usia sekitar 18 minggu. Perkembangan struktur alveoli paru

sendiri baru sempurna pada usia 24-26 minggu. Surfaktan mulai diproduksi sejak minggu ke-20, tetapi jumlah dan konsistensinya sangat minimal dan baru adekuat untuk pertahanan hidup ektrauterin pada akhir trimester III.

(3) Sistem gastrointestinal

Janin mulai menunjukkan aktivitas gerakan menelan sejak usia gestasi 14 minggu. Gerakan mengisap aktif tampak pada 26-28 minggu. Secara normal janin minum air ketuban 450 cc setiap hari. Mekonium merupakan isi yang utama pada saluran pencernaan janin, tampak mulai usia 16 minggu.

Mekonium berasal dari :

(a) Sel-sel mukosa dinding saluran cerna yang mengalami deskuamasi dan rontok.

(b) Cairan/enzim yang disekresi sepanjang saluran cerna, mulai dari saliva sampai enzim pencernaan.

(c) Cairan amnion yang diminum oleh janin, yang terkadang mengandung lanugo (rambut-rambut halus dari kulit janin yang rontok). Dan sel-sel dari kulit janin/membrane amnion yang rontok.

(d) Penghancuran bilirubin.

(4) Sistem Saraf dan Neuromuskular

Sistem ini merupakan sistem yang paling awal mulai menunjukkan aktivitasnya, yaitu sejak 8-12 minggu, berupa kontraksi otot yang timbul jika terjadi stimulasi lokal. Sejak usia 9 minggu, janin mampu mengadakan fleksi alat-alat gerak, dengan refleks-refleks dasar yang sangat sederhana.

(5) Sistem Saraf Sensorik Khusus/Indra

Mata yang terdiri atas lengkung bakal lensa (lens placode) dan bakal bola mata/mangkuk optic (optic cup) pada awalnya menghadap ke lateral, kemudian berubah letaknya ke permukaan ventral wajah.

(6) Sistem Urinarius

Glomerulus ginjal mulai terbentuk sejak umur 8 minggu. Ginjal mulai berfungsi sejak awal trimester kedua dan dalam vesika urinaria dapat ditemukan urine janin yang keluar melalui uretra dan bercampur dengan cairan amnion.

(7) Sistem Endokrin

Kortikotropin dan Tirotropin mulai diproduksi di hipofisis janin sejak usia 10 minggu mulai berfungsi untuk merangsang perkembangan kelenjar suprarenal

dan kelenjar tiroid. Setelah kelenjar-kelenjar tersebut berkembang, produksi dan sekresi hormon-hormonnya juga mulai berkembang

(8) Trimester III

(a) Minggu ke-28

Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun bokong adalah sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1.100 g (Dewi dkk, 2010:79). Masuk trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata mulai membuka (Saifudin, 2010: 158). Surfaktan mulai dihasilkan di paru-paru pada usia 26 minggu, rambut kepala makin panjang, kuku-kuku jari mulai terlihat (Varney, 2007:511).

(b) Minggu ke-32

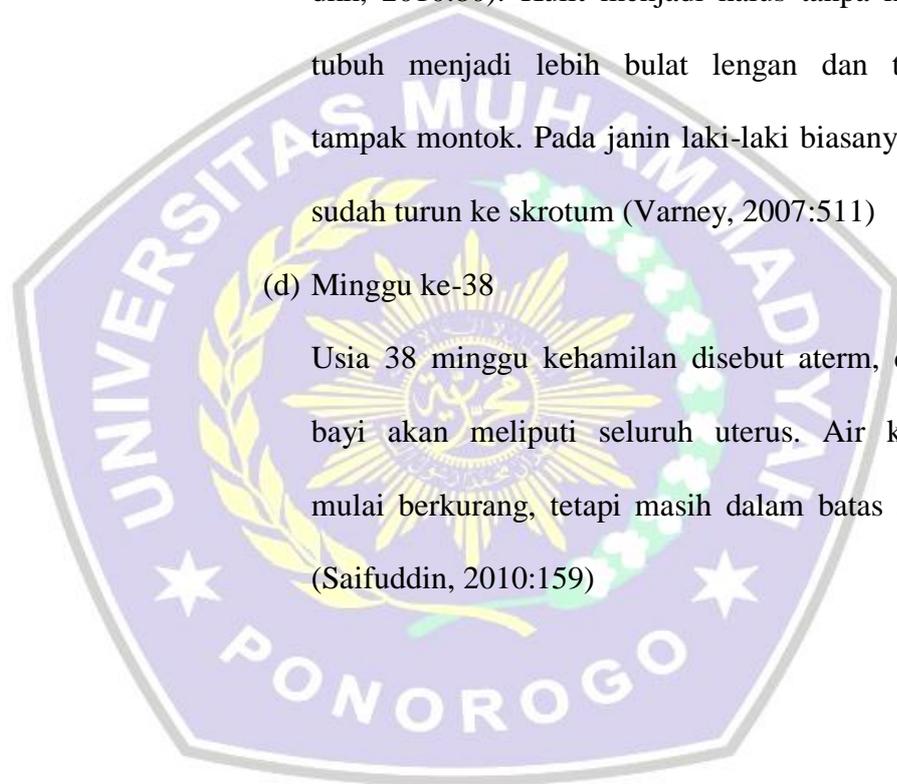
Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm dan panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr. Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. (Dewi dkk, 2010:80). Bila bayi dilahirkan ada kemungkinan hidup 50-70 % (Saifuddin, 2010:159)

(c) Minggu ke-36

Berat janin sekitar 1.500-2.500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2010:159). Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak atau berputar banyak. (Dewi dkk, 2010:80). Kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum (Varney, 2007:511)

(d) Minggu ke-38

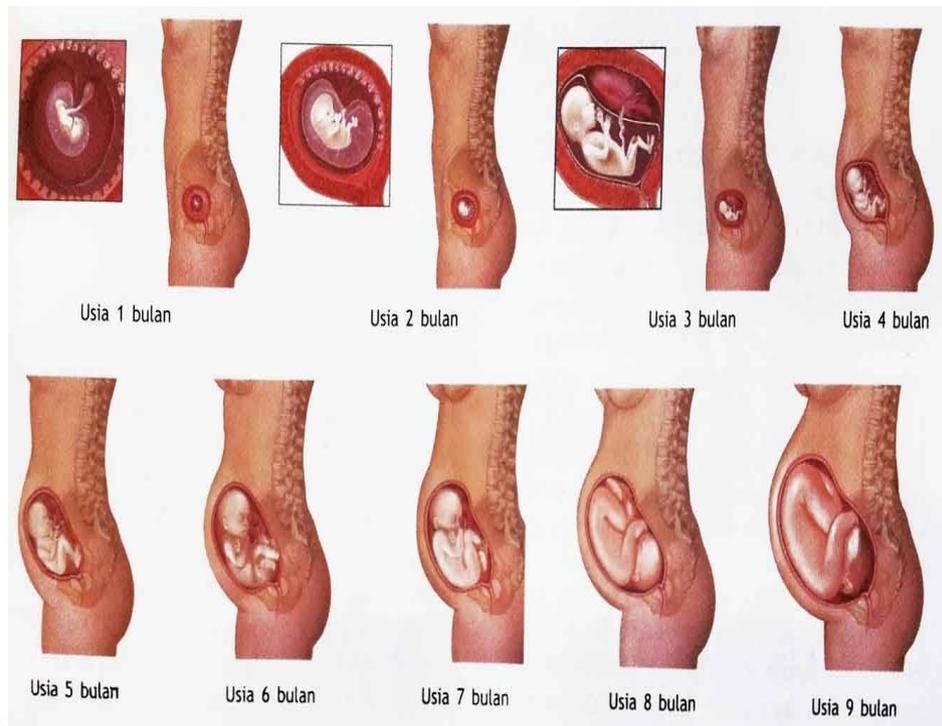
Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2010:159)



Tabel 2.1
Pertumbuhan dan Perkembangan janin

Usia kehamilan	Panjang Janin	Ciri Khas
<i>Organogenesis</i>		
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, genitalia eksterna terbentuk
<i>Usia Fetus</i>		
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
<i>a Parietal</i>		
28 minggu	35 cm	Berat badan 1000 gram, menyempurnakan janin
40 minggu	50-55 cm	Bayi cukup bulan, kulit berambut dengan baik, kulit kepala tumbuh baik, pusat penulangan pada tibia proksimal

Sumber : (Manuaba dkk, 2010: 89)



Gambar 2.2
Tahap-Tahap Pertumbuhan janin Pada Masa Kehamilan
Sumber: Wirisliani, 2017

7) Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Sitanggang dkk (2012:2), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi dua, yaitu:

- a) Tanda yang tidak pasti (*probable signs*)/tanda mungkin kehamilan yaitu *amenorhea*, mual dan muntah, quickening, keluhan kencing, konstipasi, perubahan berat badan, perubahan temperatur suhu basal, perubahan warna kulit, perubahan payudara, perubahan pada uterus, tanda *piskacek's*, perubahan-perubahan pada serviks.
- b) Tanda pasti kehamilan yaitu denyut Jantung Janin (DJJ), palpasi dan Pemeriksaan diagnostik kehamilan seperti *rontgenografi*,

ultrasonografi (USG), fetal Electrografi (FCG) dan tes Laboratorium/ Tes Kehamilan

Menurut Dewi dkk (2011:111) tanda dan gejala kehamilan adalah sebagai berikut:

a) Tanda pasti Kehamilan

(1) Gerakan janin yang dapat dilihat/ dirasa/ diraba, juga bagian-bagian janin.

(2) Denyut jantung janin

(3) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

b) Tanda-tanda tidak pasti kehamilan (Presumptive)

(1) Amenorea

(2) Mual dan muntah (nausea and vomiting)

(3) Mengidam (ingin makanan khusus)

(4) Pingsan

(5) Tidak ada selera makan (anoreksia)

(6) Lelah (Fatigue)

(7) Payudara

(8) Miksi

(9) Konstipasi/Obstipasi

(10) Pigmentasi kulit

(11) Epulis

(12) Pemekaran vena-vena (varises)

c) Tanda-tanda kemungkinan hamil.

- (1) Perut membesar
- (2) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim.
- (3) Tanda Hegar, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian lain.
- (4) Tanda Chadwick, yaitu adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru-biruan.
- (5) Tanda Piscaseck, yaitu adanya tanda yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak di sebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang simetris.
- (6) Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (Broxton Hicks)
- (7) Teraba Ballotement
- (8) Reaksi kehamilan positif.

b. Perubahan Anatomi dan Fisiologi

1) Perubahan pada sistem reproduksi

a) Vagina dan Vulva

Hormon estrogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hyperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna

kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda Chadwick (Kumalasari, 2015:3)

b) Serviks Uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (Soft) yang disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warna menjadi livid yang disebut dengan tanda Chadwick (Mochtar, 1998:35 dalam Dewi dkk, 2011:91)

(1) Uterus

(a) 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 hipertropi 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, 2010:59). Penyebab pembesaran uterus adalah peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia dan hipertrofi, perkembangan desidua (Kumalasari, 2015:4)

Tabel 2.2
 Penambahan Ukuran TFU

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

Sumber : (Sulistyawati, 2010: 60)

(b) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan (Sulistyawati, 2010:60).

1. 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, 2010:60).

(2) Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan diameter sebesar 3 cm. Setelah plasenta terbentuk korpus luteum graviditatum mengecil dan korpus luteum mengeluarkan hormone estrogen dan progesteron (Kumalasari, 2015:5)

2) Perubahan Kardiovaskuler atau Hemodinamik

Karakteristik yang khas adalah denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10 sampai 15 denyut per menit pada kehamilan. Oleh karena diafragma makin naik selama kehamilan jantung digeser ke kiri dan ke atas. Sementara itu, pada waktu yang sama organ ini agak berputar pada sumbu panjangnya. Keadaan ini mengakibatkan apeks jantung digerakkan agak lateral dari posisinya pada keadaan tidak hamil normal dan membesarnya ukuran bayangan jantung yang ditemukan pada radiograf (Dewi dkk, 2011:93)

3) Perubahan pada sistem Pernafasan

Timbulnya keluhan sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena uterus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Volume tidal (volume udara yang diinspirasi/diekspirasi setiap kali bernafas normal) meningkat. Hal ini dikarenakan pernafasan cepat dan perubahan bentuk

rongga toraks sehingga O₂ dalam darah meningkat (Kumalasari, 2015:5)

4) Perubahan Pada Ginjal

Selama Kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan. (Pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar.) Terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada Trimester III kehamilan dan di akhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih (Kumalasari, 2015:5)

5) Perubahan Sistem Endokrin

Pada ovarium dan plasenta, korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesterone dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormone tersebut. Kelenjar tiroid menjadi lebih aktif. Kelenjar tiroid yang lebih aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan dan perubahan suasana hati. Kelenjar paratiroid ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Pada pankreas

sel-selnya tumbuh dan menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat (Kumalasari, 2015:5-6)

6) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone, dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian. Pada kehamilan trimester II dan III Hormon progesterone dan hormon relaksasi jaringan ikat dan otot-otot. Hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Dewi dkk, 2011:103).

7) Perubahan Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (Konstipasi). Wanita hamil sering mengalami Heartburn (rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan arena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan (Kumalasari, 2015:7)

8) Perubahan Sistem Integumen

Pada kulit terjadi hiperpigmentasi yang dipengaruhi hormone Melanophore Stimulating Hormone di Lobus Hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. (Kamariyah dkk, 2014:34). Sehubungan dengan tingginya kadar hormonal, maka terjadi peningkatan pigmentasi selama kehamilan. Ketika terjadi pada kulit muka dikenal sebagai *cloasma*. Linea Alba adalah garis putih tipis yang membentang dari simfisis pubis sampai umbilikus, dapat menjadi gelap yang biasa disebut Line Nigra (Dewi dkk, 2011:99). Pada primigravida panjang linea nigra mulai terlihat pada bulan ketiga dan terus memanjang seiring dengan meningkatnya fundus. Pada Muligravida keseluruhan garis munculnya sebelum bulan ketiga (Kamariyah dkk, 2014:34). Striae Gravidarum yaitu renggangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastic dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal (Kumalasari, 2015:6).

Kulit perut mengalami perenggangan sehingga tampak retak-retak, warna agak hyperemia dan kebiruan disebut striae lividae (timbul karena hormone yang berlebihan dan ada pembesaran/perenggangan pada jaringan menimbulkan perdarahan pada kapiler halus di bawah kulit menjadi biru). Tanda regangan timbul pada 50% sampai 90% wanita selama

pertengahan kedua kehamilan setelah partus berubah menjadi putih disebut striae albicans (biasanya terdapat pada payudara, perut, dan paha) (Kamariyah dkk, 2014:34)

c. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

(1) Trimester I

Trimester pertama ini sering dirujuk sebagai masa penentuan. Penentuan untuk menerima kenyataan bahwa ibu sedang hamil. Segera setelah konsepsi, kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya (Kamariyah dkk, 2014:39)

(2) Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy serta pikirannya secara konstruktif (Kumalasari, 2015:8)

(3) Trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya

jelek. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Dewi dkk, 2011:110)

d. Kebutuhan Fisik ibu hamil

1) Kebutuhan nutrisi (Saminem, 2008)

Pada saat ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minum cukup cairan (menu seimbang).

a) Kalori

Di Indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedang untuk orang hamil dan menyusui masing – masing adalah 2300 dan 2800 Kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energi. Bila kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya dipakai untuk pertumbuhan. Asupan makanan ibu hamil pada triwulan I sering mengalami keadaan tersebut tetapi asupan makanan harus tetap diberikan seperti biasa. Pada triwulan kedua nafsu makan biasanya sudah mulai

meningkat, kebutuhan zat tenaga banyak dibanding kebutuhan saat hamil muda. Demikian juga zat pembngunan dan zat pengatur seperti lauk pauk, sayuran dan buah- buahan berwarna. Pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu sangat baik dan ibu sangat merasa lapar (Saminem, 2008).

b) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus plasenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dan lain – lain). Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium (Saminem, 2008).

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari – hari yaitu buah – sayuran , sayur – sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak terpenuhi dengan makan sehari – hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira – kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai *ferosus*, *ferofumarat* atau *feroglukonat* perhari pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 gr/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira – kira 0,9 gram kalsium,. Bila ibu hamil tidak dapat minum susu, suplemen kalsium dapat diberikan dengan dosis 1 gram perhari. Pada umumnya dokter selalu member suplemen mineral dan vitamin prenatal untuk mencegah kemungkinan terjadinya defisiensi (Saminem, 2008).

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah – sayuran , tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi (Saminem, 2008).

2) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih . konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya kontipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih (Saminem, 2008).

3) Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya 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 dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal , dan untuk

mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri (Saminem, 2008).

4) Aktifitas

Seorang wanita boleh mengerjakan aktivitas sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Bagi wanita pekerja ia boleh tetap masuk kantor sampai menjelang partus (Saminem, 2008).

5) Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada kehamilan merupakan hal yang penting karena dengan persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya. Untuk itu ibu hamil sebaiknya masuk dalam kelas “bimbingan persiapan menyusui”(BPM). Suatu pusat pelayanan kesehatan (RS, RB, Puskesmas) harus mempunyai kebijakan yang berkenaan dengan pelayanan ibu hamil yang menunjang keberhasilan menyusui. Pelayanan pada BPM terdiri dari penyuluhan tentang keunggulan ASI, manfaat rawat gabung, perawatan puting susu, perawatan bayi, gizi ibu hamil dan menyusui, keluarga berencana (Saminem, 2008).

6) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga

kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut , perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Saminem, 2008).

7) Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini :

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c) Memakai bra yang menyokong payudara.

- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e) Pakaian dalam yang selalu bersih (Saminem, 2008).

8) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti. :

- a) Sering abortus dan kelahiran premature.
- b) Perdarahan pervaginam.
- c) Koitus harus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu terakhir kehamilan.
- d) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.
(Saminem, 2008)

e. Ketidaknyamanan Pada Masa Kehamilan

Menurut Varney dkk (2007), keluhan ringan yang dijumpai pada kehamilan seperti edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak napas, nyeri ulu hati, kram tungkai serta nyeri punggung bawah.

a) Edema Dependen

Edema dependen atau edema fisiologis yang dialami ibu hamil trimester 3, edema terjadi karena penumpukan mineral natrium yang bersifat menarik air, sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan. Hal ini ditambah dengan penekanan pembuluh

darah besar di perut sebelah kanan (*vena kava*) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang kembali ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Penekanan ini terjadi saat ibu berbaring terletang atau miring ke kanan. Oleh karena itu, ibu hamil trimester 3 disarankan untuk berbaring ke arah kiri (Varney *et al*, 2007).

b) Nokturia

Nokturia atau sering kencing yaitu suatu kondisi pada ibu hamil yang mengalami peningkatan frekuensi untuk berkemih di malam hari yang dapat mengganggu kenyamanan pasien sendiri karena akan terbangun beberapa kali untuk buang air kecil. Hal ini terjadi karena adanya aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Varney *et al*, 2007).

c) Konstipasi

Konstipasi / sembelit pada ibu hamil terjadi akibat penurunan gerakan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Selain itu, pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi (Varney *et al*, 2007)

d) Sesak Napas

Seiring bertambahnya usia kehamilan, uterus mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma ini akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Varney *et al*, 2007).

e) Nyeri Ulu Hati

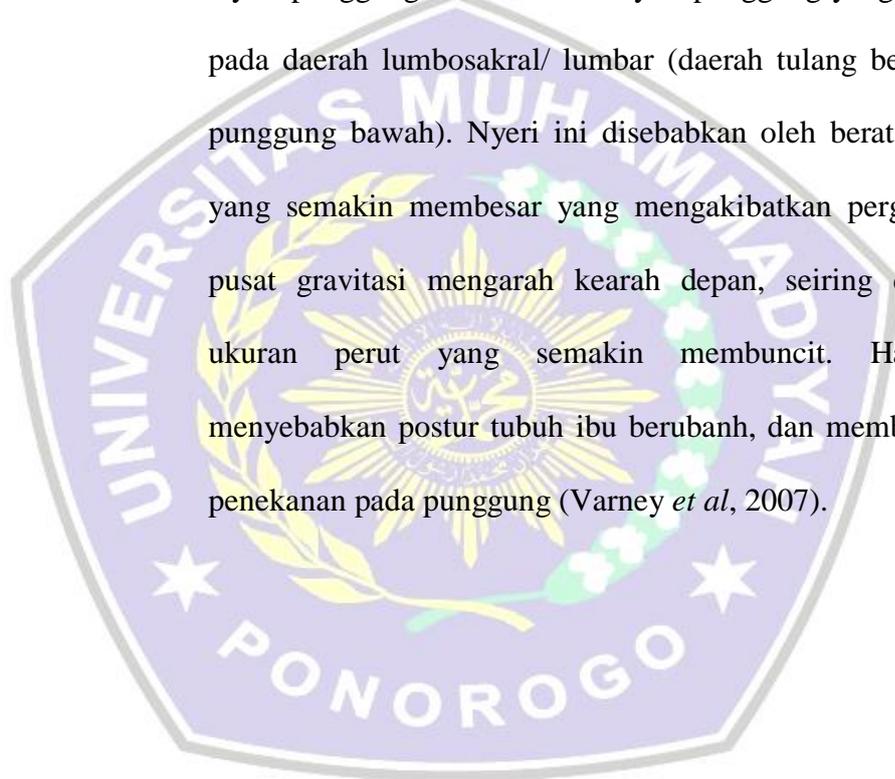
Nyeri ulu hati sangat umum ditemui selama kehamilan terutama pada trimester 3. Gejalanya berupa rasa terbakar atau nyeri pada area retrosternum dada, terutama saat sedang berbaring. Jika berkepanjangan, nyeri ini mungkin merupakan gejala refluks esofagitis akibat regurgitasi isi lambung yang asam. Pada ibu hamil nyeri ulu hati disebabkan oleh pengaruh berat uterus selama kehamilan yang mengganggu pengosongan lambung, juga karena pengaruh progesteron yang merelaksasi spingter esofagus bawah (kardiak). Salah satu penanganannya yaitu menganjurkan ibu untuk menggunakan bantal saat tidur, caranya menompang uterus dengan bantal dibawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring (Varney *et al*, 2007).

f) Kram Tungkai

Perbesaran uterus menyebabkan penekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga dapat mengganggu sistem sirkulasi atau sistem saraf, sementara sistem saraf ini melewati foramen obsturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney *et al*, 2007).

g) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah adalah nyeri punggung yang terjadi pada daerah lumbosakral/ lumbar (daerah tulang belakang punggung bawah). Nyeri ini disebabkan oleh berat uterus yang semakin membesar yang mengakibatkan pergeseran pusat gravitasi mengarah kearah depan, seiring dengan ukuran perut yang semakin membuncit. Hal ini menyebabkan postur tubuh ibu berubah, dan memberikan penekanan pada punggung (Varney *et al*, 2007).



2.1.2 Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Wijayanti, 2015:1). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri dkk, 2012:1). 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 kelahiran plasenta (Varney *et al*, 2007:672).

2. Fisiologi Persalinan

a. Teori Terjadinya Persalinan

Menurut Manuaba (1998) dalam Sari dkk (2012:6-10), Penyebab terjadinya persalinan diuraikan oleh beberapa teori:

1) Teori Penurunan Kadar Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Hormon ini meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium

sehingga menstabilkan Ca membrane dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena adanya sintesa prostaglandin di uterus. Prostaglandin E dan Prostaglandin F yang bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kehamilan.

2) Teori Penurunan Progesteron.

Progesteron merupakan hormon penting dalam menjaga kehamilan tetap terjadi hingga masa persalinan. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta, yang akan berkurang seiring terjadinya penebaran plasenta yang terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Ketika hormone ini mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori rangsangan Estrogen

Estrogen juga merupakan hormon yang dominan dalam kehamilan. Hormon ini memiliki dua fungsi, yaitu meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis.

4) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks.

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi Braxton Hicks.

5) Teori Keregangan Otot rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat di mulai,

6) Teori Fetal Cortisol

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan irritability miometrium meningkat.

7) Teori Fetal Membran

Teori fetal membrane phospholipid-arachnoid acid prostaglandin. Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang

membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium.

8) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis.

Hubungan antara hipotalamus pituitary dengan mulainya persalinan, dan glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

9) Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (Fleksus Frankenhauser). Bila ganglion ini ditekan dan digeser, misalnya oleh janin, maka akan timbul kontraksi.

10) Teori Plasenta Sudah tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada vili chorialis di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi rahim.

11) Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik akan merangsang akhiran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

12) Induksi Partus (*Induction Of Labor*)

Persalinan juga dapat ditimbulkan oleh: ganggang malinaria yang dimasukkan ke dalam kanal servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser, amniotomi dan oksitosin drips.

3. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Kumalasari (2015:97), tanda-tanda persalinan adalah

- a. Rasa sakit karena adanya kontaksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkat kekuatan frekuensi dan durasi.
- b. Rabas vagina yang mengandung darah (*bloody show*)
- c. Kadang-kadang selaput ketuban pecah spontan
- d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

4. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut Sari dkk (2014: 3-6) Jenis persalinan dibagi menjadi 2 kategori yaitu:

- a. Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya

- 1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

- 2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi section Caesarea. Secsio Caesarea (SC) merupakan tindakan operasi (*surgical treatment*) yang dapat dilakukan dengan direncanakan (elektif) atau bisa dilakukan secara mendadak (*cyto*) sesuai dengan kondisi pasien (Maharani, 2012:113)

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rasangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.

b. Jenis Persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin.

1) Abortus

Berdasarkan Eastman (2011) yang dikutip dari Sari dkk (2014), Abortus merupakan terputusnya kehamilan, fetus belum sanggup hidup di luar uterus, berat janin 400-1000 gram, umur kehamilan kurang dari 28 minggu (Sari dkk, 2014:4).

2) Partus Immaturus

Berdasarkan Marmi (2011) yang dikutip dari Sari dkk (2014), Partus Immaturus adalah pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram (Sari dkk, 2014:4).

3) Partus Prematurus

Berdasarkan Marmi (2011) yang dikutip dari Sari dkk (2014), Partus Prematurus adalah Persalinan yang terjadi dalam kurun waktu antara 28 minggu-36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram (Sari dkk, 2014:4).

4) Persalinan Aterm

Berdasarkan Marmi (2011) yang dikutip dari Sari dkk (2014), persalinan aterm adalah persalinan yang terjadi antara umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram (Sari dkk,2014:5).

5) Partus Serotinus

Berdasarkan Marmi (2011) yang dikutip dari Sari dkk (2014), Persalinan serotinus adalah persalinan yang melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postmaturitas (Sari dkk, 2014:6).

6) Partus Presipitatus

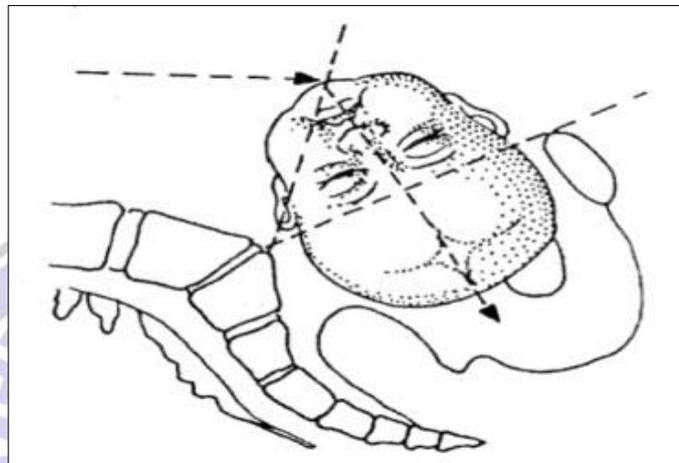
Persalinan yang berlangsung cepat yaitu kurang dari 3 jam (Sari dkk, 2014:6)

5. Mekanisme Persalinan

a. Engagement

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Wiknjosastro, 2009: 310). Menambahkan sinklitimus yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu

atau panggul. Varney (2007: 755) menjelaskan *engagement* terjadi untuk 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.

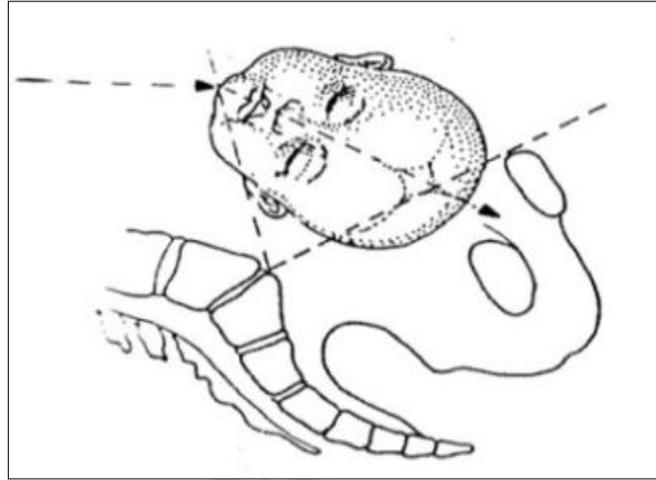


Gambar 2.3
Sinklitisimus

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

b. *Descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat:tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Asri dkk, 2012:15)

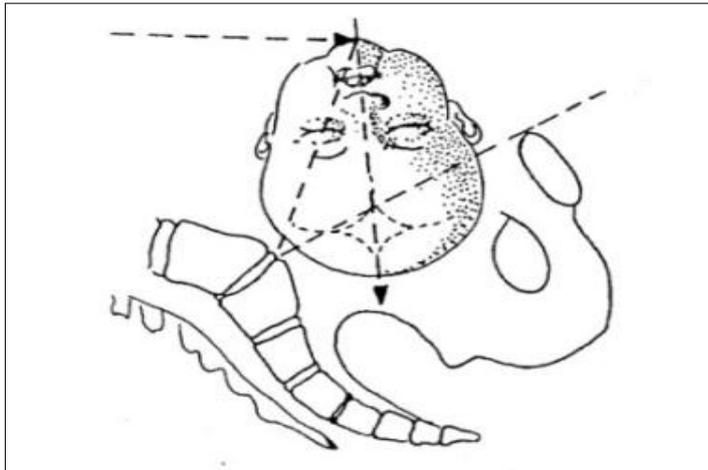


Gambar 2.4
Asinklitismus anterior

Sumber : Wiknjastro, dkk. 2009. Ilmu Kebidanan.
Jakarta, halaman 311

c. Fleksi

Fleksi adalah ketika kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter *oksipito-frontalis* (puncak kepala) menjadi diameter *suboksipito-bregmatikus* (belakang kepala). Dengan majunya kepala fleksi bertambah sehingga ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter *suboksipito bregmatika* menggantikan *suboksipito frontalis*). (Asri dkk, 2012:16)



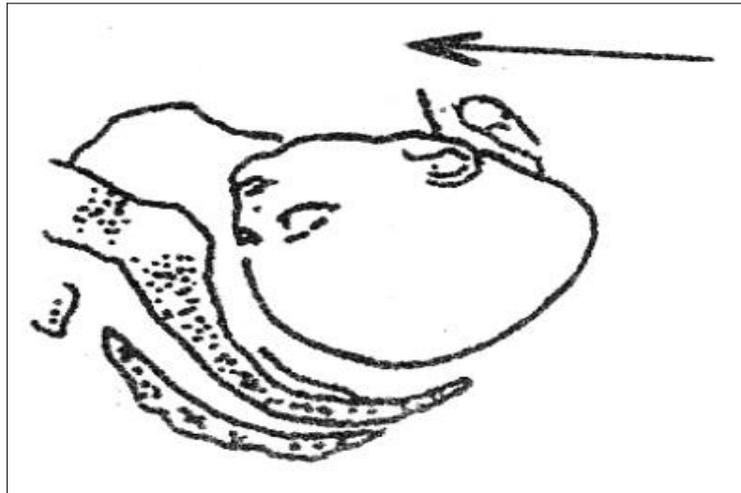
Gambar 2.5
Asinklitismus posterior
Sumber : *Wiknjosastro, dkk. 2009. Ilmu Kebidanan.*
Jakarta, halaman 311.

d. Rotasi internal (Putar Paksi Dalam)

Rotasi Internal (Putar paksi Dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. (Asri dkk, 2012:17)

e. Ekstensi

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vaginae. (Asri dkk, 2012:18)



Gambar 2.6
Kepala janin ekstensi

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

f. Rotasi eksternal (Putar Paksi Luar)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai. (Asri dkk, 2012:18)



Gambar 2.7
Rotasi Eksternal

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

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul /trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki. (Asri dkk, 2012:22)

6. Tahapan Persalinan

Proses persalinan terdiri atas empat kala yaitu sebagai berikut

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). (Kumalasari, 2015:98). Persalinan kala I dibagi

menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi periode akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi (Rohani, 2011:5-6). Menurut Kumalasari (2015:98) kala I fase aktif, berlangsung selama enam jam dan dibagi atas tiga subfase yaitu sebagai berikut:

- 1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilatasi maksimal (steady): berlangsung selama dua jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu dua jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap) (Kumalasari, 2015:98).

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Sumarah, 2009 dalam Sari dkk, 2014:167). Persalinan kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Perubahan fisiologi secara umum terjadi pada persalinan kala II adalah:

- 1) His menjadi lebih kuat dan lebih sering (Fetus Axis Pressure)
- 2) Timbul tenaga untuk meneran

- 3) Perubahan dalam dasar panggul
- 4) Lahirnya Fetus (Asri dkk, 2012:60)

Asuhan Sayang ibu pada kala II menurut Pusdiknakes (2003) dalam Sari dkk (2014:167) meliputi:

- 1) Memanggil ibu sesuai nama panggilan sehingga akan ada perasaan dekat dengan bidan
- 2) Meminta izin dan menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan bidan dalam pemberian asuhan
- 3) Bidan memberikan penjelasan tentang gambaran proses persalinan yang akan dihadapi ibu dan keluarga
- 4) Memberikan informasi dan menjawab pertanyaan dari ibu dan keluarga sehubungan dengan proses persalinan.
- 5) Mendengarkan dan menanggapi keluhan ibu dan keluarga selama proses persalinan.
- 6) Menyiapkan rencana rujukan atau kolaborasi dengan dokter spesialis apabila terjadi kegawatdaruratan kebidanan.
- 7) Memberikan dukungan mental, memberikan rasa percaya diri kepada ibu, serta berusaha member rasa nyaman dan aman.
- 8) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik meliputi sarana dan prasarana pertolongan persalinan
- 9) Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

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

Persalinan Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung selama 15-30 menit. Kala III terdiri atas dua fase yaitu sebagai berikut

- 1) Fase pelepasan uteri
- 2) Fase pengeluaran uri (Kumalasari, 2015:98).

Tujuan Manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu kala, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan kala III fisiologis (Sari dkk, 2014:187).

d. Kala IV

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum (Kumalasari, 2015:99). 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
 - a) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
 - b) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
 - c) Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusui dini.
 - d) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
 - e) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi. (Saifudin, 2008: 100-121).

7. Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

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 setiap persalinan, baik normal baik patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah :

1) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

2) Asuhan Sayang ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Beberapa prinsip – prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan 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.

3) Pencegahan Infeksi

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

dan tenaga kesehatan lainnya dengan 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.

4) 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.

5) 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 kesehatan 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, 2007:5-33)

8. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Menurut Asri dkk (2012:62) peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi perasaan/ fisik. Seperti:

- a. Memberi dukungan terus menerus kepada ibu dengan mendampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu
- b. Menjaga kebersihan diri:
 - 1) Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi.
 - 2) Jika ada darah lender atau cairan ketuban segera dibersihkan
- c. Kenyamanan bagi ibu
 - 1) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan, ketakutan ibu
 - 2) Menjaga privasi ibu
 - 3) Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan

- 4) Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
- 5) Mengatur posisi ibu
- 6) Menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih sesering mungkin.

9. Partograf

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

1. Denyut jantung janin.

Batas normal antara 120-160 x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap ½ jam selama 1 menit (Manuaba, 2010:159)

2. Air Ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bernoda darah (Saifuddin, 2009:104). Dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010:160)

3. Molase (Penyusupan tulang kepala janin).

Menurut Saifuddin (2010:319), penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Pencatatan pemeriksaan menggunakan lambang-lambang sebagai berikut:

- a. 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- b. 1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- c. 2: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan.
- d. 3: Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4. Pembukaan mulut rahim.

Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x) (Saifuddin, 2009:104)

5. Penurunan bagian terbawah janin.

Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis. Beri tanda (o) pada garis waktu yang sesuai. (Saifuddin, 2010:320)

6. Jam dan waktu

Menurut Saifuddin (2010:320) dijelaskan dibagian bawah partograf, tertera kotak-kotak diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

7. Kontraksi Uterus

Catat setiap jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- a. Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- b. Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik
- c. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:321)

8. Oksitosin

Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2009:104)

9. Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010:322)

10. Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh ibu.

Menurut saifuddin (2010:322), angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu

- a. Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
- b. Cacat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.

c. Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai

11. Protein, aseton dan volume urin

Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104)

10. Persiapan Persalinan

Perilaku ibu hamil trimester III dalam persiapan persalinan adalah segala yang dilakukan ibu dalam menghadapi persalinan meliputi membuat rencana persalinan, membuat rencana persalinan, membuat rencana pengambilan keputusan, mempersiapkan transportasi, membuat rencana menabung, mempersiapkan perlengkapan persalinan (Montung V.L, 2016)



2.1.3 Masa Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Periode *postpartum* didefinisikan sebagai awal setelah melahirkan plasenta sampai 6 minggu setelah kelahiran (Ekabua *et al*, 2011:1). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. (Ambarwati dkk, 2010:2)

Periode *post partum* (*puerperium*) adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal seperti sebelum hamil. (Herawati, 2015:1). Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Periode *postpartum* adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode *intrapartum*) hingga kembalinya *traktus* reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. (Islami dkk, 2012:1)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati, 2009:1)

2. Fisiologi Masa Nifas

a. Tahapan Masa Nifas

Dalam Ambarwati dkk (2010:4) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap:

1) Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium intermedial

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

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

b. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Involusi Uterus

Menurut Manuaba (2010:200), setelah bayi dilahirkan uterus selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta.

Pada involusi uteri, jaringan ikat dan jaringan otot mengalami proses proteolitik, berangsur-angsur mengecil sehingga pada akhir kala nifas besarnya seperti semula dengan berat 30 gram.

Menurut Ambarwati dkk (2010:73), Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine.

b) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.

c) Efek Oksitosin (Kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. (Ambarwati dkk,2010:75)

Tabel 2.3

Perubahan Uterus pada Masa Nifas

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

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

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas (Ambarwati dkk, 2010:78). Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas atau lochea dalam Ambarwati dkk (2010:78) terdiri atas 4 tahap:

a) Lochea Rubra/Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa postpartum.

Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

d) Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

3) Payudara

Payudara menjadi besar saat hamil dan menyusui dan biasanya mengecil setelah menopause. Pembesaran ini terutama disebabkan oleh pertumbuhan trauma jaringan penyangga dan penimbunan jaringan lemak. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesterone turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. (Ambarwati dkk, 2010:7).

Menurut Ambarwati dkk (2010:10) Dua reflek pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu reflek prolaktin dan reflek aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

a) Refleksi Prolaktin

Sewaktu bayi menyusui, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut afferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior

untuk mengeluarkan hormon prolaktin ke dalam darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu.

b) Reflek Aliran (*Let Down Reflek*)

Reflek let down dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan. Tanda-tanda lain dari let-down reflek adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisap oleh bayi. Reflek ini dipengaruhi oleh kejiwaan ibu. Menyusui membantu bayi mencapai kesehatan, perkembangan, dan potensi psikososial. Menyusui tidak hanya mengurangi tingkat morbiditas dan mortalitas pada anak-anak, tetapi juga mengurangi kemungkinan kanker tertentu dan penyakit kronis pada ibu. (Wallenborn, 2017:1)

Menurut Saleha (2009) jenis air susu yang dikeluarkan ibu memiliki 3 stadium yaitu:

(1) Kolostrum

Mengandung sel darah putih dan antibody yang paling tinggi daripada ASI sebenarnya, khususnya kandungan immunoglobulin (IgA) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah bayi mengalami alergi makanan. Kolostrum disekresikan dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat.

(2) Air susu masa peralihan

Merupakan ASI peralihan dari kolostrum menjadi ASI yang matur. Kadar protein makin rendah, kadar karbohidrat dan lemak makin tinggi. Disekresi dari hari ke-4 sampai hari ke-10.

(3) Air susu matur.

Merupakan cairan berwarna putih kekuning-kuningan yang diakibatkan warna dari garam kalsium caseinat, riboflavin, dan karoten yang terdapat didalamnya. Disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya. Ada pula yang mengatakan pada minggu ketiga sampai kelima. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dapat membantu meningkatkan kepercayaan diri dan memberikan kondisi psikologis yang positif sehingga dapat membantu proses menyusui selanjutnya. (Legawati,2011:61).

4) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. (Sulistyawati, 2009:77). Setelah persalinan serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet terutama dibagian anterior (Saleha, 2009:57) Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup. (Ambarwati dkk, 2010:79).

5) Vulva Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap selama 6-8 minggu postpartum (Ambarwati dkk, 2010:80). Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rague dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol. Pada masa nifas biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. (Sulistyawati, 2009:78)

6) *Afterpains*

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik

7) Sistem Pencernaan

Ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia. (Sulistyawati,2009:78). Menurut Ambarwati dkk

(2010:80), bila konstipasi tidak teratasi dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain. Pada ibu nifas terutama yang partus lama mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltic usus (Saleha, 2009:58)

8) Sistem Perkemihan

Buang air kecil hendaknya dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Ambarwati dkk, 2010:81). Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “dieresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. (Sulistyawati, 2009:79).

9) Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang merenggang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi

retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. (Sulistyawati, 2009:79). Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu latihan (Ambarwati dkk, 2010:82)

10) Sistem Endokrin

Menurut Sulistyawati (2009:80), terjadi perubahan pada sistem endokrin pada masa nifas:

a) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke -3 post partum.

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu.

c) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh factor menyusui.

d) Kadar Estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi keejarian mammae dalam menghasilkan ASI.

11. Perubahan Tanda Vital

a) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

(Varney *et al*, 2007:961)

1) Suhu

Dalam 1 hari (24 jam) postpartum, suhu badan akan naik sedikit sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. (Sulistiyawati, 2009:80)

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. (Ambarwati dkk, 2010:84).

3) Pernafasan

Fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-

kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru. (Varney *et al*, 2007:961)

4) Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kodis pada penderita vitium cordia. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke tiga sampai lima hari post partum. (Ambarwati dkk, 2010:86)

5) Sistem Hematologi

Leukositosis, dengan peningkatan hitung sel darah putih hingga 15.000 atau lebih selama peralihan, dilanjutkan dengan peningkatan sel darah putih selama dua hari pertama postpartum. Hitungan sel darah putih dapat mengalami peningkatan lebih lanjut hingga 25.000 atau 30.000 tanpa menjadi patologis jika wanita mengalami persalinan lama. Akan tetapi, dugaan infeksi harus dipastikan jika peningkatan sel darah putih signifikan. (Varney *et al*, 2007:962). Jumlah hemoglobin, hematokrit dan erytrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum

sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. (Ambarwati dkk, 2010:86)

d. Kebutuhan kesehatan pada ibu nifas

Menurut Saleha (2009:71-76), kebutuhan kesehatan ibu nifas adalah sebagai berikut:

1) Nutrisi dan Cairan

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- b) Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang lengkap
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI

2) Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijakan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Keuntungan *early ambulation* adalah

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*
- b) Faal usus dan kandung kemih lebih baik

- c) Memungkinkan bidan mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu ada di rumah sakit

3) Eliminasi

- a) Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam post partum. Jika 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi.

- b) Buang air besar

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga juga belum BAB, maka perlu di beri obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan huknah.

4) Personal Hygiene

- a) Mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus
- b) Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali sehari.
- c) Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
- d) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuhnya.

5) Istirahat dan Tidur

Anjurkan ibu istirahat yang cukup dan hindari kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga secara perlahan. Karena kelelahan menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uterus, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6) Aktivitas seksual

Aktivitas seksual secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

7) Senam Nifas

Sebagai akibat kehamilan, dinding perut menjadi lembek dan lemas. Disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh terganggu. Oleh karena itu untuk memulihkan bentuk tubuh mengencangkan dinding perut maka dilakukan senam nifas.

d. Program Dan Kebijakan Teknis

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

Berikut ini table kunjungan masa nifas.

Table 2.4

Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan BBL (Bouding Attacement) 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil</p>
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak berbau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dia atau bayi alami 2. Memberikan konseling KB secara dini

Sumber: Ambarwati dkk, 2010:127

2.1.4 Neonatus

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu atau 28 hari sesudah kelahiran. Neonatus yaitu bayi baru lahir atau berumur 0 sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Masa neonatus terdiri dari neonatus dini yaitu bayi berusia 0-7 hari, dan neonatus lanjut yaitu bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010:2). Neonatus atau bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir normal dengan berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan konginetal (cacat bawaan) yang berat (M. Sholeh Kosim,2007 dalam Kumalasari,2015:209)

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah dkk, 2010:2). Bayi baru lahir disebut juga dengan neonates merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram. (Dewi, 2010:1). Periode bayi baru lahir (BBL) merupakan suatu periode penyesuaian kearah bentuk kehidupan, sebagian besar dari proses penyesuaian ini diselesaikan dalam sekitar minggu pertama. Sekalipun

demikian tujuan bulan pertama kehidupan dilukiskan sebagai periode neonatal. (Herawati, 2015:1)

2. Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi Bayi Baru lahir

Bayi yang lahir akan mengalami adaptasi sehingga yang semula bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri secara fisiologis.

1) Sistem Pernafasan

Upaya bernafas pertama seorang bayi adalah untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan olveolus paru.

Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat cukup surfaktan dan aliran darah ke paru. Produksi surfaktan dimulai pada usia 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru matang sekitar 30-40 minggu kehamilan. (Deslidel dkk, 2011:2)

Sistem Pernafasan Janin :

Di dalam Rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikalis, sebagian masuk vena cava inferior melalui duktus venosus arantii. Darah dari vena cava inferior masuk ke atrium kanan dan bercampur dengan darah dari vena cava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri

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

Sistem Pernafasan Bayi Baru Lahir:

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

peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Dengan pernafasan, kadar O₂ dalam darah akan meningkat, mengakibatkan ductus arteriosus berkonstriksi dan menutup. Vena umbilikus, ductus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2-3 bulan (Marmi, 2011)

2) Sistem metabolisme dan pengaturan suhu

Di lingkungan yang dingin, pengaturan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seseorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuhnya. Pengaturan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat untuk memproduksi panas (Deslidel dkk, 2011:4). Mekanisme hilangnya panas terjadi melalui:

a) Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. (Kumalasari, 2015:213)

b) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat

tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut. (Kumalasari, 2015:213)

c) Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, suhu ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan. (Kumalasari, 2015:213)

d) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walau tidak bersentuhan secara langsung). (Kumalasari, 2015:213).

3) Sistem Gastrointestinal

Kebutuhan nutrisi dan kalori janin terpenuhi langsung dari ibu melalui plasenta, sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus negative. Setelah lahir gerakan usus aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri aktif (Deslidel dkk, 2011:6)

4) Sistem ginjal

Janin membuang toksin dan homeostatis cairan/elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostatis

cairan/elektrolit. Lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam.
(Deslidel dkk, 2011:7)

5) Sistem Hati

Fungsi hati adalah metabolisme karbohidrat, protein, lemak, dan asam empedu. Bila menemukan bayi kuning lebih dari 2 minggu dan feses berbentuk dempul ada kemungkinan terjadi atresia bilier yang memerlukan operasi segera sebelum usia 8 minggu. (Deslidel dkk, 2011:7)

6) Sistem Neurologi

Bayi telah dapat melihat dan mendengar sejak baru lahir sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan. Setelah lahir ukuran sel saraf tidak bertambah. (Deslidel dkk, 2011:7)

7) Sistem Immunologi

Setelah lahir imunitas neonates mulai berkembang sejak usia gestasi 4 bulan. Setelah lahir imunitas neonates cukup bulan lebih rendah dari orang dewasa. Usia 3-12 bulan adalah keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi. Neonatus kurang bulan memiliki kulit yang masih rapuh, membran mukosa yang mudah cedera, pertahanan tubuh lebih rendah sehingga beresiko mengalami infeksi yang lebih besar. (Deslidel dkk, 2011:8)

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

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

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram

- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 6) Pernafasan \pm 40-60 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merah dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang panjang dan lemas.
- 10) Genitalia pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan Bayi Baru lahir dimulai sejak proses persalinan hingga kelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehidupan).

1) Pencegahan Infeksi

a) Pencegahan Infeksi pada tali pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena urine, kotoran bayi, atau tanah. Dilarang membubuhkan atau

mengoleskan ramuan, abu dapur dan sebagainya pada tali pusat sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang berakhir dengan kematian neonatal (Kumalasari, 2015:211)

b) Pencegahan infeksi pada kulit

Cara untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah dengan meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk serta terkandung dalam air susu ibu (Kumalasari, 2015:211)

c) Pencegahan Infeksi pada Mata bayi baru lahir

Dalam waktu satu jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (tetrasiiklin 1%, eritromisin 0,5%, atau nitras argensi 1%. (Kumalasari, 2015:211)

d) Imunisasi

Vaksinasi telah mengurangi morbiditas dan mortalitas yg disebabkan penyakit menular pada masa kanak-kanak, seperti Pertusis dan campak. Untuk melindungi bayi, satu pendekatan mungkin tidak cukup, harus dengan banyak strategi imunisasi, sehingga meningkatkan vaksinasi harus menjadi Prioritas kesehatan masyarakat dan harus diterapkan dalam metode terpadu.

(Bozzola *et al*, 2013:1). Imunisasi hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah risiko tinggi, pemberian imunisasi hepatitis B dianjurkan pada bayi segera lahir. (Kumalasari, 2015:211)

e) Melakukan Penilaian dan Inisiasi Pernafasan Spontan

Skor Apgar didefinisikan sebagai ukuran fisik kondisi bayi yang baru lahir, Skor Apgar memiliki Poin maksimal, dengan dua kemungkinan untuk setiap detak jantung, Otot, respons terhadap stimulasi, dan pewarnaan kulit. (Senkoro *et al*, 2017:1)

Tabel 2.5
Komponen Penilaian Apgar Score

Komponen	Skor		
	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	<100 x/menit	>100x/menit
Kemampuan bernafas	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat
Tonus Otot	Lumpuh	Ekstrimitas agak fleksi	Gerakan aktif
Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Warna Kulit	Biru/pucat	Tubuh Kemerahmerahan/ ekstrimitas biru	Seluruh tubuh kemerahan.

Sumber: Hidayat, A.Aziz Alimul.2008. Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita. Jakarta: EGC

f) Membebaskan Jalan Napas

Apabila bayi tidak langsung menangis setelah dilakukan inisiasi pernapasan spontan penolong segera membersihkan jalan nafas, yaitu:

- (1) Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat.
- (2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
- (3) Bersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- (4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering kasar.
- (5) Alat penghisap lender mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah di tempat
- (6) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung
- (7) Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (Apgar Score)
- (8) Warna Kulit, adanya cairan, atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan (Kumalasari,2015:213)

g) Pencegahan Kehilangan Panas

Cara mencegah kehilangan panas adalah sebagai berikut:

- (1) Keringkan bayi dengan seksama

- (2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat
- (3) Selimuti kepala bayi
- (4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
- (5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

(Kumalasari,2015:214)

h) Merawat Tali Pusat

Pada saat kelahiran, bayi masih menempel pada ibu melalui tali pusat, yang merupakan bagian dari plasenta. Bayi itu biasanya dipisahkan dari plasenta dengan cara menjepit tali pusat dengan dua klem, Satu penjepit ditempatkan dekat pusar bayi dan yang kedua ditempatkan lebih jauh di sepanjang tali pusat, kemudian dipotong di antara dua klem. Tugas ini berlangsung selama kala tiga tahap persalinan, yang merupakan periode lahirnya bayi kemudian lahirnya plasenta. (McDonald *et al*, 2014)

i) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

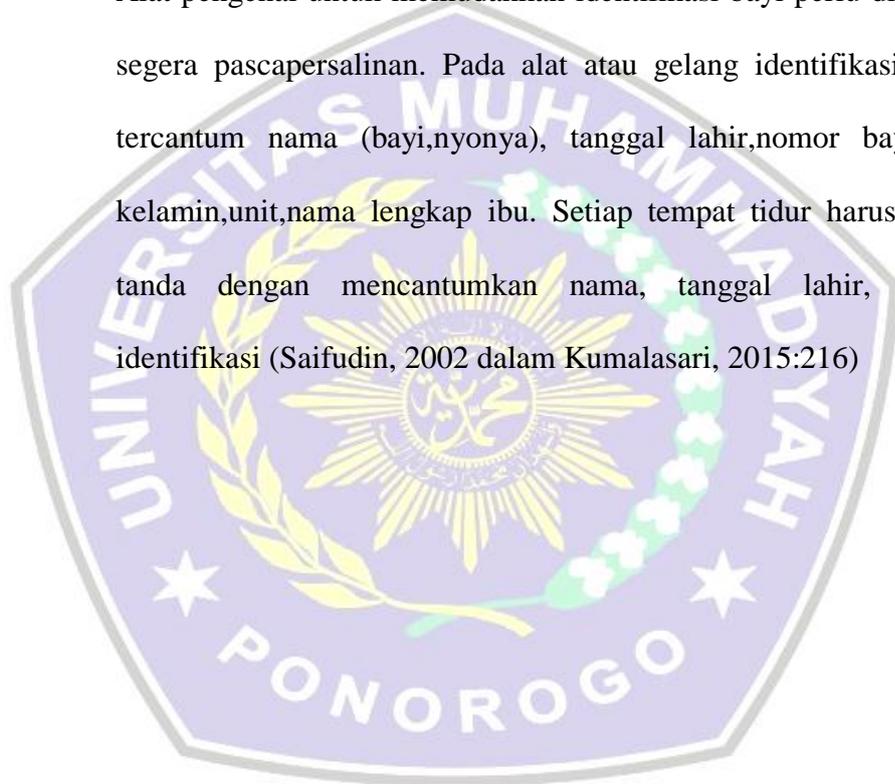
Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat (Prawiroharjo, 2002 dalam Kumalasari, 2015:215)

j) Pencegahan perdarahan

Memberikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal cukup bulan perlu diberikan vitamin per oral 1 mg/hari selama 3 hari, dan bayi berisiko tinggi diberi vitamin K parental dengan dosis 0.5-1 mg IM (Kumalasari, 2015:215)

k) Identifikasi Bayi

Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera pascapersalinan. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi,nyonya), tanggal lahir,nomor bayi,jenis kelamin,unit,nama lengkap ibu. Setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi (Saifudin, 2002 dalam Kumalasari, 2015:216)



2.1.5 Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Program keluarga berencana adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu para pasangan dan perorangan dalam mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insidens kehamilan beresiko tinggi, kesakitan dan kematian membuat pelayanan yang bermutu, terjangkau, diterima dan mudah diperoleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu nasehat, komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan pelayanan meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria dalam praktek KB (Maharyani dkk, 2010:1).

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya pemerintah untuk menekan laju pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak (Indrawati, 2012:1). Program Keluarga Berencana Nasional tidak hanya berorientasi kepada masalah pengendalian pertumbuhan penduduk tapi untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan penduduk Indonesia (Setiadi, 2015)

2. Kontrasepsi

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

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra: berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi: adalah pertemuan antara sel telur (sel

wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindarkan atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. (Kumalasari, 2015:277)

Pembagian Cara kerja kontrasepsi

a. Metode sederhana

- 1) Tanpa Alat atau tanpa obat, misalnya senggama terputus dan pantang berkala
- 2) Dengan alat atau dengan obat, misalnya kondom, diafragma atau cup, cream, jelly, cairan berbusa, dan tablet berbusa. (Vagina tablet).

b. Metode efektif.

- 1) Susuk KB/Implan (AKBK)
- 2) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)
- 3) Suntikan KB
- 4) Pil KB

c. Metode Kontap dengan cara operasi (Kontrasespi mantap)

- 1) Tubektomi (pada wanita)
- 2) Vasektomi (pada pria). (Kumalasari, 2015:277-278)

3. Jenis Kontrasepsi.

a. **Metode Sederhana**

- 1) **Metode Amenore Laktasi (MAL)**

Metode Amenore Laktasi (MAL) merupakan alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). (Hidayati, 2009:2)

a) Profil

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

b) MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

(1) menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif

bila pemberian ≥ 8 x sehari;

(a) Belum haid;

(b) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

(2) Efektif sampai 6 bulan.

(3) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

c) Cara Kerja: Penundaan/penekanan ovulasi.

d) Keuntungan Kontrasepsi

(1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).

(2) Segera efektif.

(3) Tidak mengganggu sanggama.

(4) Tidak ada efek samping secara sistemik.

- (5) Tidak perlu pengawasan medis.
- (6) Tidak perlu obat atau alat.
- (7) Tanpa biaya.
- (8) Keuntungan Nonkontrasepsi (Saifuddin dkk, 2010:MK2-3)

2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

a) Metode Lendir Serviks

Metode Lendir Serviks atau lebih dikenal sebagai Metode Ovulasi Billings/MOB atau metode dua hari mukosa serviks dan Metode Simtomtermal adalah yang paling efektif. Cara yang kurang efektif misalnya Sistem Kalender atau Pantang Berkala dan Metode Suhu Basal yang sudah tidak diajarkan lagi oleh pengajar KBA. Hal ini disebabkan oleh kegagalan yang cukup tinggi (> 20%) dan waktu pantang yang lebih lama. Lagi pula sudah ada cara lain yang lebih efektif dan masa pantang lebih singkat.

b) Teknik Pantang Berkala

Sanggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina. Untuk perhitungan masa subur dipakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11, siklus terpendek dikurangi 18. Antara kedua waktu sanggama dihindari (Saifuddin dkk.2010:MK8-10)

c) Sanggama Terputus (*Coitus Interruptus*)

Sanggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pila mencapai ejakulasi (Saifuddin dkk, 2010:MK16)

3) Metode Barrier

a) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.

b) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya adalah menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba

falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Saifuddin dkk, 2010:MK25-27)

c) **Spermisida**

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk: aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria, krim. Cara Kerja adalah menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel (Saifuddin dkk, 2010:MK25-27)

4) **Metode Efektif**

1) **Kontrasepsi Pil Kombinasi**

Pil KB kombinasi merupakan alat kontrasepsi hormonal yang mengandung levenorgestrel (turunan dari hormon progesteron) dan etinilestradiol (turunan dari hormon estrogen). Suntik KB 1 bulan juga mengandung estrogen dan progesteron sehingga diduga dapat mengurangi kejadian dismenore. (Syahadatina Noor dkk, 2010) Jenis pil kombinasi adalah

- 1) *Monofasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) *Bifasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet

mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Yang Tidak Boleh Menggunakan Pil Kombinasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Menyusui eksklusif.
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 4) Penyakit hati akut (hepatitis).
- 5) Perokok dengan usia > 35 tahun.
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg.
- 7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun.
- 8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara.
- 9) Migrain dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi).
- 10) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Saifuddin dkk, 2010:MK29-31)

2) Suntikan Kombinasi

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal yang diberikan dengan cara disuntikan secara intramuskuler dan bersifat sementara (Andriati, 2014:1). Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. sebulan

sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali.

Cara Kerja:

- a) Menekan ovulasi.
- b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

- a) Hamil atau diduga hamil.
- b) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.
- c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- d) Penyakit hati akut (virus hepatitis).
- e) Usia > 35 tahun yang merokok.
- f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).
- g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.
- h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
- i) Keganasan pada payudara (Saifuddin dkk, 2010:MK35-31)

3) Kontrasepsi Suntikan Progestin

Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah kontrasepsi jenis suntikan yang berisi hormone progesteron saja dan tidak mengandung hormon estrogen, dosis yang diberikan adalah 150 mg/ml secara intramuskuler setiap 12 minggu. Mekanisme kerja dari KB suntik 3 bulan adalah mencegah ovulasi, membuat lendir servik menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba fallopi (Susilowati, 2011:1). Injeksi Depo-Provera sekitar 99% efektif dalam mencegah kehamilan saat disuntikkan setiap tiga bulan sekali (Akinlaja *et al*, 2016:1)

a) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

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

b) Cara Kerja

- (1) Mencegah ovulasi.
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Saifuddin dkk.2010:MK42-43)

4) Kontrasepsi Pil Progestin (Mini Pil)

Kontrasepsi pil progestin (mini pil) adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormone steroid (progesterone sintetis saja) yang dipergunakan per oral (Hidayati, 2009:12)

a) Profil

- (1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil – KB.
- (2) Sangat efektif pada masa laktasi.
- (3) Dosis rendah

b) Jenis Minipil

- (1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron.
- (2) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel.

c) Cara Kerja Minipil

- (1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks

di ovarium (tidak begitu kuat).

- (2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
- (3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- (4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

d) Yang Tidak Boleh Menggunakan Minipil

- (1) Hamil atau diduga hamil.
- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (4) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (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 dkk, 2010:MK48-50)

5) Kontrasepsi Implan

Kontrasepsi Implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung

progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversible untuk wanita (Speroff dan Darney, 2005 dalam Hidayati, 2009:71)

Implant adalah alat kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam, berbentuk kapsul silastik (lentur), panjangnya sedikit lebih pendek dari korek api. Penggunaan KB implant dapat diganti setiap 3 atau 5 tahun dan ada juga yang setiap tahun, dari penggunaan KB implant banyak akseptor yang mengeluhkan terjadinya perubahan pada berat badan, haid yang tidak teratur, amenore, dan nyeri haid (Handayani, 2010)

a) Jenis

(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 5 tahun.

(2) 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.

b) Yang Boleh Menggunakan Implan

(1) Usia reproduksi.

(2) Telah memiliki anak ataupun yang belum.

- (3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- (5) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- (6) Pasca keguguran.
- (7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi.
- (8) Riwayat kehamilan ektopik.
- (9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*).
- (10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.

c) Yang Tidak Boleh Menggunakan Implan

- (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 dkk, 2010:MK53-55)

6) Alat Kontrasepsi Dalam rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ Intra-Uterine Device (IUD) adalah suatu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi menghalangi fertilisasi dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2009:30). IUD jauh lebih efektif daripada Pil, patch kontrasepsi, dan cincin vagina terutama pada wanita muda (Goldstuck *et al*, 2015).

a) Profil

- (1) Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT380A).
- (2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.
- (3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.
- (4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- (5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS).

b) Jenis

- (1) AKDR CuT 380A
- (2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

c) Cara Kerja

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- (2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- (3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

d) Yang Dapat Menggunakan

- (1) Usia reproduktif.
- (2) Keadaan nulipara.
- (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- (4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
- (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- (7) Risiko rendah dari IMS.
- (8) Tidak menghendaki metode hormonal.

- (9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari sanggama (lihat kontrasepsi darurat).
- (11) Pada umumnya Ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif.

e) Yang Tidak Diperkenankan Menggunakan AKDR

- (1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- (2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi).
- (3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis).
- (4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.
- (5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- (6) Penyakit trofoblas yang ganas.
- (7) Diketahui menderita TBC pelvik.
- (8) Kanker alat genital.
- (9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Saifuddin dkk, 2010:MK75-77)

5) Metode Kontap dengan cara operasi (Kontrasespi mantap)

a) Tubektomi

(1) Profil

- (a) Sangat efektif dan permanen.
- (b) Tindak pembedahan yang aman dan sederhana.
- (c) Tidak ada efek samping:
- (d) Konseling dan *informed consent* (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.
- (f) Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan.

(2) Jenis

- (a) Minilaparotomi.
- (b) Laparoskopi.

(3) Mekanisme Kerja

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

(4) Yang Dapat Menjalani Tubektomi

- (a) Usia > 26 tahun.
- (b) Paritas > 2.
- (c) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.

(d) Pascapersalinan.

(e) Pascakeguguran.

(f) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(5) Yang Sebaiknya Tidak Menjalani Tubektomi

(a) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai).

(b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).

(c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).

(d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.

(e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.

(f) Belum memberikan persetujuan tertulis (Saifuddin dkk, 2010:MK82-83)

b) Vasektomi

Vasektomi adalah procedure klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (Penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

(1) Profil

(a) Sangat efektif

(b) Tidak ada efek samping jangka panjang

- (c) Tindak bedah yang aman dan sederhana
- (d) Efektif setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan
- (e) Konseling dan informed consent mutlak diperlukan

(2) Indikasi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilisasi dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga

(Saifuddin dkk, 2010:MK82-83)



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan Trimester III

Asuhan Kehamilan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Identitas Pasien

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nursalam, 2008:178)

a) Nama Istri/Suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Walyani, 2015:118)

b) Umur

Banyak terjadinya penyulit pada kehamilan dini seperti keguguran, persalinan premature, anemia bahkan kematian ibu. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin (Manuaba, 2010:235-236)

c) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan premature dan pajanan terhadap bahaya

lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155)

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, 2011:124)

e) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010:90)

f) Penghasilan

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

2) Keluhan Utama

Menurut Varney (2007: 538-543) keluhan yang sering dijumpai pada trimester III adalah:

a) Konstipasi

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

b) Varises

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

c) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstrimitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat terlentang

d) Peningkatan frekuensi berkemih

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

e) Nyeri Ulu hati

Hal ini disebabkan penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan oleh peningkatan jumlah progesterone dan tekanan uterus, tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Hemoroid

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

g) Nyeri punggung bawah

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

h) Sesak Nafas

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

3) Riwayat Kesehatan

Penyakit yang menyertai dan mempengaruhi kehamilan antara lain:

a) Penyakit Menurun

1) Diabetes Militus

Pengaruh penyakit diabetes dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dan rahim, terjadi keguguran, persalinan premature, kematian janin dalam rahim, lahir mati atau bayi besar, hidramnion, dan eklamsi/ preeklamsi (Manuaba, 2010:333-346)

2) Penyakit Asma

Pengaruh asma pada ibu dan janin akan sangat tergantung dari sering atau beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen dan hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan premature atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (Saifuddin, 2010:490)

b) Penyakit Menahun

1) Penyakit jantung

Penyakit jantung tidak dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah serta terjadi perubahan dari kerja jantung karena pengaruh peningkatan hormone tubuh

saat hamil, terjadi hemodilusi darah dengan puncaknya pada kehamilan 28-32 minggu. (Manuaba, 2010: 333-346)

2) Infeksi ginjal

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

c) Penyakit Menular

1) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertical virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta. Pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Wiknjosastro, 2005:556-557)

2) Hepatitis

Pengaruh infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkurang. Oleh karena itu, pengaruh infeksi hati terhadap kehamilan dalam bentuk

keguguran atau persalinan premature dan kematian janin dalam rahim. (Manuaba, 2010:333-346)

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2012:311). Diabetes Militus walaupun 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 bulan sabit lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser dan Cooper, 2009:254)

5) Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) disminorhoe atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2007:455)

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 premature dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2012:113)

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko tinggi, sehingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2010:168)

c) Riwayat Persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama) berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011:158)

d) Riwayat Nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan riwayat infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat. (Manuaba, 2010)

e) Riwayat Keluarga Berencana

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

6) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

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

Pada trimester III janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu, minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan merasa cepat lapar. (Romauli, 2011:189)

Pada trimester III nafsu makan ibu meningkat, tetapi harus mengurangi karbihidrat dan meningkatkan protein. Selain itu

kurangi makanan yang manis dan asin karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan (Marmi, 2011: 167)

Karbohidat diperlukan untuk pencernaan protein dan beberapa fungsi otak. Karbohidrat dapat ditemukan dalam biji-bijian, sayuran, buah, dan gula. (Varney *et al*, 2007:94)

Pembentukan jaringan baru dari janin dan untuk tubuh ibu dibutuhkan protein sebesar 910 gram dalam 6 bulan terakhir kehamilan. Dibutuhkan tambahan 12 gram protein sehari untuk ibu hamil. (Kusmiyati dkk, 2013:85)

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh yaitu susu, keju, kalsium karbonat dan yogurt. (Saifuddin, 2009: 286)

Sedangkan kebutuhan zat besi bagi ibu hamil berfungsi untuk membuat hemoglobin, yang mentransportasi oksigen ke seluruh tubuh. Makanan yang mengandung zat besi antara lain hati, ikan, kuning telur dan minyak. Pemberian suplemen tablet penambah darah atau zat besi secara rutin adalah membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah dan sintesa darah otot. (Kusmiyati dkk, 2013:85)

Asam folat berfungsi sebagai koenzim dalam metabolisme asam nukleat, mencegah anemia megaloblastik. Asam folat bisa didapatkan dari sereal yang diperkaya, sayuran berdaun hijau, roti dan biji-bijian yang diperkaya. (Varney *et al*, 2007:98-99)

Tabel 2.6

Contoh Makanan Ibu Hamil

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

Sumber: Manuaba dkk (2007:36)

b) Eliminasi

1) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering di alami oleh wanita primigravida setelah lightening.

Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. (Marmi, 2011: 134)

2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah

pada wanita hamil. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. (Marmi, 2011:137)

c) Istirahat

Istirahat yang cukup untuk mencegah terjadinya kelelahan yang berlebihan, tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 7 jam. (Saifuddin, 2007:278). Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. (Marmi, 2011:124-125)

d) Aktivitas

Jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar banyak dianjurkan. Jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari mempunyai arti penting untuk dapat menghirup udara pagi yang bersih dan segar, menguatkan otot dasar panggul, dapat mempercepat turunnya bayi ke dalam posisi optimal atau normal dan mempersiapkan mental menghadapi persalinan (Kusmiyati dkk, 2013:109)

e) Personal Hygiene

Mandi diperlukan untuk kebersihan kulit terutama untuk perawatan kulit karena pada ibu hamil fungsi ekskresi keringat

bertambah. Mandi berendam air hangat selama hamil tidak dianjurkan karena apabila suhu tinggi akan merusak janin jika terjadi pada waktu perkembangan yang kritis. (Pantikawati dkk, 2010:91)

Pakaian yang harus digunakan ibu hamil harus longgar, bersih, dan tidak ada yang menyokong payudara. Payudara dipersiapkan untuk memberi ASI, terutama bagi ibu hamil pertama harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu. (Mochtar, 2015:47)

f) Aktivitas Seksual

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, terjadi perdarahan saat berhubungan seksual, terdapat pengeluaran mendadak, sering mengalami keguguran, persalinan preterm, dan kematian dalam kandungan. (Manuaba, 2010:120). Pada Trimester III biasanya gairah sex akan dipengaruhi oleh ketidaknyamanan dan *body image*. Tidak ada kontraindikasi untuk melakukan hubungan sex namun

disarankan untuk memodifikasi posisi dan melakukan dengan lembut dan hati-hati (Pantikawati dkk, 2010:95)

g) Riwayat ketergantungan

1) Alkohol

Alkohol yang dikonsumsi ibu hamil dapat membahayakan jantung ibu hamil dan merusak janin, termasuk menimbulkan kecacatan dan kelahiran premature.

(Kusmiyati dkk, 2013:94)

2) Obat Terlarang

Wanita yang mengkonsumsi obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:143)

3) Merokok

Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuniya merokok mengalami

efek jangka panjang. Peningkatan insiden *Sudden Infant*

Death Syndrome (SIDS), penyakit meningokokus,

pneumonia, asma, bronchitis, demam dan infeksi telinga

(Manuaba, 2010:201)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Menurut Romauli (2011:172), Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran kompos mentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul.

a) Tanda-Tanda Vital (TTV)

(1) Tekanan Darah

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

(2) Suhu

Suhu tubuh normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173)

(3) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 x/menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin,2009:185)

(4) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama kehamilan, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Jika denyut nadi $> 100x/menit$ maka bisa dicurigai sebagai hipotiroidisme. (Marmi, 2011:163)

b) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli,2011:173). Menurut Marmi (2011:163), Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Sehingga, tinggi badan harus diukur pada kunjungan awal kehamilan.

c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Menurut Romauli (2011:173) LILA diukur pada lengan atas yang kurang dominan. $LILA < 23,3$ cm merupakan indikator kuat untuk status gizi yang kurang dan

buruk, sehingga resiko untuk melahirkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

d) Berat Badan (BB)

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 (Freser and Cooper, 2009:178).

Berat badan ibu hamil diperbolehkan naik sekitar 0,75-1 kg/minggu, kenaikan berat badan akan bertambah sekitar 12-16 kg pada akhir kehamilan (Manuaba, 2012:213). Berikut ini rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh:

Tabel 2.7

Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

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

Sumber: Saifuddin, 2009, Ilmu kebidanan, Jakarta, hal. 180

2) Pemeriksaan Fisik

a) Rambut

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

b) Kepala

Kulit pucat dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2012:114)

c) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:125). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya preeklamsi (Saifuddin, 2010:297)

d) 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 bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011:174)

e) Mulut dan Gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih.(Romauli,2011:238). Sedangkan adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Adanya

kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.
(Manuaba,2010:122)

f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174)

g) Leher

Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid yang 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 (Wheeler, 2004:9)

h) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011:2017)

i) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan

memproduksi kolostrum pada masam akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

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 sebagian 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 memajannng 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*, 2009:258).

k) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus da

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, 2012:537). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskorsiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014:170).

l) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney *et al*, 2007:539).

m) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan 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 adanya preeklamsia (Marmi, 2014:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. (Romauli, 2011:176).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Menentukan Usia Kehamilan (UK)

(1) Menurut Sunarti (2013:64-65) cara menentuka usia kehamilan yaitu dengan

(a) Rumus Naegel.

Rumus Niegel dihitung dari tanggal haid terakhir, menggunakan rumus Naegle yaitu $(+7-3+1)$, angka +7 (tanggal), angka -3 (bulan), angka +1 (tahun)

(b) Perhitungan berdasarkan tanggal

Contohnya Hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

(c) Quickening (persepsi gerakan janin pertama)

Gerakan janin pertama biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida). (Pantikawati dkk, 2010:52)

(2) Menurut Mochtar (2015:41) cara menentukan tuanya kehamilan antara lain:

- (a) Dihitung dari hari pertama hadi terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu
- (b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (quickening)
- (c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.

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

- (a) Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu.
- (b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36
- (c) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparental, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin.
- (d) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

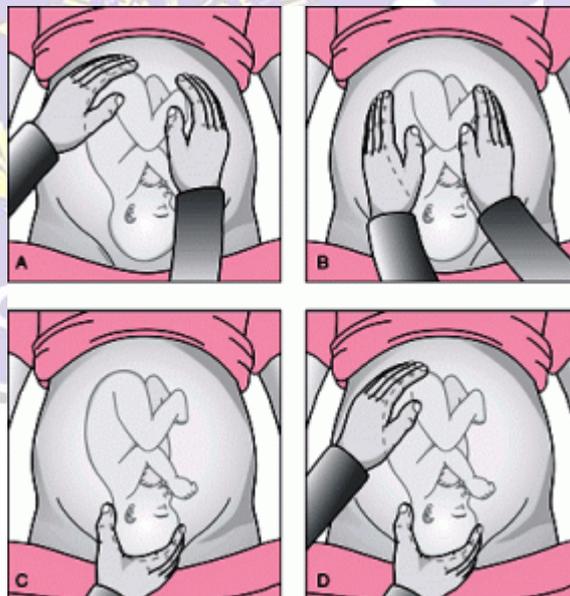
(4) Menurut Manuaba (2010:120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III, dapat dicermati pada table:

Tabel 2.8
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi Leopold I

TFU	Usia Kehamilan
3 Jari di atas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber: Manuaba, IAC., Manuaba IBGF., Manuaba, IBG, 2010, Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan, Jakarta, halaman 120

b) Pemeriksaan Leopold



Gambar 2.8
Pemeriksaan Leopold
Sumber : Patria, Yurisca Mega: 2014

Keterangan:

A : Leopold 1

C: Leopold III

B : Leopold II

D: Leopold IV

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera 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 yang lembut (Fraser *et al*, 2009:258).

(1) Leopold 1

Leopold 1 digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan bagian apa yang ada dalam fundus. (Uliyah dkk,2015 :148)

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah 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 bayi yang terdapat pada fundus sifat kepala ialah keras, bundar da

melenting. Sifat bokog lunak, kurang bundar dan kurang melentig. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain diatas simfisis.

(2) Rumus Mc Donald

Menurut Sunarti (2013:65-67) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri dengan teknik Mc. Donald diukur dengan pita meteran yang dilengkungkan. Pita meteran dipegang lurus di antara jari dengan tangan kanan ke ujung fundus uteri. Aturan Mc.Donald untuk tinggi fundus uteri yaitu:

(a) Tinggi Fundus Uteri (TFU) (cm) $\times 2/7$ = usia kehamilan dalam bulan.

(b) Tinggi Fundus Uteri (TFU) (cm) $\times 8/7$ = usia kehamilan dalam minggu

(3) Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan letak punggung anak dan letak bagian kecil pada anak.

(Uliyah, dkk:2015:149)

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

- (a) Kedua tangan pindah kesamping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar. Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokog ialah letak lintang.

(4) Leopold III

Leopold III digunakan untuk menentukan bagian apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul. (Uliyah dkk, 2015:149)

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

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

(5) Leopold IV

Leopold IV digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke rongga panggul (Uliyah dkk,2015:149)

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

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- (b) Dengan kedua tangan 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 rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi leopold IV untuk 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.

c) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007:231), tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Dispersi 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 (\pm). 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 (\pm). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test osborn adalah positif (+).

d) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$$

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011:71)

e) Tinggi Fundus uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel . Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm:

Tabel 2.9

Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm)	-
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: 93)

f) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012:116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 permenit atau lebih dari 160 permenit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014:188-189).

Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat,

misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga dan 5 detik kelima dalam satu menit.

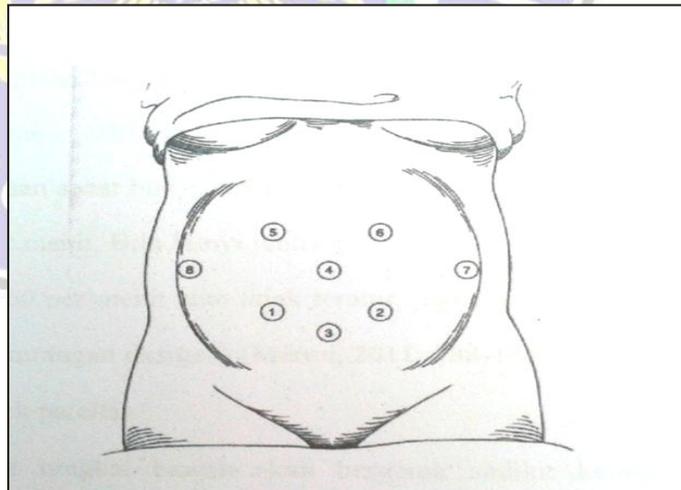
Contoh :

(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 dan 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 2.8

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

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

g) Pemeriksaan Panggul

(1) Pemeriksaan Panggul Luar

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

Yang diukur adalah :

- 2) Distansia spinarum (\pm 24-26 cm), jarak anatar kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.
- 3) Distansia kristarum (\pm 28-30 cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krisna iliaka sinistra dan dekstra.
- 4) 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.
- 5) Distansia intertrokanterika, jarak antara kedua trokanter mayor.

- 6) Konjugata eksterna (Boudeloque) ± 18 cm, jarak antara bagian atas simfisis ke proses spinosus lumbal 5.
- 7) Distansia tubernum ($\pm 10,5$ cm), jarak antara tuberkel iski kanan dan kiri. (Marmi, 2011:171-176)

(2) Pemeriksaan Panggul Dalam

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

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yaitu untuk menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multiple. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkapkan hamper seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Wheeler, 2004:104)

b) Pemeriksaan darah

(1) Pemeriksaan hemoglobin

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

(2) Pemeriksaan golongan darah

Diambil dari darah perifer, bertujuan untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga tranfusi darah segera dilakukan (Romauli, 2011:187-188)

c) Pemeriksaan urin

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

(4) 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 dilihat dengan butir-butir (++) Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++). (Romauli, 2011:187-188).

(5) 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, 2011:189)

d) 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, 2014:12).

2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Diagnosa sesuai nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien

Langkah-langkah merumuskan diagnose kebidanan ini berlaku untuk semua asuhan, yaitu sebagai berikut:

G1/> PAPIAH, Usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala, kepala belum/sudah masuk PAP, kesan panggul normal, KRR/KRT/KRST, KU ibu dan janin baik. Kemungkinan masalah yang

muncul pada trimester III yaitu edema dependen, sering buang air kecil nokturia, hemaroid, kram tungkai, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, varises, dan nyeri punggung

3. Perencanaan

Setiap rencana harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien diharapkan juga akan melaksanakan rencana tersebut (Estiwidani, 2008:123)

a. Diagnosa

G1/> 1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala, kepala belum/masuk PAP, kesan panggul normal, KRR/KRT/KRST, Keadaan Umum ibu dan janin baik.

1) Tujuan

Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan

2) Kriteria

a) Keadaan umum baik

b) Kesadaran Komposmentis

c) Tanda-tanda vital normal (Tekanan Darah 100/70 mmHg-130/90 mmHg, Nadi 76-88x/menit, Suhu 36,5-37,5°C,

Respirasi 16-24 x/menit

d) Pemeriksaan laboratorium

- e) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu usai kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoideus, 36 minggu TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoideus, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoideus.
- f) DJJ 120-160 x/menit, kuat dan teratur
- g) Hb 11 g%, protein urin (-), reduksi urin (-)

3) Intervensi

Intervensi menurut Varney *et al* (2007:554-556) adalah

- a) Bina Hubungan baik dengan komunikasi terapeutik
R/ Tercipta hubungan saling percaya sehingga ibu kooperatif dalam tindakan
- b) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan
- c) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III
R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya
- d) 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.

- e) 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.

- f) 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.

- g) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

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

- h) 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.

b. Masalah

1) Konstipasi

Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

a) Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi bisa teratasi.

b) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2X/hari, konstistensi lunak

c) Intervensi menurut Sulistyawati (2009:107):

(1) Jelaskan fisiologi konstipasi pada akhir kehamilan

R/ Ibu memahami konstipasi adalah hal yang normal dialami oleh ibu hamil dan ibu tidak cemas lagi

(2) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari

R/ Cairan dapat memperlancar kerja peristaltik usus

(3) Anjurkan ibu minum air hangat dan makan makanan yang berserat

R/ Air hangat dan makanan yang berserat dapat menstimulasi gerak peristaltik usus.

(4) Sarankan pada ibu untuk melakukan latihan ringan

R/ Kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

2) Nokturia

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

b) Kriteria :

- (1) Ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari
- (2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

c) Intervensi menurut Marjiati (2010:42):

- (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 terjadi 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 menahan 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

3) Kram pada kaki

- a) Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai

b) Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

c) Intervensi menurut Walyani (2015:117):

(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) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

4) Edema Dependen

- a) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)
- b) Kriteria : setelah tidur/istirahat edema berkurang
- c) Intervensi menurut Marjiati (2010:43):

(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 lancar

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

R/ Mengurangi tekanan 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 darah

5) Nyeri pinggang

- a) Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri pinggang)
- b) Kriteria : nyeri pinggang berkurang
- c) Intervensi menurut Varney *et al* (2007:542):

(1) Jelaskan pada ibu tentang fisiologis nyeri pinggang

R/ penjelasan tentang fisiologis nyeri pinggang membuat kecemasan ibu berkurang

(2) Ajarakan pada ibu body mekanik

R/ Menghindari sikap yang salah pada body mekanik ibu untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri pinggang berkurang

(3) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu hak tinggi

R/ Hak yang tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri pinggang bertambah

(4) Anjurkan pada ibu untuk melakukan kompres hangat pada pinggang

R/ Meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot berkurang dan rasa nyeri akan berkurang

(5) Motivasi ibu untuk senam hamil yang sesuai dengan usia kehamilan

R/ Senam hamil meningkatkan relaksasi dan kenyamanan ibu

(6) Menggunakan penopang abdomen

R/ Mengurangi tekanan pada vena cava inferior

(7) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal

R/ Mengurangi nyeri pada otot pinggang

6) Varises

a) Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

b) Kriteria : tidak terdapat virus

c) Intervensi menurut Manuaba (2010:245):

(1) Kenakan kaos kaki penyokong

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

(2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik 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

7) Kecemasan menghadapi persalinan

a) Tujuan : kecemasan berkurang

b) Kriteria : Ibu tampak tenang dan rileks

c) Intervensi menurut Varney *et al* (2007:503-504):

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

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

(3) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(4) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

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

8) Hemorroid

a) Tujuan : hemorroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

b) Kriteria :

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

(2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

(3) Tidak terdapat Hemoroid derajat I (tidak terjadi prolaps), derajat II Hemoroid (terdapat prolaps hemoroid yang dapat masuk sendiri/reposisi spontan), derajat III (terdapat prolaps hemoroif yang tidak dapat masuk sendiri/reposisi manual), derajat IV (terdapat prolaps hemoroid yang tidak dapat didorong masuk, meskipun sudah reposisi manual akan keluar lagi.

c) Intervensi menurut Eny (2009:35):

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

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

(2) Anjurkan ibu untuk 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/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi

9) Panas dan Nyeri Ulu hati (Pirosis)

a) Tujuan : setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri ulu hati bisa teratasi

b) Kriteria :

(1) Ulu hati tidak terasa nyeri

c) Intervensi menurut Varney *et al* (2007:542):

(1) Jelaskan penyebab nyeri ulu hati pada akhir kehamilan

R/ ibu mengetahui bila nyeri ulu hati sering terjadi pada ibu hamil dan mengerti penyebabnya

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

R/menekan motilitas lambung dan sekresi 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) Anjurkan ibu makan dalam porsi kecil tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri ulu hati.

4. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007, Bidan melakukan 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. Kriterianya adalah:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melaksanakan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

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

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

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

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



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012).

b) Usia

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

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistiyawati dkk,2010:221).

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:11)

2) Keluhan utama

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

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar

ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

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

3) Riwayat kesehatan

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 antrialis fibrilasi. 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: 769). Menurut Manuaba (2012:323-324) 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) Anemia

Anemia dalam kehamilan member pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia seperti abortus, partus prematurus, partus lama akibat inersia uteri, perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun pasca salin, anemia yang sangat berat $Hb < 4 \%$ dapat

menyebabkan dekompensasi kordis (Wiknjosastro, 2005:450). Kadar Hb normal 11 g/dl (Manuaba, 2010:239)

c) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009:322).

d) Gonore

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

e) 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*, 2009:338).

f) HIV/AIDS

Transmisi vertical virus AIDS ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan *Sectio Caesaria* (SC),

bukan indikasi menurunkan resiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. Perawatan pasca salin perlu memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, luka episiotomy, ataupun luka SC (Wiknjosastro,2005:336-338)

4) Riwayat kebidanan

a) Riwayat kehamilan yang lalu

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:173-174). Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompentensi serviks. Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidakseimbangan hormon, atau inkompetensi serviks. (Fraser *et al*,2009:252)

b) Riwayat persalinan yang lalu

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravid selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran

melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney, 2008:698). Wanita yang mempunyai riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Varney, 2008:780)

c) Riwayat Nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:170)

5) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

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

b) Eliminasi

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk BAK sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasinya. Penting untuk menanyakan kepada pasien, karena pasien dianjurkan untuk tidak menahan BAK karena urine yang tertahan di dalam kandung kemih akan menghambat penurunan kepala janin. (Sulistyawati dkk, 2010:46)

c) Personal Hygiene

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser dan Cooper, 2009:442)

d) Istirahat

Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama bagi primipara (Sulistyawati dkk, 2010:47)

e) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan. Jika berbaring sebaiknya ke sisi

letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar, 2015:77)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan 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, 2011:172).

a) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

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

anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser *et al*, 2009:453).

(2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney *et al*, 2007:687). 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*, 2009:453).

(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 1⁰ 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 mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney *et al*, 2007: 687).

(4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney *et al*, 2007:687).

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

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

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal

berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

c) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang 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*, 2008:719)

d) Leher

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

e) Payudara

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

f) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008: 42–43). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifuddin, 2006: 106). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah

obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney *et al*, 2007: 687). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdme untuk memastikan integritas uterus (Varney *et al*, 2007: 693).

g) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012:184). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis 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, 2008:45).

h) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul

kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008:46).

i) Ekstremitas

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

3) Pemeriksaan khusus

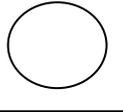
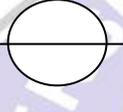
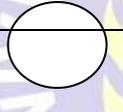
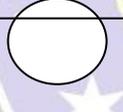
a) Palpasi

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*, 2009:259-261).

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas

simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan)

Tabel 2.10
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaanan

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)

b) Auskultasi

Nilai dan catat setiap denyut jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit, tentukan punktum maksimum, nilai DJJ

setelah kontraksi uterus. Mulailah 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 1 kontraksi. Gangguan kondisi kesejahteraan janin dicerminkan dari DJJ yang lebih dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit. Jika DJJ lebih dari 180 kali permenit, baringkan ibu kesisi kiri dan dianjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi. Jika DJJ tidak mengalami perubahan maka siapkan ibu untuk segera dirujuk (Wiknjosastro, 2008:78)

c) His

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

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 39).

(2) Kala II

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

(3) Kala III

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

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008:99)

4) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala 1 persalinan dan setelah selaput ketuban

pecah, catat pada jam berapa diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa. Dengan pemeriksaan dalam bisa juga diketahui effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

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

(1) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

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

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

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

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

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

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

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

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

(4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

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

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

Menurut Sulistyawati (2010:96), bidang-bidang Hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain

- (a) Hodge I: Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotrium
- (b) Hodge II: Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis
- (c) Hodge III: Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika
- (d) Hodge IV: Bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

(7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

b) Pemeriksaan darah dan urin

(5) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin*

(Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia

sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb > 7 g% (Manuaba, 2012:239).

(2) Golongan darah

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

(3) Pemeriksaan urin

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

(a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis

gravidarum, kelaparan atau latihan fisik yang berlebihan.

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

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

2. Diagnosa Kebidanan

a. Diagnosa : G.P_{APIAH} UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

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

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

3) Kala II dengan kemungkinan masalah:

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

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

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

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

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

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

3.Perencanaan

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

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normalibu dan bayi sehat

Kriteria:

- a) KU baik, kesadaran komposmentis
- b) TTV dalam batas normal
 - T: 100/60 – 130/90 mmHg
 - S: 36 – 37°C
 - N: 80–100x/menit
 - R: 16 – 24x/menit
- c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
- e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- h) Plasenta lahir spontan, lengkap
- i) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-87):

- a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat

yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

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

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

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

- c) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

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

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

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

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

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

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

e) Observasi TTV

(1) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam

(2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam

(3) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam

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

- (5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- (6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- (7) Produksi urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

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

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

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

Kala II persalinan:

- (1) Melihat tanda dan gejala persalinan kala dua

Rasional: Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II:

- (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat padarektum dan vagina
 - (c) Perineum menonjol
 - (d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka
- (2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

Rasional: Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human error sehingga melancarkan proses persalinan.

- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

Rasional : Celemek berfungsi sebagai barrier atau pelindung antara penolong persalinan dan bahan-bahan yang berpotensi menularkan penyakit.

- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

Rasional : Cuci tangan merupakan cara pencegahan infeksi

- (5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

Rasional : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari cairan yang menular melalui darah

- (6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi)

- (8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa

pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

Rasional : Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

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

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

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

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

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

(12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

(13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

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

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

c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya

d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi

e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f. Memberi cukup asupan cairan per oral (minum)

g. Menilai DJJ setiap lima menit

h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit

(1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika

ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran

(14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

a. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

(15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 -6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

(16) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu

(17) Membuka partus set.

(18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

(19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekana yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, mwmbiarkan kepala keluar perlahan-lahan.

Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

Rasional: Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjastro, 2008:89)

(20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

Rasional: Prasad ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney *et al*, 2008:146)

(a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

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

(22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

(23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangam tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

(25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat

terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan) Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi

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

(27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama

(28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

(29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

(30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

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

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

(33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntukan oksitosin 10 unit i.m di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

(34) Memindahkan klem pada tali pusat.

(35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

(36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 -40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta

ibu atau seotang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

(37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk menetan sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 -10 c, dari vulva.

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

- Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m
 - Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
 - Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
- Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

(38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinl.

Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

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

(40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

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

Rasional: pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

(42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik

(43) Mencilupkan kedua tangannyang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air

desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.

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

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

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

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

(48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

(49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

(a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri

(e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

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

Rasional: Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan postpartum

(51) Mengevaluasi kehilangan darah

(52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan

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

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

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

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

(55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

(57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

(58) Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

(59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

(60) Melengkapi partograf.

b. Masalah dalam Kala I:

1) Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

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

2) Masalah nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan: Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

Kriteria:

- a) Nyeri punggung berkurang
- b) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

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

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

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

(3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas

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

(5) Pemberian kompres panas pada punggung

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

3) Masalah pada Kala II :Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

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

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

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

4) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital:

- a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)
- b) Suhu: 36-37,5
- c) KU baik
- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- (1) Baringkan miring ke kiri

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

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

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

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral
R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

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

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

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

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria: Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

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

(2) Atur posisi dorsofleksi

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

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

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

(4) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik

6) Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

(1) Bayi menangis kuat

(2) Bayi bergerak aktif

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

(1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

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

(2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

(3) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

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

- (4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg
R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial
- (5) Berikan salep mata
R/ Salep mata sebagai profilaksis.

7) Masalah Pada Kala III :Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Kamariah (2014) :

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

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

(2) lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

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

8) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

- (1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- (2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- (3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.
- (4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

9) Masalah Pada Kala IV :Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
- 2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi Mitayani (2009):

- (1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- (2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg

ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

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

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

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

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

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

b) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

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

- (2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- (3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
 - (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
 - (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.
 - (d) Dampingi ibu ke tempat rujukan

4. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007). Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privasi klien/pasien

- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/ VIII/2007, hasil evaluasi harus segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Data Perkembangan

Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu bersalin menggunakan SOAP yaitu

S: Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa

O: Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus yang mendukung asuhan.

A: Assement atau Analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi:

- 1) Diagnosa atau masalah
- 2) Antisipasi diagnose atau masalah potensial
- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi dan kolaborasi

P: Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa (Estiwidani, 2008)

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Asuhan kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Agama

Agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.

b) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknis laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179).

c) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan persalinan (Manuaba, 2010:235)

2) Keluhan Utama

Menurut Varney *et al* (2008:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

a) Nyeri setelah lahir (*After pain*)

Nyeri setelah lahir disebabkan oleh kontraksi dan relaksi uterus berurutan yang terjadi sevara terus-menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan terus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pasca salin mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan dieresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pasca persalinan baik pada

ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum.

f) Hemoroid

Wanita yang mengalami hemoroid mungkin merasanyeri selama beberapa hari. Pada persalinan dapat menjadi odema selama ibu mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

g) Retensi urin

Miksi atau berkemih harus secepatnya dapat dilakukan sendiri.

Tidak jarang wanita tidak dapat kencing sendiri akibat pada partus muskulus vesika uretra mengalami tekanan oleh kepala janin (Wiknjosastro, 2005:243).

3) Riwayat Kesehatan

a) Anemia

Anemia pasca salin akan menyebabkan terjadinya subinvolusi uteri, menimbulkan pendarahan pasca salin, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan (Manuaba,2010:240)

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tubercolosis aktif diperbolehkan untuk memberikan ASI dengan cara penggunaan masker, ruangan isolasi dan pengobatan secara rutin (Saifuddin, 2009:807)

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, 2010:338)

d) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas Manuaba(2010:337) sebagai berikut:

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, pendarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membuat ASI

(3) Mudah terjadi infeksi pasca salin, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

e) Ibu yang pernah mengalami hipertensi pada kehamilan dapat terus dialami hingga pasca salin, (Fraser & Cooper, 2009:629).

f) WHO menganjurkan agar ibu dengan HIV (+) tetap menyusui bayinya mengingat manfaat ASI yang lebih besar dibandingkan dengan resiko penularan HIV (Wiknjosastro, 2005:557)

g) Ibu dengan hepatitis dapat menularkan pada anaknya yang terjadi saat lahir dan setelah lahir adalah melalui pencernaan yang menelan darah dari perukaan jalan lahir, ASI, Kontak langsung dengan secret dari Ibu (Wiknjosastro, 2005:560)

4) Riwayat kebidanan

a) Riwayat Haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum mendapat menstruasi, dapat bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203)

b) Pada multigravida yang dikaji yaitu tentang persalinan yang lampau. Sebagai gambaran koordinasi antara 5P (Power, Passage, Passanger, Psikis Ibu, dan Penolong) berjalan baik (Mochtar, 2015:58)

c) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu apakah tidak ada penyakit seperti pendarahan paska salin dan infeksi nifas, diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Data yang perlu diketahui yaitu apakah ibu menyusui secara eksklusif sampai usia anak 6 bulan. Pengeluaran lokia yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokia purulenta, lokiastosis, infeksi uterus, rasa nyeri berlebih memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201)

d) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan haid selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2012:129)

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). Pil zat besi harus minum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari paska salin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Saifuddin, 2012:128)

b) Eliminasi

Segera setelah paska salin kandung kemih, odema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap dan resiko urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama paska salin, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Dieresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima paska salin (Varney, 2008:961).

c) Personal Hygiene

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan

dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin,2012:127)

Penggunaan pakaian agak longgar terutama didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan.Daerah perut tidak perlu ditekan karena tidak mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lokia tidak memberikan iritasi pada sekitarnya (Manuaba, 2010:202)

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu yang kurang istirahat akan mempengaruhi pada pengurangan jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan. Depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2012:127)

e) Aktivitas

Menurut Wiknjosastro (2005:243) sesudah 8 jam ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan, untuk mencegah adanya trombosit. Pada hari kedua bila perlu telah dapat dilakukan latihan senam.

6) Latar belakang sosial budaya

Banyak budaya yang mempunyai tradisimenunda hubungan suami istri sampai mana waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6

minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2012:128-131).

Kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur, penggunaan bebat perut dan penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama) untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk Antonia uteri. Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin dan bayi untuk menyusui

7) Psikososial dan spiritual

Menurut Rubin dalam Anggraini (2010:80-81) membagi 3 tahap psikososial masa nifas.

a) Taking in (1-2 hari pasca salin)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya/tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan.

b) Taking hold (2-4 hari pasca salin)

Ibu khawatir akan kemampuannya dalam bertanggungjawab untuk merawat bayinya. Ibu pasca salin ini berpusat pada

kemampuannya dalam mengontrol dirinya, fungsi tubuh dan berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan kemampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan atau perawat sebagai teguran, maka hati-hati dalam berkomunikasi pada masa ini dan perlu memberi support.

c) Letting go

Pada masa ini pada umumnya ibu sudah pulang dari rumah sakit (RS), ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga dengan grefing karena dirasakan sebagai menguarai interaksi sosial tertentu. depresi paska salin sering terjadi pada masa ini.

8) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Saifuddin, 2012:128)

b. Data Obyektif

Dalam melengkapi data dalam menegakkan diagnose seorang bidan harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati, 2009:121)

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : Composmentis (Manuaba, 2010:114)
- 3) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008:961)

- b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama paska salin. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi paska salin lambat (Varney, 2008:961)

- c) Suhu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tetapi lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C

berturut-turut selama 2 hari yaitu ke 1-2 paska salin, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201)

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2008:961)

4) Pemeriksaan fisik

a) Mata

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

b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174)

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pende/rata. Nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2012:124). Menunjukkan adanya kolostrum dan

penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008:969).pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 paska salin baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24-48 jam (Varney, 2008:974)

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memastikan posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2012:124)

Menurut Varney (2008:1064) pemeriksaan abdomen paska salin dilakukan selama periode paska salin dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam pemeriksaan kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih. Oleh karena itu bukti dari kandung kemih yang penuh harus dievaluasi dalam pemeriksaan abdomen. Distensi kandung kemih dapat

terlihat sebagai penonjolan pada kontur abdomen diatas simpisis pubis yang memanjang ke arah umbilicus.

- (2) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat distasis.

Menurut Varney (2008:964) penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat objektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis rekti adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen. Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

Pencatatan hasil pemeriksaan sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot kontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut diastasis = $\frac{2}{5}$ jari. Rangkaian pengukuran dapat ditulis sebagai berikut yaitu diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

- e) Genetalia dan Anus

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia, pemeriksaan perineum terhadap memar, odema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney, 2008:969)

Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Ditambah oleh Saifuddin (2012:125) hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid.

f) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010:418) normal, tidak terdapat *flegniansia alba dolens* yang merupakan salah satu bentuk infeksi perurperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa nyeri, tampak bendungan pembuluh darah dan suhu tubuh meningkat.

g) Integument

Ibu paska salin mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan (Varney, 2008: 974)

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli dan elektrik. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dan elektrik dapat digolongkan sebagai berikut yaitu tidak anemia jika Hb \geq 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8 g%, anemia berat jika Hb \leq 7 g% (Manuaba, 2010:239)

2. Diagnosis

P \geq 1, paska salin hari ke 1-40, jenis persalinan normal, belakang kepala, anak tunggal, laktasi lancar/belum, involusi baik/tidak, lokia normal, dengan kemungkinan masalah kurangnya perawatan diri (*Personal hygiene*) after pains atau kram perut, nyeri perineum, gangguan eliminasi BAB baik prognosa baik

3. Perencanaan

a. Diagnosa kondisi

Diagnose P \geq 1, paska salin hari ke 1-40, laktasi lancar, involusi normal. Lokia normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik.

Prognosa baik (Varney, 2007:974).

1) Tujuan

- a) Masa nifas berjalan normal, tidak terjadi masalah pada nifas.
- b) Ibu dapat merawat dirinya pada masa nifas.

2) Kriteria

Criteria menurut Saifuddin (2012:N-31), sebagai berikut

- a) Keadaan umum, kesadaran komposmentis.
- b) Tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/70-130/90 mmHg, nadi 60-80 x/menit, suhu 36-37,5°C respirasi 16-24 x/menit.
- c) Laktasi lancar, kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat. ASI masa peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh. ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya serta tidak terjadi bendungan ASI (Anggraini,2010:19-20)
- d) Involusi normal, kontraksi uterus keras dan bundar,pada plasenta lahir fundus uteri setinggi pusat,pada 7 haripaska salin TFU tidak teraba pada 42 hari paska salin, fundus uteri sebesar hamil 2 minggu
- e) Lokia normal

Lokia rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, lokia sanguinolenta keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lokuai serosa keluar setelah hari ke 7-14 hari berwarna kekuningan, lokia alba keluar setelah hari ke 14 berwarna putih. Tidak terjadi lokiastasis dan lokia purulenta (Manuaba, 2010: 201)

Dapat berkemih setelah 6 jam paska salin dan defekasi setelah 3-4 hari paska salin (Saifuddin, 2009:357)

3) Intervensi

a) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu

Rasional: Ibu mengetahui keadaan dirinya dan lebih kooperatif dengan tindakan yang akan dilakukan

b) Jelaskan tentang fisiologis nifas

Rasional: Ibu memahami perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu nifas

c) Jelaskan komplikasi atau tanda bahaya nifas

Rasional: Ibu dapat mendeteksi dini adanya kelainan, sehingga bisa segera ditangani

d) Diskusikan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu nifas dan pemenuhannya meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, aktivitas, istirahat, perawatan payudara, senam nifas, perawatan BBL, kehidupan seksual dan KB

Rasional: Ibu mampu mengerti pola kehidupan sehari-hari yang baik selama masa nifas

e) Beritahu ibu mengenai perawatan bayi meliputi perawatan tali pusat, ASI eksklusif (6 bulan), posyandu, imunisasi, tanda-tanda bayi sehat

Rasional: Ibu dapat merawat bayinya dengan baik

f) Observasi TTV, kandung kemih, kontraksi uterus, TFU, laktasi dan lokia

Rasional: deteksi dini adanya kelainan, sehingga bisa segera diatasi

g) Menurut Saifuddin (2012:123) dilakukan kunjungan masa nifas adalah sebagai berikut:

(1) 6-8 jam setelah persalinan

- a. Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk jika pendarahan berlanjut
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Melakukan hubungan ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
- g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil

(2) 6 hari setelah persalinan

- a. Memastikan involusi uterus untuk berjalan dengan norma, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal
- c. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- d. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

(3) 2 minggu setelah persalinan

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan, tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- d. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.

- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

(4) 6 minggu setelah persalinan

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.
- b) Memberikan konseling KB secara alami.

Rasional: Untuk mengetahui involusi normal dan berfungsinya kembali alat kandungan.

b. Masalah

1) Kurangnya perawatan diri (personal hygiene)

a. Tujuan

- (1) Tidak terjadi infeksi
- (2) Ibu mampu melakukan perawatan diri selama nifas secara mandiri

b. Kriteria

- (1) Pasien tampak lebih nyaman dan segar.
- (2) TTV dalam batasan normal

TD: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36-37°C

R: 16-24x/menit

(3) Pengeluaran lokia normal dan lancer yaitu pengeluaran sesuai hari. Lokia rubra hari ke 1-3 berwarna merah, lokia sanginolenta hari ke 4-7 berwarna merah kecoklatan, lokia serosa hari ke 7-14 berwarna kekuningan, lokia alba hari ke 14-24 berwarna putih.

(4) Lokia tidak keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

(5) Luka jahitan sembuh dalam 7 hari.

c. Intervensi

Intervensi menurut Saifuddin (2012:127)

(1) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan diri selama nifas.

Rasional: Ibu dapat mengerti bagaimana cara perawatan diri pada masa nifas.

(2) Anjurankan ibu untuk mandi 2 kali sehari.

Rasional: Ibu dapat menjaga cara kebersihan diri sendiri.

(3) Ajarkan pada ibu cara *vulva hygiene* yang benar.

Rasional: Dapat mencegah masuknya bibit penyakit yang masuk melalui vagina.

(4) Jika ada tanda-tanda infeksi segera dating ke petugas kesehatan.

Rasional: Dapat mencegah komplikasi berlanjut.

2) *After pains* atau kram perut

a) Tujuan

Dalam 3 hari paska salin *after pains* dapat berkurang.

b) Kriteria

- (1) Tidak mengganggu aktivitas sehari-hari
- (2) Keadaan umum ibu baik
- (3) TTV dalam batas normal

TD: 100/60-130/90 mmHg.

S: 36-37°C

N: 80-100x/menit

R: 16-24x/menit

c) Intervensi

- (1) Jelaskan pada ibu penyebab kram perut

Rasional: Kram perut dikarenakan kontraksi dan relaksasi terus menerus pada uterus.

- (2) Kosongkan kandung kemih

Rasional: Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal.

- (3) Ibu dapat telungkup dengan bantal dibawah perut dan jelaskan bahwa pertama kali akan dirasakan kram hebat sekitar 5 menit sebelum nyeri hilang.

Rasional: Dengan posisi telungkup dan menekan kram di bawah perut sehingga nyeri berkurang.

- (4) Berikan analgesic bila perlu (paracetamol, asam mefenamat, kodein atau asetaminofen)

Rasional: Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

3) Nyeri perineum

a) Tujuan

Ibu tidak merasakan nyeri perineum setelah 7 hari paska salin

b) Criteria

(1) Ibu mampu merawat jahitan aserasi pada perineum sehingga tidak terjadi nyeri perineum

(2) Pada saat BAB ibu tidak merasakan nyeri perineum

(3) Pada saat bergerak dan berjalan tidak merasakan nyeri perineum

(4) Proses penyembuhan luka berjalan normal, menurut Wirakusumah (2011:187)

(a) Fase inflamasi, berlangsung 1-4 hari

(b) Fase proliferasi, berlangsung 5-20 hari

(c) Fase maturasi, berlangsung 21 hari sampai sebulan atau bahkan tahunan

c) Intervensi

(1) Observasi luka jahitan

Rasional: mengkaji jahitan perineum

(2) Letakkan kantong es di daerah genital ± 20 menit dan dilakukan 2 atau 3 kali sehari

(3) Lakukan latihan kegel

Rasional: untuk meningkatkan sirkulasi di daerah tersebut dan membantu memulihkan tonus otot

(4) Berikan parasetamol/asetaminofen bila perlu untuk mengurangi nyeri

Rasional: Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri

4) Gangguan eliminasi BAB sehubungan dengan cemas karena terdapat luka jahitan

a) Tujuan

Eliminasi terjadi secara normal dan lancar

b) Criteria

(1) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAB

(2) Tidak mengganggu aktivitas dan istirahat

(3) Ibu dapat BAB pada hari ke 2-3

(5) Ibu BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak

c) Intervensi

(1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

Rasional: ibu mengetahui pentingnya eliminasi pada masa nifas

(2) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih

Rasional: makanan berserat dapat memperlancar BAB

(3) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

Rasional: dengan istirahat cukup otot dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan system pencernaan

(4) Berikan laksatif bila konstipasi parah

Rasional: laksatif dapat melunakan feses sehingga feses bisa keluar

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Asuhan kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

1) Pengkajian Data

a. Data Subjektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010:205). Pada alat identifikasi bayi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin dan nama lengkap ibu (Saifuddin, 2009:136)

2) Riwayat Antenatal

Pemeriksaan antenatal dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu sampai usia 36 minggu dan sesudah 36 minggu setiap minggu (Wiknjosastro, 2005:156). Menurut Saifuddin (2012:100) kehamilan cukup bulan ialah usia 37-40 minggu. Untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum dianjurkan untuk diberikan toxoid tetanus pada ibu hamil (Wiknjosastro, 2005:162)

3) Riwayat Natal

Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) Kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam

(Manuaba, 2010:37) Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multi 1 jam (Mochtar, 2015,72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR skor 8-10 (Manuaba, 2010: 249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126)

4) Riwayat paska natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:368). Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney *et al*, 2007:917). Untuk mencegah infeksi mata dapat diberikan salep mata Tetrasiklin 1% dalam waktu 1 jam setelah kelahiran (Wiknjosastro, 2014: 105). untuk mencegah pendarahan bayi baru lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk

mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan uniject (Wiknjosastro, 2014:106)

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Untuk peningkatan kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada

Tabel 2.11

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari Kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber: Saifuddin, A. B., 2012, Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta, halaman 380

Menurut Walsh (2012:375) bayi menyusu setiap 1-8 jam. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari 3-7 setelah kelahiran

b) Eliminasi

Pengeluaran mekonium awalnya tampak hitam gelap atau hijau namun secara bertahap menjadi lebih terang warnanya sampai kekuningan. Bayi yang menyusu ASI bervariasi defekasinya

dalam sehari dari berkali-kali sampai tidak defekasi selama beberapa hari. BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8-10 kali per hari (Walsh, 2012:378)

c) Istirahat & tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari paling sering blok waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit perhari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2012:378)

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370)

e) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelahiran yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2012:137)

f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369).

b. Data obyektif

Setelah dibahas data subyektif, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan. Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot naik, menangis keras, minum baik (Wiknjastro, 2005:256).

2) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. bila suhu rectal dibawah 36°C , bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas. Di samping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rectal diukur setiap 30 menit sampai suhu diatas 36°C (Wiknjastro, 2005:256). Bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat

dengan jenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rectal dan aksila tetap dalam rentang 36.5-37.5°C (Varney, 2008:882)

b) Pernapasan

Pernapasan cepat pada menit pertama ± 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjastro, 2005:255). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi. Gerak pernapasan 30-50 kali per menit (Saifuddin, 2012:138)

c) Nadi

Bunyi jantung pada menit-menit pertama kira-kira 180 kali/menit yang kemudian turun sampai 120-140kali/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjastro, 2005:255)

d) Antropometri

(1) 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 (Wiknjastro, 2014:138). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Pemantauan berat badan lebih dari 5% dari berat badan lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2012:138). Berat badan dapat berkurang 10% selama beberapa hari pertama

kehidupan tetapi harus meningkat kembali dalam 2 minggu setelah kelahiran. Selanjutnya peningkatan bervariasi secara individual, tetapi rata-rata 160 g/minggu adalah normal selama bulan pertama (Walsh, 2012:368)

(2) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak 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*, 2008:921). Panjang bayi rata-rata 50 cm dengan kisaran normal 48-52 cm. penambahan panjang yaitu 2 cm perbulan pada 6 bulan pertama.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

Bentuk simetris, sutura menutup, caput succedaneum tidak ada, sefalhematom tidak ada, tidak ada kraniotabes, tidak edema, tidak ada benjolan, tidak cekung maupun cembung (Wiknjosastro, 2005:251)

Caput suksedanium adalah suatu pembengkakan kulit kepala karena tekanan pada saat kelahiran dan dapat melintas garis sutura. Sefalhematoma adalah ekstrasvasi darah diantara periosteum dan tengkorak. Sefalhematoma

dapat meningkat selama hari pertama setelah kelahiran dan kemudian terabsorpsi secara bertahap selama beberapa minggu. Sefalhematoma tidak menyebabkan tekanan intracranial, tetapi bila besar dapat menimbulkan ikterus. Craniotabe adalah area lunak dan kecil di tengkorak. Ketika di tekan menyebabkan sensasi cekungan serupa seperti menekan bola ping pong. Craniotabe biasanya menghilang dalam beberapa hari dan jarang dikaitkan dengan abnormalitas (Walsh, 2012:369)

(2) Mata

Tidak terdapat edema pada kelopak mata. Jarak antara kedua mata yang normal adalah 3 cm (Fraser *et al*, 2009:714). Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleksi merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal (Walsh, 2012:370)

(3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2.5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan (Marmi, 2012:57)

(4) Mulut

Salvias tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kelainan yang dapat dijumpai yaitu labio skisis, labio palate skisis, labio palate genato skisis (Saifuddin, 2012:137)

(5) Telingga

Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser *et al*, 2009:709)

(6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe serta vena jugularis (Fraser *et al*, 2009:709)

(7) Dada

Gerakan dada simetris saat bernapas apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan putting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012:58)

(8) Punggung

Tidak ada benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna, tidak ada spina bifida (Saifuddin, 2012:137)

(9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusar saat menangis, perdarahan tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012:N 33-N 34).

Abdomen tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau duetus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2011:58-59)

(10) Genetalia

Pada laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34). Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2012: N-34) pada bayi premature ada laki-laki testis belum turun dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan

perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34).

(11) Anus

Tidak atresia ani (Marmi, 2012:59)

(12) Ekstremitas

a. Atas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak, jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010:57)

b. Bawah

Simetris, tidak ada pas Varus dan pas valgus (Walsh, 2012:371-372)

(13) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. 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 disekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1-2 tahun (Saifuddin, 2012:137)

f) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respon yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008:923)

Refleks yang dikaji yaitu :

(1) Refleks morro/kaget

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak.

Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan (Dewi, 2010:25)

(2) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar kea rah pipi yang digores, reflex ini menghilangpada usia 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya menunjukkan adanya gangguan neurologis berat (Varney. 2008:923)

(3) Refleks sucking/menghisap

Dilihat pada bayi menyusu (Dewi, 2010:25)

(4) Refleks tonic neck/menoleh

Cara mengukurnya dengan memutar kepala dengan cepat ke satu sisi. Pada kondisi normal bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya Refleks ini tidak terjadi setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan. Kondisi patologis bila respon terjadi setiap kali diputar, jika menetap adanya kerusakan serrebral mayor (Varney, 2008:923)

(5) Refleks grapping/menggenggam

Bayi akan menggenggam kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat (Dewi, 2010:26)

(6) Refleks neck righting/gerakan leher dan bahu

Pada posisi telentang, ekstremitas di sisi tubuh di mana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi. Tonus otot dapat dilihat pada respons bayi terhadap gerakan pasif (Fraser & Cooper, 2009:722)

(7) Refleks galans/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong. Pada kondisi

normal punggung bergerak kearah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya reflek menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Varney, 2008:923)

(8) Refleks ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi ini normal lidah ekstensi kearah luar bila disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Doen (Varney, 2008:923)

(9) Refleks stopping/melangkah

Menurut (Fraser & Cooper, 2009:722) jika disangga pada posisi tegak dengan kakinya. Menyentuh permukaan datar, bayi seperti mencoba berjalan . Jika digendong dengan tibia menyentuh ujung meja, bayi akan mencoba menaiki meja tersebut reflex perubahan ekstremitas (Varney, 2008:923)

(10) Refleks babinzki/jari kaki

Cara mengukur dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar. Dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorso fleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun. Kondisi patologis bila perkembangan jari kaki dorso fleksi setelah 2 tahun, adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Varney, 2008: 923)

2) Diagnose kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterus fisiologis, *seborrhea*, miliarisis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229). Potensi terjadi infeksi sehungan dengan perawatan yang kurang bersih pada tali pusat (Wiknjosastro, 2005:250) prognosa baik.

3) Perencanaan

a. Diagnosa kondisi

Neonates usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Prognosa baik.

1) Tujuan

Setelah diberikan asuhan bayi baru lahir tidak terjadi komplikasi

2) Criteria

Criteria menurut Varney (2008:897) sebagai berikut :

- a) Bayi tidak mengalami gangguan napas (respirasi 40-80x/mmenit, nadi 120-140x/menit)
- b) Suhu bayi normal (36.5-37.5°C), seluruh tubuh hangat, tidak sianosis
- c) Bayi dapat menyusu kuat dan lancer
- d) Bayi banyak tidur dan tidak rewel
- e) Bayi defekasi 1-4 kali setiap hari, warna hijau cemas, lunak

- f) Bayi berkemih 5 kali atau lebih setiap hari
- g) BB bayi turun tidak lebih dari 10% dari berat badan lahir dalam 10 hari pertama setelah lahir
- h) Tali pusat menjadi warna hitam dan keras, setiap pus atau darah yang keluar dari puntung tali pusat adalah abnormal
- i) Kulit bayi tidak ikterus atau berwarna kuning dan dibagian putih mata.

3) Intervensi

Intervensi menurut Wiknjosastro (2014:126), sebagai berikut :

a) Jaga Kesehatan

Rasional: bayi dengan hipotermia sebagai beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian.

b) Observasi TTV

Rasional: deteksi dini adanya komplikasi sehingga dapat segera ditangani

c) Tetap berikan ASI setiap 2-3 jam.

Rasional : Pemberian ASI secara adekuat akan menstabilkan pernafasan, mengendalikan temperature bayi, mendorong ketrampilan bayi untuk menyusu lebih cepat dan efektif, meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi, menjaga kolonisasi kuman yang aman dari ibu dalam perut bayi sehingga memberikan perlindungan terhadap infeksi,

bilirubin normal dan mengeluarkan meconium lebih cepat, kadar gula dan parameter biokimia yang lain yang lebih baik.

d) Jelaskan tanda bahaya bayi

Rasional: Ibu mengetahui tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dapat deteksi secara dini adanya komplikasi sehingga dapat segera ditangani.

e) Diskusikan dengan ibu mengenai perawatan bayi meliputi ASI Eksklusif (6 bulan), perawatan tali pusat, memandikan dan posyandu.

Rasional : Pemberian ASI secara adekuat akan menstabilkan pernafasan, mengendalikan temperature bayi, mendorong ketampilan bayi untuk menyusu dan lebih cepat dan efektif, meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi, menjaga kolonisasi kuman yang aman dari ibu didalam perut bayi sehingga memberikan perlindungan terhadap infeksi, bilirubin normal dan mengeluarkan mekonium lebih cepat, kadar gula dan parameter biokimia yang lain yang lebih baik.

Perawatan tali pusat dan memandikan secara rutin dan baik dapat mencegah terjadinya infeksi. Melakukan penimbangan secara teratur dapat mengontrol pertumbuhan bayi.

f) Anjuran ibu untuk kunjungan ulang 6-8 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu paska salin atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Rasional: melakukan control teratur dapat mengontrol pertumbuhan dan perkembangan bayi.

b. Potensial Masalah

1) Masalah Hipoglikemi

Tujuan: Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria:

- a) Kadar gula dalam darah ≥ 45 mg/dl.
- b) Tidak ada tanda-tanda Hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi:

- 1) Kajian bayi baru lahir dan cacat setiap factor resiko.

Rasional: Bayi reterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan afiksia, stress karena kedinginan, sepsis atau polisitemia termasuk beresiko mengalami Hipoglikemi

- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

Rasional: Bayi yang beresiko harus dikaji lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2 – 4 jam hingga stabil.

3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda Hipoglikemi

Rasional: Tanda-tanda Hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang beresiko Hipoglikemi

Rasional: Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah Hipoglikemi

5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

Rasional: Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

2) Masalah II : Hipotermi

Tujuan : tidak terjadi Hipotermi

Kriteria :

a) Suhu bayi 36,5-37,5 °C

b) Tidak ada tanda-tanda Hipotermi, seperti bayi tidak menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema

(Saifudin, 2012:373)

Intervensi :

1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila

Rasional: Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

2) Kaji tanda-tanda hipotermi

Rasional: Selain sebagai suatu gejala, Hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifudin, 2012:373)

3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalna dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok bayi yang basah

Rasional: Bayi yang kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterus

Tujuan : Tidak terjadi icterus fisiologis

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl
- b) Tidak ada tanda-tanda icterus, seperti warna kekuningan pada kulit, mukosa dan urin.

Intervensi .:

1) Mengkaji tanda dan gejala klinis iterik

Rasional: Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kerniktrerus).

2) Mengkaji faktor-faktor resiko

Rasional: Riwayat perinatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obat anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan factor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

3) Berikan ASI segera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

Rasional: Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2007 : 943)

4) Jemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

Rasional : Menjemur bayi di matahari jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah dieskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

- a) Tidak timbul ruang tebal berkeropeng berwarna kuning dikulit kepala
- b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012 : 221-223) :

- 1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan sampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu

Rasional: Sampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

- 2) Oleskan krim hydrocortisone

Rasional: Krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi sebagai pembasmi ketombe.

- 3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

Rasional: Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

- 4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk

Rasional : Penatalaksanaan lebih lanjut

5. Masalah V : Milliaris

Tujuan : Miliaris teratasi

Kriteria :

- a) Bayi tidak rewel dan tidak menangis terus.
- b) Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012 :229)

- 1) Memandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

Rasional: Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat berlebihan.

- 2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering atau waslap basah.

Rasional: Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- 3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

Rasional: Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memparah miliriasis.

- 4) Kenakan pakaian katun pada bayi

Rasional: Bahan katun dapat menyerap keringat

- 5) Periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal , luka lecet, rewel dan sulit tidur

Rasional: Penatalaksanaan lebih lanjut

- 6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

- a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
- b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208)

1) Sendawakan bayi selesai menyusui

Rasional: Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk perut bayi setelah menyusui

2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel dan menangis

Rasional: Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi

Kriteria :

a) Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut marmi (2012:211):

1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang

Rasional: Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur kandida albicans penyebab oral trush .

2) Bila bayi minum menggunakan susu formula cuci air bersih dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih

Rasional: Mematikan kuman dengan suhu tertentu

3) Bila bayi menyusui ibunya bersihkan puting susu sebelum menyusui

Rasional: Mencegah timbulnya oral thrush

8) Masalah VIII : Diaper rash

Tujuan : Tidak terjadi diaper rash

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada bokong bayi

Intervensi menurut marmi (2012:215)

1) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali

Rasional: Mencegah timbulnya diaper rash

2) Perhatikan daya tampung diaper , bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

Rasional: Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi

3) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

Rasional: Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat kemasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan iritasi kulit.

- 4) Keringan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

Rasional: Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit

- 5) Hindari penggunaan bedak pada saat mengganti popok bayi untuk menghindari resiko iritasi

Rasional: Penggunaan bedak terkadang menimbulkan reaksi alergi sebagian kulit bayi baru lahir.

- 9) Masalah IX: potensial terjadi sehubungan dengan perawatan yang kurang bersih pada tali pusat.

Tujuan: infeksi dapat dicegah setelah dilakukan pemotongan pengikat dan perawatan tali pusat.

Kriteria:

- a) Tali pusat bersih
- b) Tidak ada pus (nanah)
- c) Tidak berbau busuk
- d) Tidak bengkak dan marah
- e) Suhu normal (36,5-37,5°C)

Intervensi :

- 1) Pertahankan kebersihan pada saat memotong tali pusat

Rasional: Meminimalkan terjadinya infeksi

- 2) Ikat tali pusat dengan simpul mati

Rasional: Mencegah pendarahan

- 3) Bungkus tali pusat dengan kasa steril yang kering

Rasional: Mempercepat pengeringan dan pemuputan dengan komplikasi yang lebih sedikit

- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat dengan teknik yang tepat

Rasional: Mencuci tangan yang benar adalah faktor tunggal yang paling penting dalam melindungi bayi baru lahir dari infeksi

- 5) Lakukan pengamatan pada tali pusat terhadap adanya perdarahan / pencemas tali pusat oleh kencing atau defekasi

Rasional: Deteksi dini infeksi tali pusat

- 6) Ajarkan pada ibu perawatan tali pusat yang benar

Rasional: Pengetahuan yang adekuat menimbulkan sikap kooperatif keluarga dalam melaksanakan tindakan dan meningkatkan, pengeringan dan pemulihan. Peningkatan nekrosis dan pengelupasan normal, menghilangkan media lembab untuk pertumbuhan bakteri.

- 7) Beri informasi kepada keluarga tentang adanya tanda infeksi yaitu berbau busuk, ada pus, bengkak kemerahan suhu meningkat

Rasional: Orang tua dapat segera meminta bantuan bila ada tanda infeksi

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi



2.5.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian data

a. Data subjektif

1) Biodata

a) Umur

Wanita dan laki-laki usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifudin, 2012:U-9).

b) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkannya itu kontap, suntikan KB, Susuk KB, atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Manuaba, 2012:292)

2) Keluhan utama / alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut (Saifudin, 2010:U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat

diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung stroke (Saifudin, 2010:MK-43-51)

b) Menurut (Saifudin, 2012: MK -55) kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/100 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.

c) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner, kanker payudara tidak diperbolehkan memakai kontrasepsi pil progestin (Saifudin, 2012: U54)

4) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL, pendarahan sebelum 58 hari paksa persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid) (Saifudin, 2010: MK -

4).Penggunaan KB hormonal progestin diperbolehkan pada ibu dengan riwayat haid teratur dan tidak ada pendarahan abnormal dari uterus (Hartanto, 2015:169).Bagi ibu dengan riwayat dismenorhea berat, jumlah darah haid yang banyak ,haid yang ireguler atau

pendarahan bercak (spotting) tidak dianjurkan menggunakan IUD (Hartanto, 2015 : 209).

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Bila mini-Pil gagal dan terjadi kehamilan, maka kehamilan tersebut jauh lebih besar kemungkinannya sebagai kehamilan ektopik, ini serupa dengan IUD, maka ibu tidak diperkenankan menggunakan pil KB pil progestin dan IUD (Hartanto, 2015:159). Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR (saifudin, 2010 MK-63). Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi (saifudin, 2010 U-53). Apabila pada persalinan terjadi pendarahan banyak hingga Hb 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Saifudin, 2010 U-53).

c) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168). Pasien yang mengalami problem ekspulsi AKDR, ketidakmampuan mengetahui tanda-

tanda bahaya dari AKDR, ketidakmampuan memeriksa ekor AKDR sendiri merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015:209).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Depo medroksi progesterone asetat (DMPA) merangsang pusat kendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan aseptor lebih banyak makan dari biasanya (Hartanto, 2015: 171)

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015:124)

c) Istirahat/tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala (Saifudin, 2012: U-35)

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifudin, 2012: MK-42)

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko dengan terjadinya miokardinfark, stroke dan keadaan tromboembolik (Hartanto, 2015:123).Ibu yang menggunakan obat Tuberculosis (rifampisin) Atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifudin, 2012:MK-55)

b. Data Obyektif

Objektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dibagi adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifudin, 2002: MK-43).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser *et al*, 2009: 657)

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Pada peserta kontrasepsi hormonal umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan belum jelas, mungkin terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015:171)

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan alat kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifudin, 2012: U-30)

3) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut / bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifudin, 2012: MK-50). Timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifudin, 2012: MK-50)

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifudin, 2012: MK-52). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat mengalami anemia yang memungkinkan pendarahan hebat (Saifudin, 2012: MK-75)

c) Payudara

Seperti kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progestin termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015:164). Keterbatasan dalam penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifudin, 2012: MK-49 MK-55) terdapat benjolan/kangker

payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifudin, 2012: MK-55)

d) Abdomen

Tidak ada tanda-tanda kehamilan (tidak ada hiperpigmentasi linea alba dan tidak ada striae dan tidak ada pembesaran uretus, tidak ada benjolan pada adneksa) untuk penggunaan KB hormonal (suntik, pil dan implant) tidak ada nyeri tekan, klien tidak menderita KET, kanker endometrium/IPD (Hartanto, 2015:172)

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan pendarahan, pendarahan bercak dan amenorrhea (Hartanto, 2015:170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, pendarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan pendarahan hebat pada waktu haid (Saifudin, 2012: MK-75)

f) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Saifudin, 2012: MK-77)

2. Diagnosis Kebidanan

$P \geq 1$, umur anak terkecil berapa hari, calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/kontrasepsi progestin, tidak ada/ada indikasi untuk menggunakan MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik terjadi kehamilan (Affandi,2012 : MK 97)

3. Perencanaan

a. Diagnosa : $P \geq 1$, umur anak terkecil berapa hari calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/kontrasepsi progestin,tidak ada/ada indikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan: Ibu menjadi peserta KB

Kriteria:

- 1) Ibu memilih alat kontrasepsi
- 2) Ibu memakai metode sesuai pilihannya

Intervensi menurut (Saifudin, 2010: U-3,U-4):

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan,

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

Rasional: Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang di inginkan.

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

Rasional: Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan alat kontrasepsi pilihannya.

Rasional: penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Persilahkan klien dan suami mengisi informed consent.

Rasional: Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- 8) Konseling prapelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

Rasional: Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi

9) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional: Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

10) Berikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi

Rasional: Ibu dan keluarga bisa bertanya kembali dan mengerti masalah yang dialami.

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi

