

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovu, dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2014).

Kehamilan secara alami dapat terjadi dengan terpenuhinya beberapa persyaratan mutlak, antara lain: sperma suami yang normal, mulut rahim dan rongga rahim yang normal, saluran telur (tubafalopi) yang intak (bebas dan tidak buntu), indung telur (ovarium) normal, serta pertemuan sel sperma dan sel telur (ovum) pada saat yang tepat (masa subur) (Prasetyadi, 2012).

Kehamilan diawali dengan proses konsepsi (pembuahan) atau yang disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma laki-laki dengan ovum perempuan ditubafalopi. Proses pembuahan tidak lepas dari sistem reproduksi pria dan wanita. Reproduksi atau seksualitas adalah suatu

karakter yang menjadi bagian dari manusia dan dipengaruhi oleh faktor biologis dan psikologis individu (Hutahaean, 2013).

Kehamilan mempunyai tiga pembagian waktu yaitu trimester pertama apabila kehamilan masih berumur 0-12 minggu. Trimester kedua, apabila umur kehamilan lebih dari 12-28 minggu, serta trimester ketiga apabila umur kehamilan lebih dari 28-40 minggu (Suwignyo, dkk, 2010).

B. Fisiologi Kehamilan

1) Perubahan Fisiologis Pada Saat Kehamilan

a) Uterus

Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. (Manuaba, 2010). Uterus bertambah berat sekitar 70 – 1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4000 cc. Perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain: bulan pertama uterus berbentuk seperti alpukat, 4 bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Rahim yang tidak hamil/ rahim normal sebesar telur ayam, pada umur 2 bulan kehamilan sebesar telur bebek dan umur 3 bulan kehamilan sebesar telur angsa.

Tabel 2.1
Tinggi fundus uteri

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 minggu	3 jari di atas simfisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosesus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prosesus xifoideus

Sumber: Saifudin, 2010:113

b) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relative minimal (Prawirohardjo, 2009).

c) Vagina dan Vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

d) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi semakin lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebacea dari areola akan membesar dan cenderung menonjol keluar (Djusar, 2009).

e) Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010).

f) Sistem Respirasi

Kapasitas paru secara total menurun 4-5% dengan adanya elevasi diafragma. Fungsi respirasi juga mengalami perubahan. Respirasi rate 50% mengalami peningkatan, 40% pada tidal volume dan peningkatan konsumsi oksigen 15–20% diatas kebutuhan perempuan tidak hamil (Aprillia Y, 2010).

g) Sistem Pencernaan

Seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung, dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Djusar, 2009).

h) Sistem Perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010).

i) Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (*khloasma gravidarum*). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan meng-hilang (Manuaba, 2010).

j) Metabolisme

Perubahan metabolisme pada kehamilan:

- (1) Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- (2) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemo-dilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- (3) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.
- (4) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- (5) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil:
 - (a) Kalsium, 1,5 gram setiap hari, 30-40 gram untuk pembentukan tulang janin.
 - (b) Fosfor, rata – rata 2 gram dalam sehari.
 - (c) Zat besi, 800 mg atau 30-50 mg per hari.
 - (d) Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

- k) Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/ minggu.

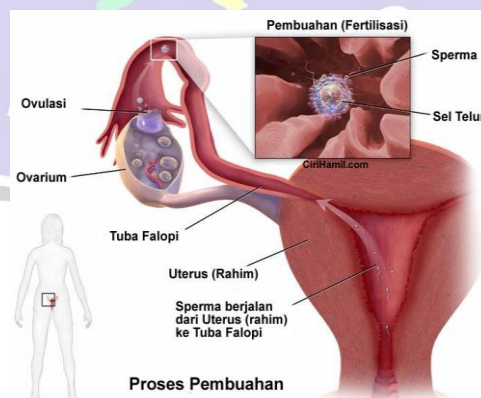
(Manuaba, 2012:95).

C. Proses Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan terdiri dari ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pembuahan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta serta tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2009).

1) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Pengaruh hormon LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadilah pelepasan ovum yang disebut ovulasi. (Manuaba, 2010).



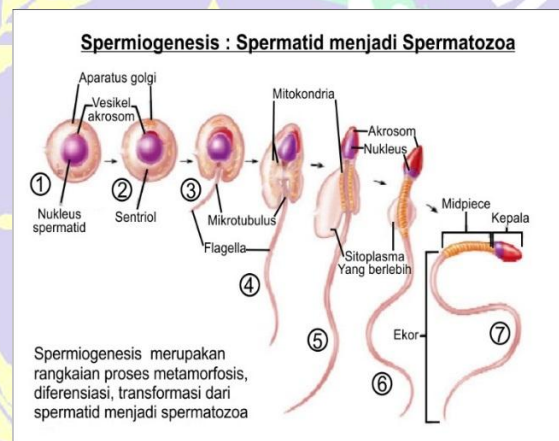
Gambar 2.1
Proses Pembuahan

Sumber: <https://www.artikelmateri2018.html>

2) Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa adalah proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. (Sukarni, 2013).

Sebagian besar sperma mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tubafalopi. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genetalia wanita dapat hidup selama 3 hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi. (Manuaba, 2010).



Gambar 2.2

Proses pembentukan sperma

Sumber: <http://klinikandrologi.blogspot.com/2008/07/.html>

3) Konsepsi

Penyatuan sel telur atau ovum (oosit sekunder) dan sel benih atau spermatozoa yang berlangsung di ampula tuba disebut konsepsi atau fertilisasi (Parwirohardjo, 2009).

Pembuahan atau konsepsi merupakan awal dari kehamilan, dimana satu sel telur dibuahi oleh satu sperma. Ovulasi (Pelepasan sel telur)

adalah merupakan bagian dari siklus menstruasi normal, yang terjadi sekitar 14 hari sebelum menstruasi. Sel telur yang dilepaskan bergerak ke ujung tuba fallopi (saluran telur) yang berbentuk corong, yang merupakan tempat terjadinya pembuahan. Jika tidak terjadi pembuahan, sel telur akan mengalami kemunduran (degenerasi) dan dibuang melalui vagina bersamaan dengan darah menstruasi. Jika terjadi pembuahan maka sel telur yang telah dibuahi oleh sperma ini akan mengalami serangkaian pembelahan dan tumbuh menjadi embrio (bakal janin) (Jannah, 2012).

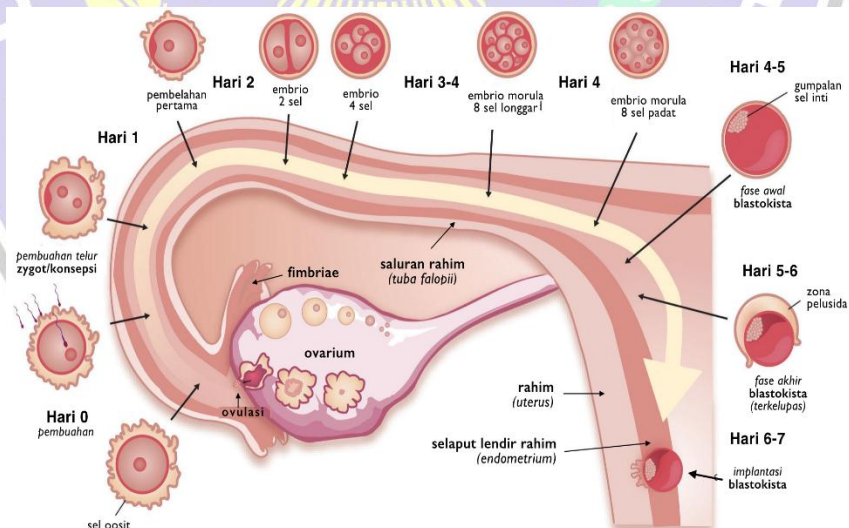
Proses konsepsi menurut Parwirohardjo (2012), sebagai berikut:

- (a) konsepsi berlangsung diampulla tuba.
- (b) Apabila sebuah sperma berhasil menembus membran yang mengelilingi ovum, baik sperma maupun ovum akan berada dalam membran dan membran tidak lagi dapat ditembus oleh sperma lain yang disebut reaksi zona.
- (c) Pembelahan meiosis kedua oosit selesai dan nucleus ovum menjadi pronukleus ovum, kemudian kepala sperma membesar dan menjadi pronukleus pria sedangkan ekornya berdegenerasi.
- (d) Nucleus akan menyatu dan kromosom bergabung sehingga dicapai jumlah yang diploid (46) dengan demikian konsepsi berlangsung maka terbentuklah zigot (ovum) dibuahi sperma/sel pertama individu baru.

- (e) Replikasi sel mitosis yang disebut pembelahan dimulai saat zigot berjalan sepanjang tuba uterine menuju uterus , perjalanan membutuhkan waktu 3-4 hari karena telur yang difertilisasi membelah dengan sangat cepat sedangkan ukurannya tidak bertambah kemudian terbentuk sel – sel kecil yang dinamakan blastomer yang terbentuk pada tiap pembelahan.
- (f) Morula terdiri atas 16 sel , berupa bola sel padat yang dihasilkan selama dalam 3 hari. Morula masih dikelilingi oleh lapisan pelindung zona pellusida. 1 sel, 2 sel, 4 sel, sampai 16 Sel Morula.
- (g) Perkembangan selanjutnya terjadi sewaktu morula mengapung bebas didalam uterus sehingga cairan masuk ke dalam zona pellusida dan menyusup ke dalam ruang interseluler di antara blastomer selanjutnya terbentuk ruang di dalam masa sel karena ruangan interseluler itu menyatu dan terbentuklah struktur yang disebut blastosit.
- (h) Pembentukan blastosit menandai diferensiasi utama pertama embrio.
- (i) Masa sel padat sel bagian dalam berkembang menjadi embrio dan membran embrio disebut amnion.
- (j) Lapisan sel luar yang mengelilingi rongga disebut trofoblas akan berkembang menjadi membran embrio lain yaitu korion, bagian embrionik plasenta.

4) Nidasi atau Implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi pada stadium blatokista (Blastula) kedalam dinding uterus (endometrium) pada awal kehamilan. Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri (Mochtar 2011). Zona pellusida berdegenerasi dan trofoblas melekatkan dirinya pada endometrium rahim biasanya pada daerah fundus anterior atau posterior. antara 7 – 10 hari setelah konsepsi trofoblas mensekresi enzim yang membantunya membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastosis tertutup, proses ini dikenal sebagai nidasi. Pembuluh darah endometrium pecah dan sebagian wanita akan mengalami pendarahan ringan akibat nidasi (bercak darah) (Jannah, 2012).



Gambar 2.3

Proses implantasi dan perkembangan embrio pada awal kehamilan

Sumber: <https://juliantowitjaksono.com/2015/09/08/>

5) Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio kedalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Syarifuddin, 2010).

Terjadinya nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk entoderm dan *yolk sac* (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ectoderm dan ruangan amnion. Plat embrio terbentuk antara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantong *yolk sac*. Plat embrio terdiri dari unsur ectoderm, entoderm, dan mesoderm. Ruang amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringannya yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat (Manuaba, 2013).

Setelah implantasi endometrium disebut desidua. Desidua terdiri atas desidua basalis, desidua kapsularis, dan desidua vera. Desidua basalis adalah bagian yang langsung berada di bawah blastosit tempat villi korion menetek pembuluh darah disebut juga sebagai tempat plasentasi atau terletak antara hasil konsepsi dan dinding rahim. Desidua Kapsularis adalah bagian yang menutupi blastosis atau meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim, lama-kelamaan bersatu dengan desidua vera. Desidua vera meliputi

lapisan dalam dinding rahim lainnya atau bagian yang melapisi sisa uterus (Rukiah, dkk. 2012).

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

1) Minggu ke 0

Sperma membuahi ovum yang kemudian membagi dan masuk ke dalam uterus menempel sekitar hari ke 11 (Walyani, 2015:48).

2) Minggu ke 1

Disebut juga sebagai masa germinal. Ciri utama masa dari masa germinal adalah pembelahan sel. Sejak pembuahan atau fertilisasi ovum oleh sperma, zigot yang terbentuk membelah diri sampai fase morula-blastula. Menjelang akhir minggu pertama terjadi implantasi di endometrium kavum uteri (Yulaikhah,2009:41)

3) Minggu ke 2

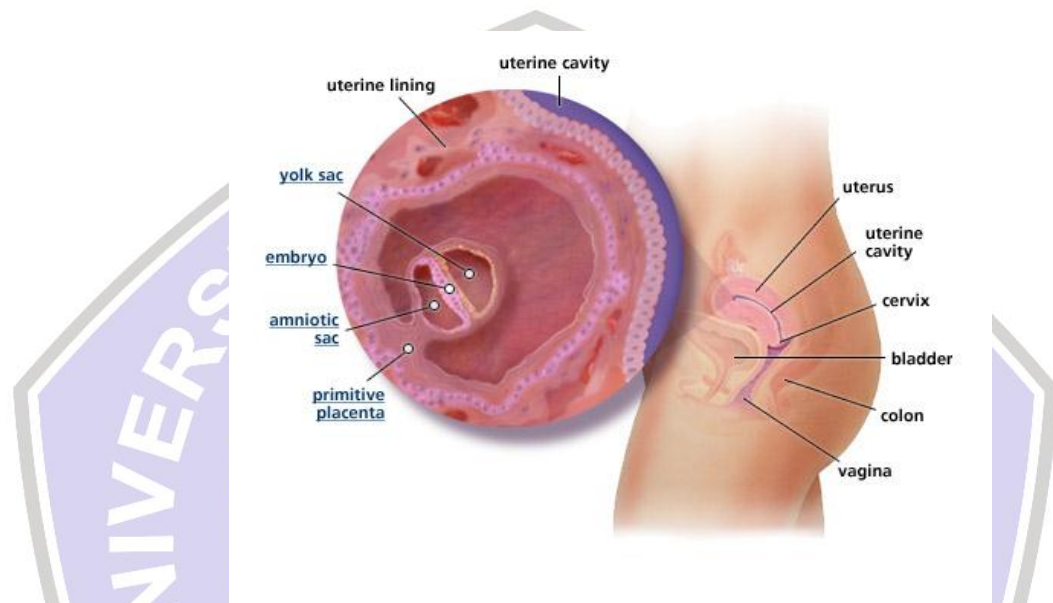
Proses pembuahan sel telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke 2 dari hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah dibuahi sperma bergerak dari tuba fallopi dan menempel ke dinding uterus (endometrium) (Anggasari dkk, 2014:20)

4) Minggu ke 3

Sel telur yang membelah akan menjadi suatu kelompok yang berisi ratusan sel dan menempel pada dinding rahim. Plasenta juga mulai berkembang berbentuk bulat dan berfungsi mentransfer nutrisi dari ibu ke bayi (Triyani, 2013:119-120)

5) Minggu ke 4

Dari diskus embrionik, abgian tubuh pertama muncul yang kemudian akan menjadi tulang belakang, otak dan saraf tulang belakang. Jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0,64 cm (Walyani, 2015:48-49)



Gambar 2.4

Perkembangan janin minggu ke-4

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/jpg>

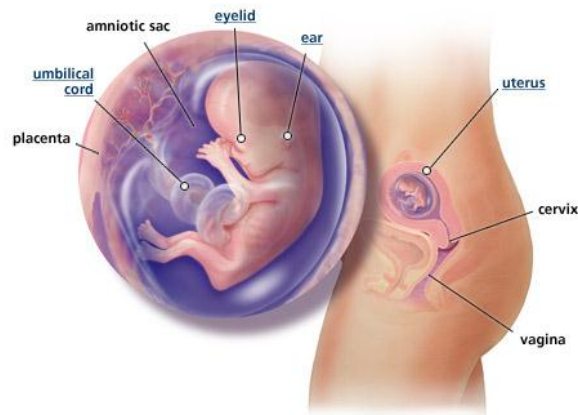
6) Masa Fetal

Ciri utama perkembangan intrauterine pada trimester kedua adalah penyempurnaan system organ umum dan mulai berfungsinya system organ (Yulaikhah, 2009:42).

7) Minggu ke-12

Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks mengh

isap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelamin nya (Marjati, 2010:39).

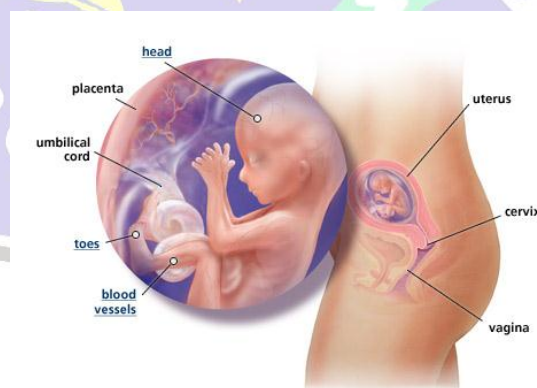


Gambar 2.5
Perkembangan janin minggu ke-12

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/u.jpg>

8) Minggu ke 16

Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh (Marjati, 2010:39).



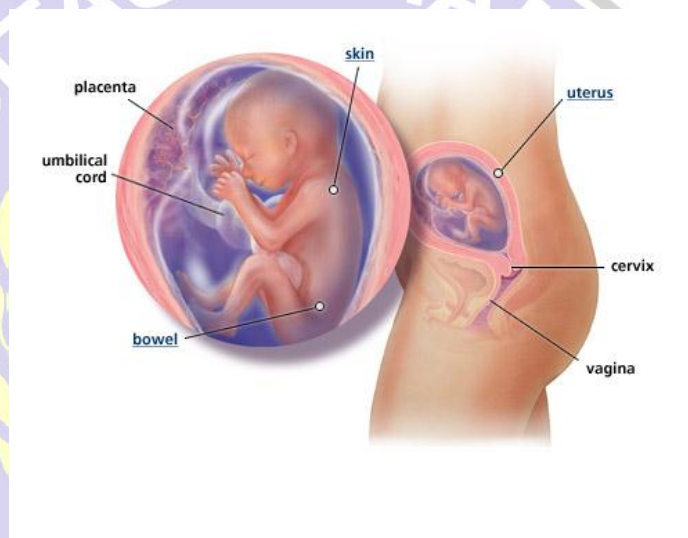
Gambar 2.6

Perkembangan janin minggu ke-16

Sumber: : <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

9) Minggu ke 20

Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, alis dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam (Marjati, 2010:39).



Gambar 2.7

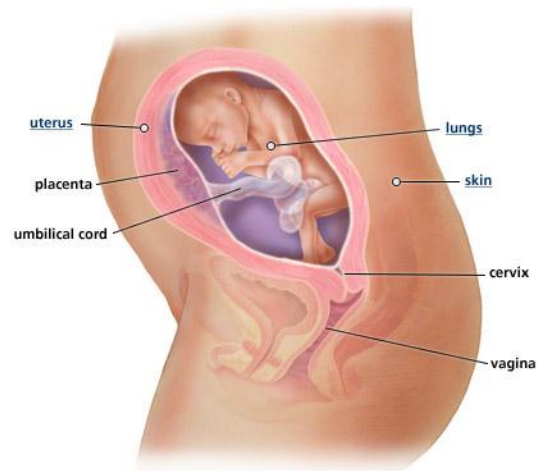
Perkembangan janin minggu ke-20

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

10) Minggu ke 24

Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernis kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.

(Marjati, 2010:39).

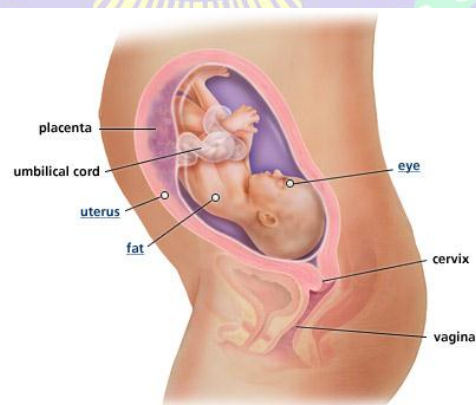


Gambar 2.8
Perkembangan janin minggu ke-24

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

11) Minggu ke 28

Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.



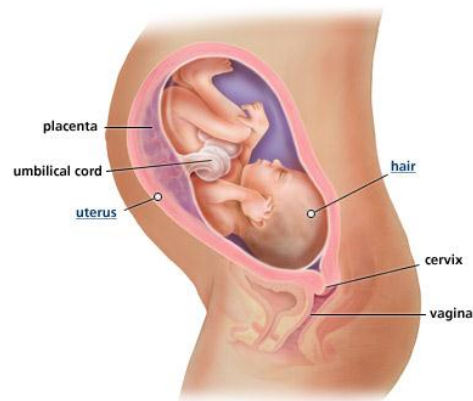
Gambar 2.9

Perkembangan janin minggu ke-28

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

12) Minggu ke 32

Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.

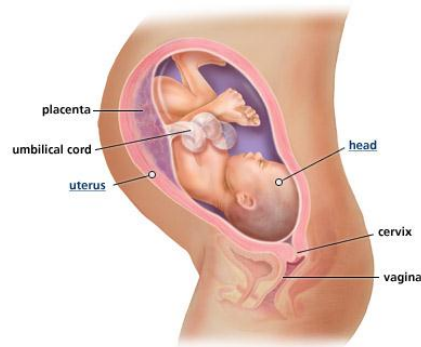


Gambar 2.10
Perkembangan janin minggu ke-32

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

13) Minggu ke 36

Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.

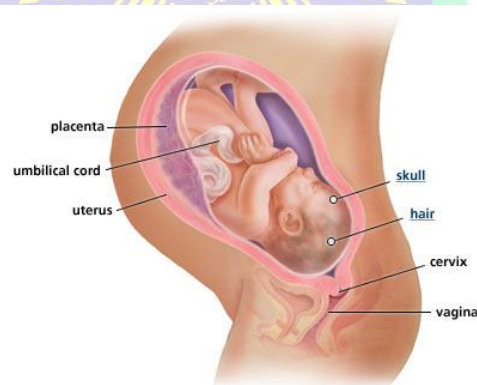


Gambar 2.11
Perkembangan janin minggu ke-36

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

14) Minggu ke 40

Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati, dkk, 2010; 3).



Gambar 2.12
Perkembangan janin minggu ke-40

Sumber: <https://hamil.co.id/wp-content/uploads/2015/04/.jpg>

Berikut data perkembangan organ janin dalam rahim mulai dari usia 6 minggu sampai 40 minggu.

Tabel 2.2
Perkembangan janin

Usia Gestasi (minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jarijari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120–150 x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks keseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Terjadi perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50–70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500–2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
37-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: Saifuddin, 2009:158

E. Perubahan Psikologis Kehamilan

1) Perubahan Psikologis pada Trimester I (Periode Penyesuaian) Menurut Sulistyawati (2009:76-77), perubahan psikologis pada trimester I adalah:

- (a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang-kadang merasa benci dengan kehamilannya
- (b) Kadang muncul penolakan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- (c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
- (d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama
- (e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau bahkan merahasiakannya

2) Perubahan Psikologis pada Trimester II (Periode Kesehatan Yang Baik). Menurut Sulistyawati (2009:76-77), perubahan psikologis pada trimester II adalah :

- (a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi
- (b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- (c) Merasakan gerakan anak
- (d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran

- (e) Libido meningkat
- (f) Menuntut perhatian dan cinta
- (g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- (h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- (i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru

3) Perubahan Psikologis pada Trimester III Menurut Sulistyawati (2009:76-77), perubahan psikologis pada trimester III adalah :

- (a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
- (b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- (c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- (d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- (e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- (f) Merasa kehilangan perhatian
- (g) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- (h) Libido menurun

F. Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum dilahirkan. Perdarahan pada akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang. Tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau absurpsi plasenta (Hani, dkk, 2011:16)

2) Abortus

Perdarahan pada trimester pertama kehamilan dapat terjadi pada seperlima dari seluruh kehamilan dan hampir separuh dari jumlah tersebut mengalami ke guguran. Kejadian aborsi spontan diperkirakan mencapai sekitar 15-22% dari seluruh kehamilan (Hollyngwort, 2012)

3) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan ketika implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung di luar endometrium kavum uteri. Biasanya kehamilan ektopik terjadi pada tuba, dan sangat jarang terjadi di ovarium atau rongga abdomen (perut). Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang berbahaya karena tempat implantasi janin tidak memberi janin kesempatan untuk berrkembang hingga mencapai aterm (Manguji, 2013).

4) Hiperemesis Gravidarum

Mual dan muntah merupakan salah satu gejala paling awal, paling umum dan paling menyebabkan stres yang dikaitkan dengan

kehamilan. Mual dan muntah ini biasanya disebabkan oleh perubahan dalam sistem endokrin yang terjadi selama kehamilan, terutama disebabkan oleh tingginya fluktuasi kadar HCG (human chorionic gonadotrophin) (Woolfson, 2009).

Mual dan muntah biasanya dirasakan di pagi hari “morning sickness”, rasa mual ini tak membahayakan kesehatan bayi selama ibu hamil bisa mengkonsumsi makanan secara seimbang dan banyak minum. Sebagian besar wanita yang mengalami mual di pagi hari cukup cepat mengetahui apa yang bisa dan tidak bisa di cerna (Woolfson, 2009).

5) Hipertensi

Hipertensi didiagnosa secara empiris bila pengukuran tekanan darah sistolik melebihi 140 mmHg atau tekanandarah diastolik melebihi 90 mmHg. Ibu hamil yang mengalami peningkatan tekanan sistolik sebanyak 30 mmHg atau diastolik sebanyak 15 mmHg harus dipantau lebih sering. Tidak diragukan lagi bahwa kejang eklamtik dapat terjadi pada beberapa perempuan yang memiliki tekanan darah dibawah 140/90 mmHg (Cunningham, 2013).

6) Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin

menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia, untuk itu lakukan pemeriksaan edema pada muka/tangan, periksa tekanan darah, protein urine dan refleks.

7) Penglihatan Kabur

Gangguan penglihatan secara tiba-tiba pada ibu hamil disebabkan oleh pengaruh hormonal, keadaan ini mengancam jika perubahan visual terjadi secara mendadak misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsi.

8) Bengkak di Wajah

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsi.

9) Gerakan Janin tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Ketika bayi tidur maka gerakannya akan melemah, gerakan bayi akan mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Biasanya tanda dan gejalanya adalah gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam.

10) Anemia

Gerakan Janin tidak Terasa Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Ketika bayi tidur maka gerakannya akan melemah, gerakan bayi akan mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Biasanya tanda dan gejalanya adalah gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam.

G. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

a. Support Keluarga

(a) Trimester I

- (1) Memberi pengertian bahwa perubahan yang terjadi merupakan hal yang normal dapat terjadi pada setiap ibu hamil.
- (2) Bertukar pengalaman yang menyenangkan
- (3) Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk meringankan beban kerja istri.

(b) Trimester II

- (1) Bersama – sama dengan ibu untuk merencanakan persalinan.

- (2) Ikut mewaspadai adanya komplikasi dan tanda – tanda bahaya.
- (3) Bersama – sama mempersiapkan sautu rencana apabila terjadi komplikasi.

(c) Trimester III

- (1) Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan.
- (2) Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinannya
- (3) Bersama – sama mematangkan persiapan dengan tetap waspadai komplikasi yang mungkin terjadi.

b. Support dari tenaga kesehatan

(a) Trimester I

- 1) Menjelaskan dan meyakinkan pada ibu bahwa apa yang terjadi padanya adalah sesuatu yang normal.
- 2) b. Membantu untuk memahami setiap perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikologis.
- 3) c. Yakinkan bahwa ibu akan mulai merasa lebih baik dan berbahagia pada trimester II

(b) Trimester II

- 1) Mengajarkan pada ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda – tanda bahaya.

- 2) Bersama ibu dan keluarga dalam merencanakan kelahiran dan rencana kegawatdaruratan.

c) Trimester III

- 1) Memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu adalah normal.
- 2) Menenangkan ibu
- 3) Membicarakan kembali dengan bagaimana tanda – tanda persalinan yang sebenarnya.
- 4) Meyakinkan bahwa anda akan selalu berada bersama ibu untuk membantu melahirkan bayinya.

c) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan.

- 1) senam untuk memperkuat otot – otot.
- 2) mengatur posisi duduk untuk mengatasi nyeri punggung akibat janin.
- 3) mengatur berbagai sikap tubuh untuk meredakan nyeri dan pegal.
- 4) sikap berdiri yang membuat bayi leluasa.
- 5) melatih sikap santai untuk menenangkan pikiran dan menenangkan tubuh.
- 6) melakukan relaksasi sentuhan
- 7) teknik pijatan.

d) Persiapan menjadi orang tua

1) berbagi pengalaman yang unik tentang setiap kejadian yang dialami oleh masing – masing.

2) berdiskusi dengan pasangan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghadapi status menjadi orang tua, seperti:

(a) akomodasi tambahan penghasilan

(b) menyiapkan tambahan penghasilan.

(c) mencari jalan keluar apabila nanti tiba saatnya ibu harus kembali bekerja.

e) Persiapan sibling

Sibling adalah rasa persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya .

1) Menceritakan mengenai calon adik yang disesuaikan dengan usia dan kemampuannya untuk memahami.

2) Jangan sampai dia mengetahui tentang calon adiknya dari orang lain.

3) Biarkan dia merasakan gerakan dan bunyi jantung adiknya.

4) Sediakan gambar/buku yang menjelaskan dengan mudah tentang kehamilan, persalinan dan perawatan bayi.

- 5) Memperkenalkan pengasuh.
- 6) Perlihatkan cinta ibu pada anak tertuanya.
- 7) Jika punya kesempatan, mulailah menempatkan anak pada kelompok bermain sebelum lahir (Prima, dkk. 2018:87-90)



2.1.2 Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Rohani, 2011).

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

Definisi lain mengenai persalinan dan kelahiran normal menurut Damayanti, dkk (2014: 2) yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam. Tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

B. Teori-Teori Penyebab Persalinan

1. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

2. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

3. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hiks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya disegmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri.

4. Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

5. Teori Fetal Membran

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterifikasi yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi miometrium.

6. Teori Placenta Sudah Tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada placenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormon.

7. Teori Tekanan Cerviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf 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.

C. Fisiologi Persalinan

Menurut Manuaba (2012:166), terjadinya persalinan sampai saat ini belum diketahui, namun ada beberapa teori yang berkaitandengan mulainya persalinan. Menjelang persalinan terdapat dua hormon yang berperan penting yaitu:

1. Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim sehingga memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis.
2. Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Peran estrogen dan progesteron sangatlah seimbang. Perubahan estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis pars posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Kontraksi ini akan menjadi lebih dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua usia kehamilan ibu, maka frekuensi kontraksi semakin sering. Manuaba (2012:149- 150) menjelaskan bahwa menjelang persalinan uterus makin mudah dirangsang dan palpasi menyebabkan kontraksi uterus. Selain itu akan terjadi pembentukan gap junction. Gap junction adalah penghubung satu otot uterus dengan lainnya sehingga penyebaran inisiasi kontraksi yang berasal dari pace maker-nya pada pertemuan antara tuba dan ligamentum rotundum akan makin cepat dan teratur dihantarkan menuju seluruh otot uterus sebagai kontraksi yang dominan. His persalinan adalah fundus dominan, menyebar ke seluruh otot rahim seolah-olah memeras isi uterus dan terasa sangat nyeri. Kemudian dilanjutkan pembentukan segmen bawah rahim. Segmen bawah rahim bersifat pasif sehingga dapat menampung janin yang akan lahir tanpa gangguan, segmen bawah rahim bertindak sebagai saluran proses persalinan yang bersifat pasif karena tidak terlalu banyak mengandung otot yang mampu berkontraksi, keuntungan sifat pasif ini adalah saat masa nifas akan dapat mengalirkan sisa lochea dan lainnya sehingga uterus akan bersih. Setelah itu serviks mengalami perlunakan dan pembukaan. Proses membukanya servik disebut dengan berbagai istilah yaitu melembek (softening), menipis (thinned out), terobliterasi (obliterated),

mendatar dan tertarik ke atas (effaced and taken up) dan membuka (dilatation) (Sofian, 2013: 71).

D. Tahapan persalinan

Tahapan persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan).

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Pada kala pembukaan, his belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu, sehingga ibu sering kali masih dapat berjalan. Lambat laun his bertambah kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi juga semakin lebih kuat dan lebih lama. Lendir berdarah bertambah banyak. Lamanya kala I untuk primigravida adalah 12 jam dan untuk multigravida 8 jam. Untuk mengetahui apakah persalinan kala I maju sebagaimana mestinya, sebagai pegangan kita ambil: kemajuan pembukaan 1 cm per jam bagi primigravida, dan 2 cm per jam bagi multigravida, walaupun ketentuan ini sebetulnya kurang tepat seperti yang akan diuraikan nanti (Wirakusumah, 2011). Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm).

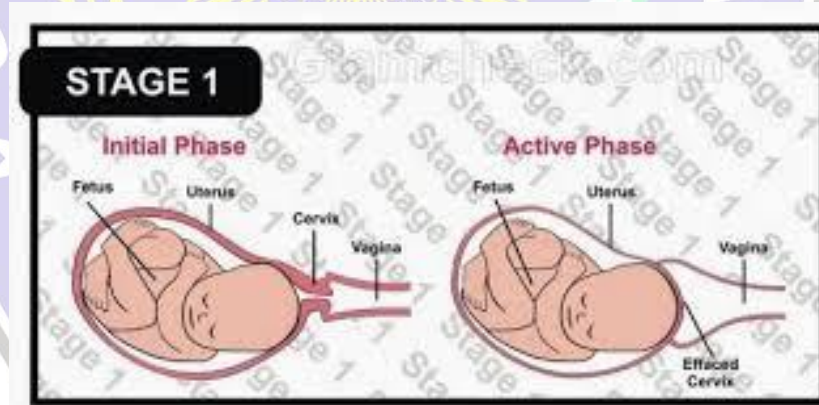
Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu:

- a) Fase Laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3cm.

b) Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka 4cm sampai 10cm, kontraksi lebih kuat dan lebih sering, dibagi dalam 3 fase:

- (1) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm.
- (2) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm menjadi 9cm.
- (3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi lengkap.

Prose diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 2 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.



Gambar 2.13
Kala I

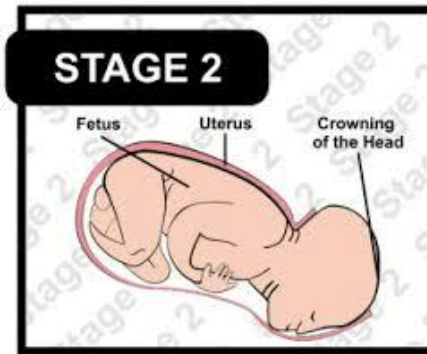
Sumber: <https://ellynaagustyani.files.wordpress.com/2016/04/8b5f5-.jpg>

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - (1) Kepala membuka pintu
 - (2) Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 4) Kepala lahir sepenuhnya dan diikuti putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 5) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - (a) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam kebawah kemudian untuk melahirkan bahu depan dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - (b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - (c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

Lamanya kala II untuk primigravida 1,5 jam-2 jam dan multigravida $\frac{1}{2}$ -1 jam (Kumalasari, 2015).



Gambar 2.14
Kala II

Sumber: <https://ellynaagustyani.files.wordpress.com/2016/04/8b5f5-.jpg>

3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih 30 menit (Sulistyawati, 2010). Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini.

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial.

Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

- (1) Menarik pelan-pelan

- (2) Memutar atau memilinnya seperti tali
- (3) Memutar pada klem
- (4) Manual atau digital

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon. Permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi.

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

a. Fase pelepasan plasenta

(1) Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(2) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara

selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b. Fase pengeluaran plasenta

(1) Kustner

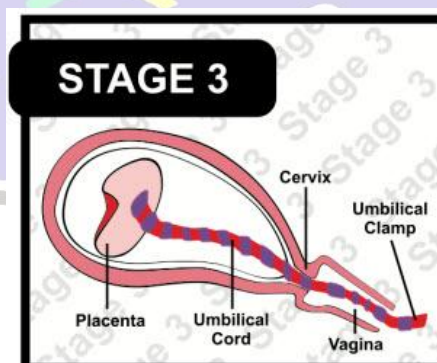
Dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk, berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

(2) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas.

(3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol diatas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.



Gambar 2.15

Kala III

Sumber: <https://ellynaagustyani.files.wordpress.com/2016/04/8b5f5.jpg>

4. Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah darah yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya (Wiknjosastro, 2009).

Saat setelah kala IV kita diwajibkan untuk mengisi lembar Partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klini (Anonim, 2013). Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

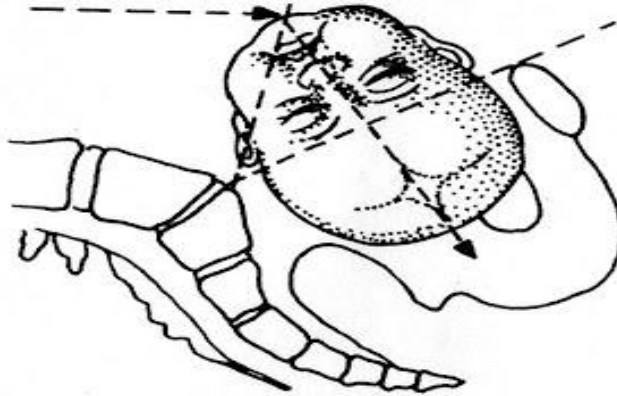
- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
- c. Data pelengkapan yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan

secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

d. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan mengacu pada serangkaian perubahan posisi dan sikap yang diambil janin selama perjalanannya melalui jalan lahir. Mekanisme persalinan yang dijelaskan disini adalah untuk presentasi verteks dan panggul ginekoid. Hubungan kepala dan tubuh janin dengan panggul ibu berubah saat janin turun melalui panggul. Hal ini sangat penting sehingga diameter optimal tengkorak ada pada setiap kala penurunan. Tahapan mekanisme persalinan ini diantaranya:

- 1) Engagemen Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat pintu atas panggul (PAP), umumnya dengan presentasi biparietal atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala pada primi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan (Hidayat, 2010: 23). Masuknya kepala kedalam PAP yaitu diawali dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang (bila SS di tengah-tengah jalan lahir atau disebut sinklitismus, bila SS tidak ditengah-tengah jalan lahir atau disebut asinklitismus) (Sukarni, 2013:201).



Gambar 13-7. Sinklitismus.

Gambar 2.16
Sinklitismus

Sumber: <https://i2.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011>.

2) Penurunan (Descent)

Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.

3) Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, servik, dinding panggul atau dasar panggul (Wirakusumah, 2011:138).

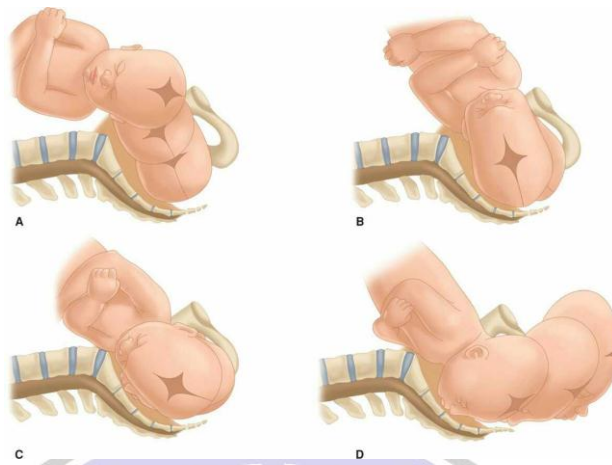


Gambar 2.17
Penurunan kepala janin

Sumber: <http://jolatuvelbahana.blogspot.com/2015/-html>

4) Putaran paksi dalam

Menurut Wirakusumah (2011:140) putaran paksi dalam ialah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar ke depan di bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan jalan lahir, khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.



Gambar 2.18
Putaran paksi dalam

Sumber: <http://jolatuvelbahana.blogspot.com/2015/06/.html>

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam terjadilah ekstensi atau defleksi kepala.

Hal ini disebabkan karenan sumbu jalan lahir mengarah ke depan dan atas sehingga harus mengadakan ekstensi. Pada kepala, bekerja

2 kekuatan, yang satu mendesak ke bawah dan yang satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah

subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis, yang dapat maju

karena kekuatan tersebut ialah bagian yang berhadapan dengan

subocciput pada pinggir atas perineum, lahirlah berturut-turut ubun-

ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu (Wirakusumah,

2011: 140).



Gambar 2.19
Penurunan kepala janin

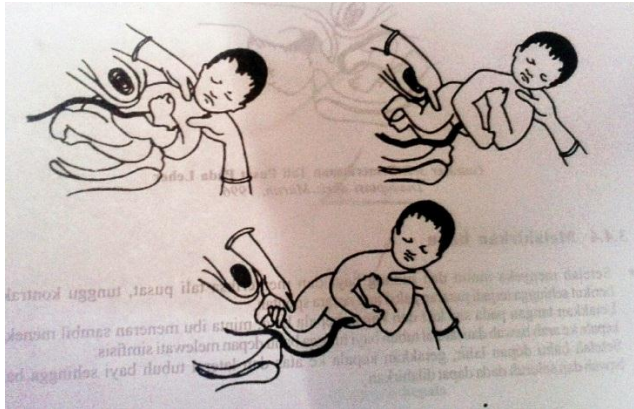
Sumber: : <http://jolatuvelbahana.blogspot.com/2015/06/-html>

6) Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, belakang kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan putaran paksi luar disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter antero posterior pintu bawah panggul (Wirakusumah, 2011:142).

7) Pelahiran bahu dan tubuh janin

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



Gambar 2.20
Pelahiran bahu dan tubuh bayi
Sumber: <http://blogspot.com.08/06/2014/jpeg>.

E. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

b) Power (Kekuatan Ibu)

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

(1) Sifat His:

(a) His yang efektif:

1. Kontraksi otot rahim dimulai dari tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar keseluruh bagian uterus.
2. Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi.
3. Didominasi oleh fundus kemudian menjalar keseluruh otot rahim.
4. Kekuatannya seperti mekanisme memeras isi rahim.
5. Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali kepanjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.

(b) Amplitudo

1. Kekuatan His diukur dengan mmHg dan menimbulkan naiknya tekanan intrauterus sampai 35 mmHg.
 2. Cepat mencapai puncak kekuatan dan diikuti relaksasi yang tidak lengkap, sehingga kekuatannya tidak mencapai 0 mmHg.
- (2) Setelah kontraksi otot rahim mengalami retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali lagi kepanjang yang semula.
- (3) Frekuensi, yaitu jumlah terjadinya His selama 10 menit.
- (4) Dursi His yaitu lamanya his yang terjadi setiap saat diukur dengan detik.
- (5) Interval his, yaitu tenggang waktu antara kedua his. Pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran (kala II) muncul sekali dalam 2 menit.
- (6) Kekuatan his, yaitu perkalian antara amplitudo dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan unit montevideo.

b) Tenaga Meneran

Tenaga meneran pasien akan semakin menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar. Dorongan meneran

akan semakin meningkat ketika pasien dalam posisi yang nyaman, misalnya stengah duduk, jongkok, berdiri atau miring kiri.

c) Passenger (Isi Kehamilan)

Faktor passenger ada 3 komponen yaitu janin, air ketuban, dan plasenta.

1. Janin

Janin yang bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

2. Air ketuban

Cairan ini sangat penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, serta yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, dan pada saat persalinan, ketuban mendorong serviks untuk membuka. Ketuban juga meratakan intrauterin dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah.

3. Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta mempunyai peranan penting yaitu sebagai transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka

bila terjadi kelainan pada plasenta juga akan menyebabkan kelainan pada janin atau mengganggu proses persalinan.

4. Passage

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

5. Psikologi Ibu

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan

menciptakan suasana yang nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesi jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009).

6. Penolong

Dalam menghadapi persalinan seorang calon ibu dapat mempercayakan dirinya pada bidan, dokter umum, dokter spesialis obstetric dan ginekologi, bahkan melakukan pengawasan hamil 12-14 kali sampai pada persalinan. Pertemuan konsultasi dan menyampaikan keluhan, menciptakan hubungan saling mengenal antar calon ibu dengan bidan atau dokter yang akan menolongnya. Pembinaan hubungan antara penolong dan ibu saling mendukung dengan penuh kesabaran sehingga persalinan dapat berjalan dengan lancar. Keberadaan bidan atau dokter sangat penting untuk memberikan semangat sehingga persalinan dapat berjalan dengan baik. Untuk menambah kepercayaan ibu, sebaiknya setiap kemajuan diterangkan sehingga semangat dan kemampuannya untuk mengkoordinasikan kekuatan persalinan dapat dilakukan. Pemindahan penderita keruangan dimana anaknya telah menunggu,

masih merupakan tanggung jawab bidan atau dokter paling sedikit selama 2 jam pertama (Bandiyah, 2009).

F. Tanda Permulaan Persalinan

1. Lightening

Menjelang minggu ke-36 primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul.

Penyebab dari proses adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi Braxton Hicks.
- b) Ketegangan dinding perut.
- c) Ketegangan ligamentum rotundum.
- d) Gaya berat janin, kepala kebawah uterus.

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga, yaitu: power (his), pasage (jalan lahir), passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2. Terjadinya His Permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit dipinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat

menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- b) Datang tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- d) Durasi pendek.
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas.

G. Tanda Masuk Dalam Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009), tanda masuk dalam persalinan yaitu:

a. Terjadinya His Persalinan

Karakter dari his persalinan:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan.
- b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- c) Terdi perubahan pada serviks.
- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

b. Pengeluaran Lendir dan Darah (Penanda Persalinan)

Terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- a) Pendataran dan pembukaan.

b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.

c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran Cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, amak persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau sectio caesaria.

H. Bentuk-bentuk Persalinan

1. Persalinan spontan
2. Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut.
3. Persalinan buatan
4. Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi sectio caesar.
5. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.

I. Lima Benang Merah Persalinan

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 maupun patologis.

Lima benang merah tersebut adalah:

a. Pengambilan keputusan klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinis (clinical decision making). Dalam keperawatan dikenal proses keperawatan, para bidan menggunakan proses serupa yang disebut dengan proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan klinis. Proses ini memiliki beberapa tahapan mulai dari pengumpulan data, diagnosis, perencanaan dan penatalaksanaan, serta evaluasi yang merupakan pola pikir sistematis bagi para bidan selama memberikan asuhan kebidanan, khususnya dalam asuhan persalinan normal.

b. Aspek sayang Ibu yang Berarti Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yang harus diperhatikan para bidan, antara lain:

- a) Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenankan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
- b) Standar untuk persalinan yang bersih harus tetap dipertahankan.
- c) Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian air susu ibu harus harus dianjurkan untuk dikerjakan.
- d) Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.

- e) Penolong persalinan harus menerangkan kepada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
- f) Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
- g) Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang bisa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
- h) Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila harus dilakukan.
 - i) Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan.
 - j) Tindakan-tindakan medis yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomy, pencukuran, dan klisma).

J. Aspek Pencegahan Infeksi

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

- 1) Cuci tangan.

Secara praktis, mencuci tangan secara benar merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi paling penting untuk mengurangi penyebaran penyakit dan menjaga lingkungan

bebas dari infeksi. Cuci tangan dilakukan sesuai dengan Standar dan prosedur yang ada.

2) Memakai sarung tangan.

Untuk tindakan pencegahan, sarung tangan harus digunakan oleh semua penolong persalinan sebelum kontak dengan darah atau cairan tubuh dari klien. Sepasang sarung tangan dipakai hanya untuk seorang klien guna mencegah kontaminasi silang. Jika mungkin, gunakanlah sarung tangan sekali pakai, namun jika tidak mungkin sebelum dipakai ulang sarung tangan dapat dicuci dan disteril dengan otoklaf, atau dicuci dan didesinfektan tingkat tinggi dengan cara mengukus (Riayat, 2012; 49)

3) Penggunaan cairan antiseptik.

Penggunaan antiseptik hanya dapat menurunkan jumlah mikroorganisme yang dapat mengkontaminaasi luka dan dapat menyebabkan infeksi. Untuk mencapai manfaat yang optimal, penggunaan antiseptik seperti alkohol dan Iodofor (Betadin) membutuhkan waktu beberapa menit untuk bekerja secara aktif. Karena itu, untuk suatu tindakan kecil yang membutuhkan waktu segera seperti penyuntikan oksitosin IM saat penatalaksanaan aktif kala III dan pemotongan tali pusat saat bayi baru lahir, penggunaan antiseptic semacam

ini tidak diperlukan sepanjang alat-alat yang digunakan steril atau DTT.

4) Pemrosesan alat bekas.

Proses dasar pencegahan infeksi yang biasa digunakan untuk mencegah penyebaran penyakit dari peralatan, sarung tangan dan bahan-bahan lain yang terkontaminasi (Riayat, 2012;

49). Dalam pemrosesan alat bekas dapat menggunakan air DTT atau rendam di larutan klorin 0,5 %. Untuk membuat larutan klorin, yang pertama harus dilakukan adalah menentukan dulu jenis konsentrasinya. Karena, lain jenis lain pula cara perhitungannya. Hanya dibutuhkan sedikit perhitungan yang sangat sederhana. Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair :

$$\text{Jumlah bagian air} = \left(\frac{\% \text{ Larutan Konsentrat}}{\% \text{ Larutan yang diinginkan}} \right) - 1$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25%

$$(a) \text{ Jumlah bagian air} = (5,25\% : 0,5\%) - 1 = 10,5 - 1 = 9,5$$

(b) Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air ke dalam 1 bagian larutan klorin 5,25 % Air tidak perlu dimasak Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin kering: Jumlah bagian air = (% larutan yang diinginkan : % konsentrat) x 1000.

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin yang bisa melepaskan klorin (seperti kalsium hipoklorida) yang mengandung 35% klorin.

(a) $\text{Gram/liter} = (0,5\% : 35\%) \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$

(b) Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14,3) bubuk klorin 35% kedalam 1 liter air bersih.

K. Aspek Pencatatan (Dokumentasi)

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini dikarenakan:

1. Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien.
2. Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi diantara petugas kesehatan.
3. Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dan satu petugas kepetugas yang lain, atau dari peugas kefasilitas.
4. Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan serta perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien.
5. Memperkuat keberhasilan manajemen sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain.
6. Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.

7. Dapat digunakan sebagai data statistik untuk catatan nasional.
8. Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah patograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada paragraf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan.

L. Aspek Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, seringkali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ketempat rujukan akan menyebabkan keputusan dan pengiriman ibu ketempat tertunda dan ibu tidak mendapatkan penatalaksanaan yang memadai sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

2.1.3 Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Rukiyah, 2010).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil) (Sulistyawati, 2009). Sedangkan menurut Manuaba (2010:200), Nifas adalah Kala puerperium yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal.

B. Tujuan Masa Nifas

Dalam masa nifas, ibu memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama ibu tinggal di rumah sakit maupun setelah keluar dari rumah sakit. Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

3. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
5. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
6. Mempercepat involusi alat kandungan.
7. Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan
8. Melancarkan pengeluaran lochea.
9. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme.

(Pitriani, 2014:4-5)

C. . Tahapan Masa Nifas

Menurut Saleha (2009), tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah, dan suhu.

2. Periode Early Postpartum (24 jam – 1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Periode Late Postpartum (1 minggu – 5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

D. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yang bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan dalam masa nifas antara lain :

Kunjungan pertama dilakukan pada 6-8 jam setelah persalinan yang bertujuan untuk mencegah perdarahan, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut, memberi konseling pada ibu atau salah satu keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI 1 jam setelah Inisiasi Menyusui Dini (IMD) berhasil dilakukan, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah hipotermia.

Kunjungan kedua dilakukan 6 hari setelah persalinan yang bertujuan untuk memastikan involusio uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada payudara ibu, memberi konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat bayi, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi setiap hari.

Kunjungan ketiga dilakukan 2 minggu setelah persalinan yang memiliki tujuan yang sama dengan kunjungan ke dua. Kunjungan ke empat dilakukan 6 minggu setelah persalinan yang bertujuan untuk menanyakan pada ibu tentang penyakit yang ia atau bayi alami, memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini (Anggraini, 2010).

Kebijakan program nasional masa nifas yaitu paling sedikit empat kali kunjungan pada nifas dalam rangka menilai status ibu dan bayi baru lahir, mencegah, mendeteksi dan mengurangi masalah-masalah yang terjadi pada masa nifas, diantaranya:

- a. Kunjungan I (6 – 48 jam postpartum) Asuhan yang diberikan antara lain:
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,
 - 2) Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak terjadi tanda-tanda infeksi,

- 3) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (bounding attachment),
 - 4) Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI eksklusif).
- b. Kunjungan II (4 hari – 28 hari) Asuhan yang diberikan antara lain:
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal,
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal,
 - 3) Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit,
 - 5) Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan III (29 hari – 42 hari) Asuhan yang diberikan antara lain:
- 1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas,
 - 2) Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Kumalasari, 2015: 165).

E. Proses Masa Nifas

Menurut Saleha, (2009:2), secara garis besar terdapat 3 proses penting masa nifas, yaitu sebagai berikut:

1. Pengecilan rahim atau involusi Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Di antara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1.000 gram dan dapat diraba kira-kirasetinggi 2 jari di bawah umbilikus. Setelah satu minggu kemudian beratnyaberkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat di raba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini di anggapbahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.
2. Kekentalan darah (Homekonsentrasi) kembali normal Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar Hemoglobin

(Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normalnya sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya terlalu rendah, maka bisa jadi anemia atau kekurangan darah. Oleh karena itu, selama hamil ibu perlu di beri obat-obatan penambah darah, sehingga sel-sel darahnya bertambahkan konsentrasi darah atau hemoglobinnya normal atau tidak terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke 15 pasca persalinan.

3. Proses laktasi atau menyusui Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman.

F. Perubahan Fisiologis

Menurut Anggraini (2010) secara fisiologis, seorang wanita yang telah melahirkan akan perlahan-lahan kembali seperti semula. Alat reproduksi sendiri akan pulih setelah enam minggu. Pada kondisi ini, ibu dapat hamil kembali. Yang perlu diketahui ibu hamil, keluarnya menstruasi bukanlah pertanda kembalinya kesuburan, karena sebelum mens datang,

pada saat habis masa nifas, orang bisa saja hamil. Adapun perubahan-perubahan dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Perubahan Alat Reproduksi
2. Involusio Uterus

Involusio 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.

3. Serviks

Segera setelah post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Serviks mengalami involusio bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

4. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap kendur. Setelah 3 minggu akan kembali kepada keadaan tidak hamil, rugae berangsur-angsur muncul dan labia menjadi lebih menonjol.

5. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

6. Rahim

Setelah melahirkan rahim akan mengecil seperti sebelum hamil, rahim setelah melahirkan teraba keras setinggi 2 jari dibawah pusar, 2 pekan setelah melahirkan rahim sudah tak teraba, 6 pekan akan seperti semula. Akan tetapi biasanya perut ibu masih terlihat buncit dan muncul garis-garis putih atau coklat berkelok.

G. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan, dikarenakan waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Untuk mengatasi hal tersebut dapat diberikan makanan mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup (Anggraini, 2010).

H. Perubahan Tanda-tanda Vital

Sesudah partus suhu tubuh dapat naik sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari normal dan tidak melebihi 8°C . Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Denyut nadi umumnya labil dibandingkan dengan

suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum namun akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terjadi penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009).

I. Perawatan Kebutuhan Dasar Pada Masa Nifas

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Kebutuhan nutrisi pada masa menyusui meningkat 25 % yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya (Anggraini, 2010).

J. Fase – fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut:

1. Fase Taking In

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya.

Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa: kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bias menyusui bayinya dan kritikan suami dan keluarga tentang perawatan bayinya (Maritalia, 2014:31)

Periode ini berlangsung 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya (Sulistyawati, 2009:87-88).

2. Fase Taking Hold

- a) Fase ini berlangsung 2 – 4 hari postpartum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi ,tubuhnya BAB, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya mengendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut (Sulistyawati,2009:88).

3. Fase Letting Go

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini (Sulistyawati,2009:89).

K. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Ibu yang dalam masa nifas mempunyai kebutuhan yang khusus agar dapat melewati masa nifas dengan aman. Beberapa kebutuhan dasar yang diperlukan pada ibu masa nifas:

a) Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat – zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi (Maritalia, 2012:47)

Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai pemberian ASI eksklusif. Asupan kalori per hari ditingkatkan

sampai 2700 kalori, asupan cairan per hari ditingkatkan sampai 3000ml. Gizi ibu menyusui dibutuhkan untuk produksi ASI dan pemulihan kesehatan ibu. Kebutuhan gizi yang diperlukan, yaitu:

- a) Makanan dianjurkan seimbang antara jumlah dan mutunya
- b) Banyak minum, setiap hari harus minum lebih dari 6 gelas
- c) Makan makanan yang tidak merangsang, baik secara termis, mekanis, atau kimia untuk menjaga kelancaran pencernaan.
- d) Batasi makanan yang berbau keras
- e) Gunakan bahan makanan yang dapat merangsang produksi ASI, misalnya sayuran hijau.

(Bahiyatun, 2009:68).

b) Ambulasi

Pada persalinan normal, ibu tidak terpasang infuse dan kateter serta tanda – tanda vital berada dalam batas normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk ke kamar madni dengan dibantu, satu atau dua jam setelah melahirkan. Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap.

Terkait dengan mobilisasi, ibu sebaiknya memperhatikan hal – hal berikut:

- a) Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh. Apabila kondisi ibu dalam keadaan lemah atau penyakit jantung.

- b) Pastikan bahwa ibu bisa melakukan gerakan – gerakan tersebut diatas secara bertahap, jangan terburu – buru.
- c) Pemulihan pasca persalinan akan berlangsung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk system peredaran darah, pernafasan dan ot-rangka.
- d) Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan
(Martialia,2012:48-49)

c) Eliminasi

Pada kala IV persalinan pemantauan urin dilakukan selama 2 jam, setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada jam berikutnya. Pemantauan urin dilakukan untuk memastikan kandung kemih tetap kosong sehingga uterus dapat berkontraksi dengan baik.

Memasuki masa nifas, ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6-8 jam pertama. Pengeluaran urin masih tetap dipantau dan diharapkan setiap kali berkemih urin yang keluar minimal sekitar 150ml (Marliati, 2012:49)

d) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri selama masa nifas merupakan upaya untuk memelihara kebersihan tubuh dari pakaian, kebersihan dari ujung rambut sampai kaki. Tujuan melakukan personal hygiene, antara lain:

- a) Meningkatkan derajat kesehatan
- b) Mengurangi resiko infeksi
- c) Memberikan rasa nyaman
- d) Memperbaiki personal hygiene yang kurang

(Marliandiani, 2015:40)

e) Istirahat

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Secara teoritis, pola tidur akan kembali mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan (Maritalia, 2012:52)

f) Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasa waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada jaman dahulu karena luka yang ditimbulkan akibat persalinan, termasuk luka episiotomy dan luka bekas Sectio Caesarea (SC) biasanya telah sembuh dengan baik.

Tidak masalah melakukan hubungan seksual setelah selesai masa nifas 40 hari. Hormone prolaktin tidak akan membuat ibu kehilangan gairah seksual (Maritalia, 2012:54).

g) Senam Nifas

Senam nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas sebaiknya dilakukan 24 jam setelah persalinan, secara teratur setiap hari. Senam nifas yang dilakukan secara bertahap hari demi hari, akan membuahkan hasil yang maksimal.

Manfaat senam nifas, antara lain:

- a) Memperbaiki sirkulasi darah
- b) Memperbaiki sikap tubuh setelah kehamilan dan persalinan
- c) Memperbaiki tonus otot pelvis
- d) Memperbaiki regangan otot tungkai bawah
- e) Memperbaiki regangan otot abdomen setelah hamil dan melahirkan
- f) Mempercepat terjadinya involusi organ – organ reproduksi

(Maritalia, 2012:55-56).

2.1.4 Neonatus

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir diusia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan diluar uterus (Naomy, 2012).

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 kongenital (cacat bawaan) yang berat (Kumalasari, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Kristiyansari, 2009).

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke hidupan ektrauterin (Dewi, 2011).

B. Adaptasi Bayi Baru Lahir diluar Uterus

1. Adaptasi sistem pernafasan

Pernafasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia.

- a) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya perubahan dalam gradient tekanan).
- b) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu.
- c) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat afiksia sementara selama kelahiran.

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, bayi mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena terdorong kebagian perifer paru yang kemudian diabsorpsi. Karena terstimulasi oleh sensor kimia, suhu, dan mekanis, akhirnya bayi memulai aktivisasi napas untuk pertama kali. Tekanan intratoraks yang negatif disertai aktivitas napas yang pertama memungkinkan udara masuk kedalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus dan akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus bisa maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas (Jenny, 2013).

2. Adaptasi sistem sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini meniadakan suplai oksigen plasenta dan menyebabkan terjadinya reaksi dalam paru sebagai respon terhadap tarikan napas pertama. Setelah lahir, darah BBL harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi melalui tubuh guna menghantarkan oksigen keseluruhan jaringan. Agar sirkulasi baik, harus terjadi dua perubahan besar dalam kehidupan diluar rahim, yaitu penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan perubahan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi/meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang mengubah sistem pembuluh darah, yaitu sebagai berikut:

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah keatrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri.
- b) Pernapasan pertama mengurangi resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan sehingga

menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru.

Dalam beberapa saat, perubahan yang luar biasa terjadi pada jantung dan sirkulasi darah bayi baru lahir. Walaupun perubahan ini tidak selesai secara anatomis dalam beberapa minggu, penutupan fungsional foramen ovale dan duktus arteriosus terjadi setelah bayi lahir (Astuti, 2011).

3. Adaptasi suhu

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan cepat stress karena perubahan lingkungan dan bayi harus beradaptasi dengan suhu lingkungan yang cenderung dingin diluar. Sesaat sesudah lahir, bayi berada ditempat yang suhunya lebih rendah daripada dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Jika dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg/BB/menit, yaitu sebagai berikut:

(1) Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

(2) 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 diatas benda-benda tersebut.

c) Konveksi

Kehilangan panas tubuh pada saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, suhu ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, embusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

d) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi diletakkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) (Kumalasari, 2015).

C. Asuhan segera bayi baru lahir

Memberikan asuhan aman segera setelah bayi baru lahir merupakan bagian esensial dari asuhan pada bayi baru lahir seperti jaga bayi tetap hangat, isap lendir dari mulut dan hidung bayi (hanya jika perlu), keringkan, pemantauan tanda bahaya, klem dan potong tali pusat, IMD, beri suntikan vit K 1mg intramuskular, beri salep mata antibiotika pada kedua mata, pemeriksaan fisik, imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuskular (Kemenkes RI, 2015).

1) Pencegahan infeksi

- 2) Penilaian segera setelah lahir. Apakah bayi menangis kuat, bayi bergerak aktif, dan warna kulit.
- 3) Perlindungan termal (termoregulasi) upaya pencegahan kehilangan panas bayi.
- 4) Merawat tali pusat
- 5) Pemberian ASI
- 6) Pemberian vitamin K 1 mg intramuskuler
- 7) Pemberian imunisasi hepatitis B

D. Penanganan bayi baru lahir

- 1) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 menit), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya, bila bayi mengalami afiksia lakukan resusitasi.
- 2) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak dengan kulit ibu-bayi lakukan prnyuntikan oksitosin.
- 3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi dan memasang klem 2cm dari klem pertama.
- 4) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara klem.
- 5) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basag dan kering, menutupi bagian kepala bayi.
- 6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI. (Prawiohardjo, 2009).

E. Ciri - ciri Bayi Baru Lahir

- 1) Berat badan 2500 - 4000 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-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemes
- 10) Genetalia; Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek morrow atau bergerak memeluk bila di kagetkan sudah baik
- 13) Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan (Marmi, 2012:8-9).

F. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

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

- 1) Bayi Pematurn Yaitu bayi yang lahir kurang 37 minggu lengkap (< 259 hari), dengan berat badan antara 1000 – 2499 gram,
- 2) Bayi Matur Yaitu bayi yang lahir mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 hari sampai 293 hari), dengan berat antara 2500 – 4000 gram,
- 3) Bayi Postmatur Yaitu bayi yang lahir 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari) (Purnamasari, 2013: 11).

G. Nilai APGAR

Menurut Prawirohardjo (2010) nilai APGAR adalah suatu metode sederhana yang digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak, yang dinilai adalah frekuensi jantung (Heart rate), usaha nafas (respiratory effort), tonus otot (muscle tone), warna kulit (colour) dan reaksi terhadap rangsang (respon to stimuli) yaitu dengan memasukkan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan.

Tabel 2.3
Kriteria APGAR

	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2	Akronim
Warna Kulit	Seluruh badan biru atau pucat	Warna kulit tubuh normal merah muda, tetapi tangan dan kaki kebiruan	Warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda, tidak ada sianosis	Appearance
Denyut Jantung	Tidak ada	<100 kali atau menit	>100 kali atau menit	Pulse
Respon reflek	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Meringis atau menangis lemah ketika di stimulasi	Meringis atau bersin atau batuk saat stimulasi saluran nafas	Grimace
Tonus otot	Lemah atau tidak	Sedikit gerakan	Bergerak aktif	Activity
Pernafasan	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur	Respiration

Sumber: kosim, 2010:67

H. Tahapan bayi baru lahir

- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktifitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- 3) Tahap III disebut tahap priodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

I. Kunjungan Neonatus

Berikut merupakan jadwal dan pelayanan yang dilakukan saat kunjungan neonatal:

1) Kunjungan Neonatal Ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurung waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilakukan:

- a) Jaga kehangatan bayi.
- b) Anjurkan ASI eksklusif.
- c) Rawat tali pusat.

2) Kunjungan Neonatal Ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir.

- a) Jaga kehangatan bayi.
- b) Anjurkan ASI eksklusif.
- c) Cegah infeksi.
- d) Rawat tali pusat.

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

- a) Periksa ada/ tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.
- b) Lakukan:

(1) Jaga kesehatan tubuh.

(2) Beri ASI eksklusif.

(3) Rawat tali pusat (Walyani, 2014).

2.1.5 KB

A. Definisi KB

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryuni, 2016:539).

Pengertian kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah kehamilan, upaya ini dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen, penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas (Purwaningsih, 2010).

Pada hakekatnya KB bertujuan untuk mewujudkan keluarga dengan anak ideal, sehat, berpendidikan, sejahtera, berketahanan dan terpenuhi hak-hak reproduksinya. Secara garis besar dalam pelayanan kependudukan atau KB mencakup beberapa komponen yaitu: (1) komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), (2) konseling, (3) pelayanan kontrasepsi, (4) pelayanan infertilitas, (5) pendidikan seks, (6) konsultasi pra-perkawinan dan konsultasi perkawinan, (7) konsultasi *genetik*, (8) tes keganasan, dan (9) adopsi (Pinem, 2009).

B. Macam-macam kontrasepsi pascasalin

Kontrasepsi pascasalin dioptimalkan dalam waktu 42 hari pascapersalinan/ masa nifas. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval, dengan prinsip utama penggunaan yaitu tidak mengganggu proses laktasi (R.I, Kemenkes, 2015: 176).



Gambar 2.21
Macam-macam KB
Sumber: <https://www.acehimage//.com>

Beberapa metode kontrasepsi dapat digunakan oleh ibu pascasalin diantaranya:

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

c) Pengertian

Metode MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI). Metode MAL efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya (Saifuddin, 2010).

Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi untuk dapat menggunakan kontrasepsi ini yaitu:

- (1) Ibu belum mengalami haid lagi setelah pasca persalinan
- (2) Bayi disusui secara eksklusif dan sering, sepanjang siang dan malam.
- (3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan (WHO. 2013).

d) Cara kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormone yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormone gonadotropin melepas hormone penghambat (Kurnia, 2013: 162).

e) Keuntungan

- (1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
 - (2) Segera efektif.
 - (3) Tidak mengganggu senggama.
 - (4) Tidak ada efek samping secara sistematis.
 - (5) Tidak perlu pengawasan medis.
 - (6) Tidak perlu alat atau obat.
 - (7) Tanpa biaya.
- (Saifuddin, 2012:641).

d) Kerugian

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui segera dalam 30 mwnit pasca persalinan.
 - (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social.
 - (3) Tidak melindungi terhadap penyakit IMS termasuk virus hepatitis B/HIV dan HIV/AIDS.
- (Saifuddin, 2008:641).

e) Indikasi

- (1) Wanita yang menyusui secara eksklusif
- (2) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan
- (3) Ibu belum mendapatkan haid setelah melahirkan.

(Kurnia, 2013: 162).

f) Kontraindikasi

Beberapa kontraindikasi dari metode MAL yaitu:

- (1) Wanita pascasalin yang sudah mendapat haid,
- (2) Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif,
- (3) Wanita bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam,
- (4) Wanita yang menggunakan obat-obatan sejenis ergotamine, antimetabolisme, cyclosporine, obat radioaktif, antikoagulan, bromocriptine, dan obat penenang lainnya.

2) Kondom

a) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, terbentuk silinder, dengan muaranya tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Saifuddin, 2013: MK-17).



Gambar 2.22
Kondom

Sumber: <https://ridwanaz.com/wp-content/uploads/2012/05/.jpg>

b) Cara kerja

- (1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang penis.
- (2) Mencegah penularan mikroorganism (IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (Dewi, 2013: 174).

c) Keuntungan

- (1) Dapat mencegah penularan penyakit menular seksual dan konsekuensinya, seperti: kanker serviks.
- (2) Tidak ada efek samping hormonal dan mudah didapat
- (3) Dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan (backup) sebelum menggunakan metode lain. Kekurangan dari metode ini yaitu keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaanya, sehingga harus disiapkan sebaik mungkin sebelum berhubungan seksual. Selain itu dampak lain yang

ditimbulkan dari pemakaian kondom yaitu dapat memicu reaksi alergi pada orang-orang dengan alergi lateks.

d) Kerugian

Efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Saifuddin, 2013: MK-19). Sedangkan menurut Maryunani (2016:550), kondom mengganggu kenyamanan bersenggama, harus selalu ada persediaan, dapat sobek bila tergesa-gesa, efek lecet, karena kurang licin.

3) Kontrasepsi Hormonal

a) Suntikan progestin

(1) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormone progesterone yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik (Koes, 2012:116).



Gambar 2.23
KB suntik

Sumber: <http://www.tunggal-pharma.com/id/ e.2012>

(2) Jenis kontrasepsi hormonal

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

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

(3) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010:41), cara kerja dari suntikan progestin adalah:

- a) Mencegah ovulasi.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(4) Efektivitas

Kedua kontrasepsi tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Saifuddin, 2012).

(5) Keuntungan

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan seksual.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h) Dapat digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai menopause.
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian penyakit jinak payudara, mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan krisis anemia bulan sabit (Sickle cell) (Saifuddin, 2012:416).

(6) Kerugian

- a) Mengalami gangguan haid, seperti: siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau bercak (spotting), tidak haid sama sekali.

- b) Klien sangat bergantung pada tempat pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- c) Tidak dapat diberhentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping yang paling sering.
- e) Tidak menjamin terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis virus B, atau infeksi virus HIV.
- f) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadi kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- g) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- h) Pada penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat (Manuaba dkk, 2010: 601).

4) Pil Progestin

a) Pengertian

Menurut Lusa (2010), Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Pil mini atau

pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet.

Beberapa jenis pil mini yang disarankan yaitu:

- (1) Pil dalam kemasan dengan isi 28 pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel.
- (2) Pil dalam kemasan dengan isi 35 pil mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron.
- (3) Contoh mini pil antara lain: Micrinor, NOR-QD, noriday, norod mengandung 0,35 mg noretindron. Ada juga microval, noregeston, microlut mengandung 0,03 mg levonogestrol.



Gambar 2.24

KB Pil

Sumber:

<http://palembang.tribunnews.com/2018/05/01/>.

b) Cara kerja

Cara kerja pil progestin menurut Manuaba dkk (2010:599) adalah:

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium.

- 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.

c) Keuntungan

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 3) Tidak mempengaruhi ASI
- 4) Kesuburan cepat kembali
- 5) Nyaman dan mudah digunakan
- 6) Sedikit efek samping
- 7) Dapat dihentikan setiap saat
- 8) Tidak mengandung estrogen (Dewi, 2013: 183).

d) Kerugian

- 1) Hampir 30-60% mengalami gangguan menstruasi (perdarahan sela, spotting, amenore)
- 2) Peningkatan berat badan
- 3) Dipengaruhi oleh aktivitas androgenic Levonorgestrel yang menyebabkan peningkatan nafsu makan bagi pengguna mini pil

- 4) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama (sebaiknya malam hari)
 - 5) Perubahan pada mucus serviks agar dapat memberikan efek membutuhkan waktu 2-4 jam, impermeabilitas menurun pada 22 jam setelah pemberian dan setelah 24 jam, penetrasi sperma benar-benar tidak dipengaruhi, sehingga bila lupa satu pil kegagalan menjadi besar.
 - 6) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis, dan jerawat.
 - 7) Aktivitas Levonorgestrel menurunkan kadar globulin pengikat hormone seks di dalam sirkulasi
 - 8) Resiko kehamilan ektopik tinggi (4 dari 100 kehamilan)
 - 9) Perubahan dalam motilitas tuba menyebabkan implantasi ektopik lebih besar
 - 10) Tidak melindungi dari PMS
 - 11) Wanita yang berisiko terhadap PMS, sebaiknya menggunakan metode perintang sebagai proteksi dirinya
(Hidayati, 2009: 15-16).
- e) Indikasi
- 1) Wanita usia reproduksi,
 - 2) Wanita yang telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak
 - 3) Wanita pasca persalinan dan tidak menyusui.

4) Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui, pasca keguguran.

5) Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg atau dengan masalah pembekuan darah.

f) Kontraindikasi

1) Hamil atau diduga hamil

2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

4) Menggunakan obat tuberculosi (rifamd) Menggunakan obat tuberculosi (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat)

5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

6) Sering lupa menggunakan pil

7) Mioma uterus

8) Riwayat stroke (Kurnia, 2013: 184-185).

5) Alat kontrasepsi bawah kulit (Implant)

a) Pengertian

Implant adalah suatu alat kontrasepsi modern yang terdiri dari berbagai macam, tetapi di indonesia yang paling sering digunakan adalah jenis Jedana. Jedana merupakan salah satu jenis kontrasepsi terdiri atas 2 batang kapsul silastik, yang mengandung 75 Levonorgestrel. Lokasi pemasangan dibagian dalam lengan atas melalui suatu tindakan operasi kecil. Khasiat kontrasepsi ini timbul

beberapa jam setelah insersi, sedangkan tingkat kesuburan atau fertilitas akan kembali segera setelah pencabutan implant (Hidayati, 2009:88).



Gambar 2.25
KB Implant

Sumber: <http://herwinada.blogspot.com/2014/04/.html>

b) Cara kerja

Implant bekerja dengan cara mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, pergerakan sperma terhambat karena lendir serviks yang mengental, dan menekan ovulasi. Waktu pemasangan implan yang optimal yaitu:

- (1) Selama haid (7 hari sampai siklus haid),
- (2) Pascapersalinan antara 3-4 minggu, bila tidak menyusukan bayinya,

- (3) Ibu yang sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (> 6 minggu pascapersalinan dan sebelum enam bulan pascapersalinan),
 - (4) Pascakeguguran (segera atau dalam 7 hari pertama)
- (Kumalasari, 2015: 279-280).

c) Jenis-jenis Implant

Beberapa jenis implan yang dipakai menurut Kumalasari (2015), yaitu:

- (1) Norplant Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm, yang isinya 36 mg levonorgestel dengan lama kerjanya 5 tahun.
- (2) Implanon Terdiri dari 1 batang putih telur yang berisi progestin yang dimasukkan kedalam inserter steril dan sekali pakai (disposable), panjangnya 40 mm berdiameter 2 mm yang isinya inti Ethylene Vinyl Acetate (EVA) mengandung 68 mg 3-keto-desogestrel, dengan lama kerja sampai 3 tahun.
- (3) Jadena & Inoplant Terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun.
- (4) Uniplant Terdiri dari satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, mengandung 38 mg nomegestrol asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 mg perhari dengan lama kerja 1 tahun.
- (5) Capronor Terdiri dari 1 kapsul biodegradabel (yang melepaskan hormon bersama zat-zat pengangkut didalam

jaringan tubuh). Berdiameter 0,24 cm yang terdiri atas 2,5 cm mengandung 16 mg levonorgestrel ukuran panjang, dan kapsul panjang ukuran 4 cm mengandung 26 mg levonorgestrel. Lama kerja antara 12 – 18 bulan.

d) Indikasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- (3) Ibu menyusui
- (4) Pascakeguguran
- (5) Pascapersalinan
- (6) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode steril (vasektomi atau tubektomi)
- (7) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen
- (8) Sering lupa mengonsumsi pil (Hidayati, 2009: 67-68).

e) Kontraindikasi

- (1) Hamil atau diduga hamil
- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (4) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi
- (5) Diabetes mellitus (Hidayati, 2009: 68).

f) Efek samping

- (1) Amenore
- (2) Perdarahan bercak/spotting ringan

- (3) Ekspulsi
- (4) Infeksi pada daerah insersi
- (5) Berat badan naik/turun (Kurnia, 2013: 191).

g) Pemasangan

- (1) Pastikan klien mencuci dan membilas lengan atas hingga bersih. periksa kembali tidak ada sisa sabun karena dapat menurunkan efektivitas antiseptic tertentu.
- (2) Lapsi tempat penyangga lengan atau meja dengan kain bersih.
- (3) Persilahkan klien berbaring dengan lengan atas telah disiapkan, ditempatkan di atas meja penyangga, lengan atas membentuk sudut 30^0 terhadap bahu dan sendir siku 90^0 untuk memudahkan petugas melakukan pemasangan.
- (4) Tentukan tempat pemasanga yang optimal 8 cm (3 inci) di atas lipatan siku dan reka posisi kapsul dibawah kulit (subdermal).
- (5) Siapkan tempat peralatan dan bahan serta buka bungkus steril tanpa menyentuh peralatan yang ada didalamnya untuk implant-2 plus, kapsul sudah berada dibawah trokar.
- (6) Buka dengan hati-hati kemasan steril. Norplant dengan menarik kedua lapisan pembungkusnya dan jatuhkan seluruh kapsul ke dalam mangkok steril. Untuk Implan-2 plus kapsul sudah berada ditrokar.
- (7) Lakukan anastesi lokal; intrakutan dan subdermal.

- (8) Pegang scalpel dengan sudut 45° , buat insisi dangkal hanya untuk sekedar menembus kulit.
- (9) Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas. Tanda 1 dekat dengan pangkal menunjukkan batas masuknya trokar sebelum memasukan setiap kapsul. Tanda 2 dekat ujung menunjukkan batas pencabutan trokar setelah memasang setiap kapsul.
- (10) Dengan trokar dimana posisi angka (implant-2) dan panah (Implan-2 plus) menghadap ke atas masukan ujung trokar pada luka insisi dengan posisi 45° (saat memasukkan ujung trokar) kemudian turunkan menjadi 30° saat memasuki lapisan subdermal dan sejajar permukaan kulit saat mendorong hingga tanda 1 (3-5 mm dari pangkal trokar).
- (11) Untuk meletakkan kapsul tepat di bawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat. Masukan trokar perlahan-lahan dan hati-hati kearah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Masuknya trokar akan lancer bila berada tepat dibawah kulit.
- (12) Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar. untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukan (posisi panah disebelah atas) stelah tanda 1 tercapai dan diputar 180° searah jarum jam hingga terbebas dari tahanan karena

ujung pendorong memasuki alur kapsul yang ada didalam saluran trokar.

(13) Masukkan kapsul pertama kedalam trokar, Gunakan pinset atau klem untuk mengambil kapsul dan memasukan ke dalam trokar. Lekatakan satu tangan dibawah kapsul untuk menangkap bila kapsul tersebut jatuh. Langkah ini tidak dilakukan pada implant-2 plus karena kapsul sudah didalam trokar.

(14) Dorong kapsul sampai seluruhnya masuk kedalam trokar dan masukan kembali pendorong.

(15) Gunakan pendorong untuk mendorong kapsul kearah ujung trokar sampai terasa ada tahanan (jika setengah bagian pendorong masuk kedalam trokar). Untuk implant -2 plus setelah pendorong masuk jalur kapsul maka dorong kapsul hingga terasa tahanan.

(16) Tahan pendorong ditempatnya kemudian tarik trokar dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk mendekati pangkal pendorong sampai tanda 2 muncul diluka insisi dan pangkalnya menyentuh pegangan pendorong. Untuk implan-2 plus pangkal trokar tidak akan mencapai pangkal pendorong (tertahan ditengah) karena terhalang oleh ujung pendorong.

(17) Saat pangkal pendorong trokar menyentuh pegangan pendorong tanda 2 harus terlihat ditepi luka insisi dan kapsul saat itu kelua dari trokar tepat berada dibawah kulit. Raba ujung

kapsul saat itu keluar dengan jari untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.

(18) Tanpa mengeluarkan seluruh trokar, putar ujung dari trokar kearah lateral kanan dan kembalikan lagi ke posisi semula untuk memastikan kapsul pertama bebas. Selanjutnya geser trokar sekitar 30^0 , mengikuti pola huruf V pada lengan (fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk) dan masukan kembali trokar mengikuti alur V sampai tanda 1. Bila tanda 1 sudah tercapai, masukan kapsul berikutnya kedalam trokar dan lakukan langkah sebelumnya sampai seluruh kapsul terpasang. untuk implan-2 plus, kapsul kedua ditempatkan setelah trokar didorong kembali mengikuti kaki V sebelahnya hingga tanda 1, kemudian pendorong diputar 180^0 berlawanan dengan arah jarum jam hingga ujungnya mencapai pangkal kapsul kedua dan trokar ditarik kembali kearah pangkal pendorong.

(19) Pada pemasangan kapsul berikutnya, untuk mengurangi risiko infeksi atau ekspulsi, pastikan bahwa ujung kapsul yang terdekat kurang lebih 5 mm dari tepi luka insisi. juga pastikan jarak antara ujung setiap kapsul yang terdekat dengan tepi luka insisi (dasar huruf V) tidak lebih lebar dari kapsul 1

(20) Saat memasang kedua kapsul satu demi satu, jangan mencabut trokar dari luka insisi untuk mengurangi trauma

jaringan, minimalisasi infeksi dan mempersingkat waktu pemasangan

(21) Sebelum mencabut trokar, raba kapsul untuk memastikan kedua kapsul telah terpasang.

(22) Patikan ujung kedua kapsul harus cukup jauh dari luka insisi, harus dicabut dengan hati-hati dan dipasang kembali ditempat yang tepat.

(23) Setelah kedua kapsul terpasang dan posisi setiap kapsul sudah dipastikan tekan trokar pelan-pelan. Tekan tempat insisi dengan jari menggunakan kasa selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan. Bersihkan tempat pemasangan dengan kasa steril.

(24) Temukan tepi insisi dan gunakan *band aid* atau plester dengan masa steril untuk menutup luka insisi. Luka insisi tidak perlu dijahit karena dapat menimbulkan jaringan parut.

(25) Periksa adanya perdarahan. Tutup daerah pemasangan dengan pembalut untuk hemostatis dan mengurangi memar (perdarahan subkutan).

(26) Sebelum melepas sarung tangan masukan alat-alat ke wadah yang berisi larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi. Dekontaminasi juga jarum dan alat suntik, pendorong dan trokar.

- (27) Kain penutup (bila digunakan) harus dicucui sebelum dipakai lagi. Truh didalam container yang kering dan tertutup kemudian bawa ke tempat cucian
- (28) Dengan masih memakai sarung tangan, buang bahan-bahan terkontaminasi (kasa, kapas, dan lain-lain) dalam container yang anti bocor dan diberi tanda, atau dalam kantong plastic.
- (29) Bila menggunakan sarung tangan sekali pakai, celupkan sebentar sarung tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik kedalam larutan klorin, kemudian lepaskan sarung tangan secara terbalik dan masukan ke tempat sampah.
- (30) Bila menggunakan sarung tangan pakai ulang, celupkan sebentar sarung tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin, lepaskan secara terbalik dan masukan ke dalam larutan klorin 0,5% (rendam selama 10 menit).
- (31) Cuci tangan segera dengan sabun dan air.
- (32) Buat catatan rekam medic pada tempat pemasangan kapsul dan kejadian tidak umum yang mungkin terjadi selama pemasangan (Gambarkan lokasi pemasangan kapsul pada lengan atas klien)
- (33) Amati klien selama 15 sampai 20 menit untuk kemungkinan perdarahan dari luka insisi atau efek lain sebelum

memulangkan klien. Beri petunjuk untuk perawatan luka insisi setelah pemasangan, kalau bisa diberikan secara tertulis.

h) Pencabutan

- (1) Persilahkan klien mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air yang mengalir, serta membilasnya hingga bersih.
- (2) Beri alas bersih di tempat tidur klien (dan penyangga lengan atau meja samping bila digunakan), dengan kain bersih yang kering.
- (3) Persilahkan klien berbaring dengan lengan atas yang ada kapsul implant-2 diletakan pada lengan penyangga atau meja samping.
- (4) Raba kedua kapsul untuk memastikan lokasinya. untuk menentukan tempat insisi
- (5) Pastikan posisi dari setiap kapsul dengan membuat tanda pada kedua ujung setiap kapsul dengan menggunakan spidol.
- (6) Siapkan tempat alat-alat dan buka bungkus steril tanpa menyentuh alat-alat didalamnya.
- (7) Cuci tangan dengan sabun dan air, keringkan dengan kain bersih.
- (8) Pakai sarung tangan steril atau DTT (ganti sarung tangan untuk setiap klien guna mencegah kontaminasi silang).
- (9) Atur alat dan bahan-bahan sehingga mudah dicapai.

- (10) Oleskan larutan antiseptik pada area kapsul dan sekitarnya.
Oleskan dengan gerakan melingkar atas bawah 3-5 inci.
- (11) Fokuskan area pencabutan dengan kertas atau kain (*doek*) berlubang yang steril. Lubang harus cukup lebar untuk memaparkan lokasi kapsul. Beri alas steril pada lengan atas bagian bawah(dorsal)
- (12) Sekali lagi raba seluruh kapsul untuk menentukan lokasinya.
- (13) Lakukan anestesi intrakutan pada tempat insisi, kemudian deositkan 0,3 ml lautan anestesi sehingga timbul gelembung kecil pada kulit. Masukkan jarum secara hati-hati ke subdermal di bawah ujung kapsul (1 cm), depositkan anastes i(kira-kira 0,5 ml) untuk mengangkat ujung kapsul.
- (14) Tentukan lokasi insisi yang mempunyai jawak sama dengan ujung bawah semua kapsul (dekat siku), kira-kira 5 mm dari ujung bawah kapsul. Bila jarak tersebut sama maka insisi dibuat pada tempat insisi waktu pemasangan. sebelum menentukan lokasinya, pastikan tidak ada ujung kapsul tempat insisi (untuk mencegah terpotongnya kapsul saat mekalukan insisi).
- (15) Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi melintang (tranversal) yang kecil lebih kurang 4 mm dengan menggunakan skaipel. Jangan membuat insisi yang besar.

(16) Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar atau yang terdekat tempat insisi.

(17) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak pada luka insisi.

(18) Saat ujung kapsul tampak pada luka insisi, masukan klem lengkung (*mosquito* atau *crile*) dengan lengkungan klem mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan ujung klem tersebut.

(19) Membebaskan kapsul dari jaringan ikat yang melingkarinya, dapat dilakukan dengan jalan mengosok-gosokan kasa steril atau menorehkan belakang bisturi/scalpel pada ujung kapsul. Pastikan ujung kapsul bebas dari jaringan ikat sehingga dapat dijepit dengan pinset atau *pean*.

(20) Jepit ujung kapsul yang terbebas dari jaringan ikat menggunakan klem *pean* atau pinset anatomis sambil mendorong jepitan klem pertama pada batang kapsul.

(21) Jepit kapsul bebas jaringan ikat dengan klem kedua.

(22) Melepaskan klem (pertama) penjepit kapsul.

(23) Pilih kapsul berikutnya yang tampak paling mudah dicabut.

Gunakan teknik yang sama untuk mencabut kapsul berikutnya.

(24) Tunjukkan kedua kapsul tersebut pada klien. Hal ini sangat penting untuk meyakinkan klien (bila klien ingin meneruskan pemakaian implant-2)

PEMASANGAN SETELAH PENCABUTAN IMPLAN

- (25) bila klien ingin meneruskan memakai implant 2, maka satu set kapsul yang baru dapat segera setelah selesai pencabutan.

TINDAKAN SETELAH PENCABUTAN

- (26) Menutup luka insisi bila klien tidak ingin melanjutkan pemakaian implant 2, bersihkan tempat insisi dan sekitarnya dengan menggunakan kasa berantiseptik. rapatkan tepi luka insisi selama 10 menit sampai 15 detik, kemudian dilanjutkan dengan membalut luka insisi.
- (27) tutup luka insisi dengan band-aid/ kasa steril dan plester. luka insisi tidak perlu dijahit. karena kemungkinan dapat menimbulkan jaringan parut. periksa kemungkinan adanya perdarahan.
- (28) sebelum melepaskan sarung tangan masukkan peraatan pakai ujung kedalam larutan klorin 0,5%. rendam selama 10 menit kemudian segera bilas dengan air bersih untuk mencegah terjadinya karat pada alat-alat logam.
- (29) bila menggunakan kain penutup harus dicuci digunakan kembali masukkan kain penutup kedalam container yang berpenutup adah anti bocor
- (30) bila menggunakan sarung tangan sekali pakai, sebelum melepaskan sarung tangan, celupkan tangan kedalam larutan

klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan buang ke tempat sampah.

(31) Bila menggunakan sarung tangan pakai ulang, sebeum melepaskan tangan ke dalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik, dan masukkan kedalam larutan klorin 0,5 selama 10 menit.

(32) Cuci tangan dengan sabun

(33) Semua sampah yang dibuang harus dibakar atau ditanam.

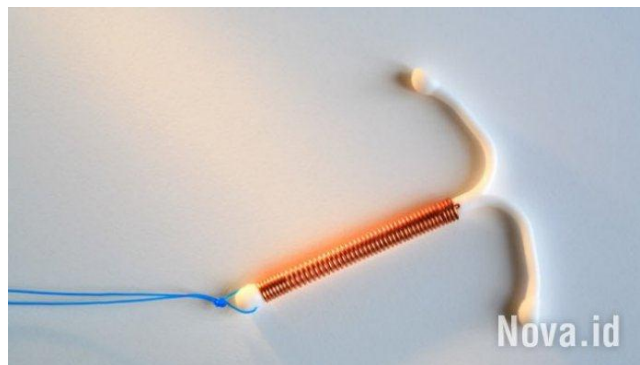
6) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD)

1) Pengertian

AKDR/IUD (Intra Uteri Device) adalah salah satu 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: 29).

2) Jenis-jenis IUD

AKDR CuT-380A kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana (Saifuddin, 2010).



Gambar 2.26
KB IUD

Sumber: <http://lampung.tribunnews.com/2017/03/17/>.

3) Cara kerja

- 1) Menghemat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- 2) Mempengaruhi fertilitas 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 fertilitas
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Kurnia, 2013: 194).

d) Keuntungan

- 1) sebagai kontrasepsi efektivitasnya tinggi.
- 2) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama.
- 3) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 4) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.

5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi, dll) (Saifuddin, 2010).

e) Kerugian

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- 2) Haid lebih lama dan banyak.
- 3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
- 4) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 5) Klien tidak bisa melepas AKDR sendiri.
- 6) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR.

(Saifuddin, 2010).

f) Pemasangan

- 1) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersiapkan klien mengajukan pertanyaan.
- 2) Sampaikan pada klien kemungkinan timbul rasa nyeri saat pemasangan dan petugas akan menjelaskan kembali hal tersebut saat pemasangan.
- 3) Pastikan klien telah mengkosongkan kandung kemihnya.
- 4) Periksa genetalia ekstrena.
- 5) Lakukan pemeriksaan inspekulo.
- 6) Lakukan pemeriksaan panggul.
- 7) Lakukan pemeriksaan mikroskopis (bila tersedia dan ada indikasi).

- 8) Masukkan lengan AKDR Copper T 380A didalam kemasangan sterilnya.
 - 9) Masukkan speculum danusap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik.
 - 10) Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks.
 - 11) Masukkan sonde uterus.
 - 12) Pasang AKDR Copper T 380A.
 - 13) Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan.
 - 14) Bersihkan permukaan meja peralatan, ranjang ginekologi yang terkontaminasi dengan larutan klorin 0,5%.
 - 15) Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai.
 - 16) Anjurkan pada klien bagaimana memeriksa benang AKDR (dengan menggunakan model bila tersedia).
 - 17) Minta klien menunggu diklinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR (Affandi, 2014).
- g) Pencabutan
- 1) Menjelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk bertanya.
 - 2) Masukkan speculum untuk melihat serviks dan benang AKDR.
 - 3) Mengusap serviks dan vagina dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali.

- 4) Memberitahukan klien sekarang akan dilakukan pencabutan.
Meminta klien untuk tenang dan memberitahukan mungkin timbul rasa nyeri tetapi itu normal.
 - 5) Lakukan pencabutan AKDR
 - 6) Jepit benang didekat serviks menggunakan klem lurus/klem ovum DTT/steril. Tarik benang pelan-pelan (tidak boleh menarik dengan kuat) sampai AKDR keluar.
 - 7) Pasang AKDR yang baru bila klien menginginkan dan kondisinya memungkinkan
 - 8) Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan.
 - 9) Bersihkan permukaan meja peralatan, ranjang ginekologi yang terkontaminasi dengan larutan klorin 0,5%
 - 10) Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai (Affandi, 2014).
- h) Indikasi
- 1) Usia reproduktif.
 - 2) Keadaan nulipara (yang belum mempunyai anak).
 - 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
 - 4) Ibu yang sedang menyusui.
 - 5) Setelah mengalami keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi.
 - 6) Risiko rendah IMS.

- 7) Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal (Mulyani dkk, 2013:105).

i) Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi).
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitas, servisititis).
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas.
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic.
- 8) Kanker alat genital.
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 3 cm (Saifuddin, 2014: MK-83).

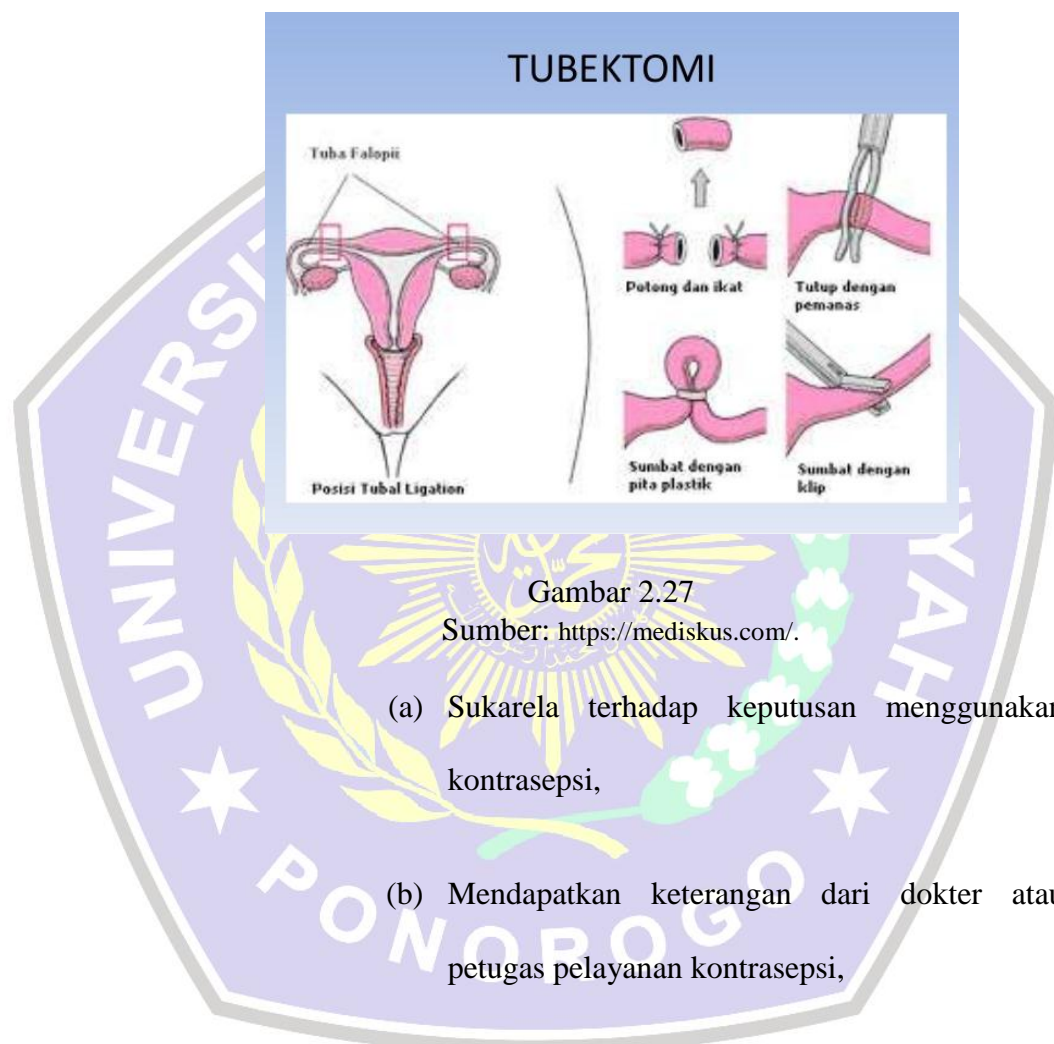
7) Metode Kontrasepsi Mantap

a) Tubektomi (MOW)

(1) Pengertian

Tubektomi (MOW/ Metode Operasi Wanita) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba fallopi

(mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (BKKBN, 2011). Adapun syarat-syarat menjadi akseptor (pengguna) tubektomi adalah berikut:



Gambar 2.27

Sumber: <https://mediskus.com/>.

- (a) Sukarela terhadap keputusan menggunakan kontrasepsi,
- (b) Mendapatkan keterangan dari dokter atau petugas pelayanan kontrasepsi,
- (c) Pasangannya harus memberikan persetujuan secara tertulis.

(2) Waktu penggunaan

- (a) Idealnya dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan,
- (b) Dapat dilakukan segera setelah persalinan/ setelah operasi caesar,
- (c) Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, dapat ditunda 4-6 minggu.

(3) Cara kerja

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong/memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Dewi, 2013: 197).

(4) kelebihan

- (a) Tidak mengganggu ASI.
- (b) Jarang ada keluhan samping.
- (c) Angka kegagalan hampir tidak ada, efektivitas mencapai 99,5 %.
- (d) Tidak mengganggu gairah seksual, dan tidak ada perubahan fungsi seksual lainnya (Saifuddin, 2008: 42).

(5) Kerugian

- (a) Tindakan operatif, seringkali menakutkan

(b) Definitive, kesuburan tidak dapat kembali lagi

(c) Komplikasi yang ditimbulkan bisa serius (Saifuddin, 2008: 42).

(6) Indikasi

(a) Usia > 26 tahun.

(b) Paritas > 2.

(c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.

(d) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.

(e) Pascapersalinan.

(f) Pascakeguguran.

(g) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Saifuddin, 2010: 51).

(7) Kontraindikasi

(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.

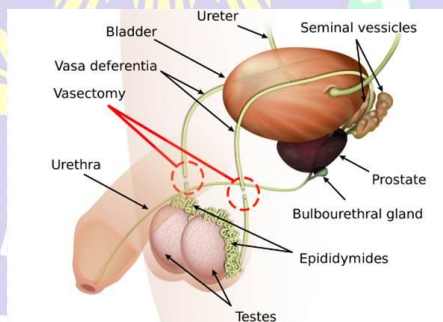
(e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.

(f) Belum memberikan persetujuan tertulis (Marmi, 2016: 300).

b) Vasektomi (MOP)

(1) Pengertian

Cara kerja dengan mengoklusi tub falopi (mengikat/memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Saifuddin, 2010).



Gambar 2.28

Vasektomi

Sumber: <https://mediskus.com/>

(2) Cara kerja

Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilitas tidak terjadi (Dewi, 2013: 199).

(3) Efektifitas

(a) Angka kegagalan 0-2,2%, umumnya

(b) Kegagalan kontak, umumnya disebabkan oleh:

- 1) Senggama yang tidak terlindung sebelum semen/ejakulat bebas sama sekali dari spermatozoa
- 2) Rekanalisasi spontan dari vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa
- 3) Pemoangan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi
- 4) Jarang : duplikasi congenital dari vas deferens (Saifuddin, 2010: 57)

(4) Indikasi

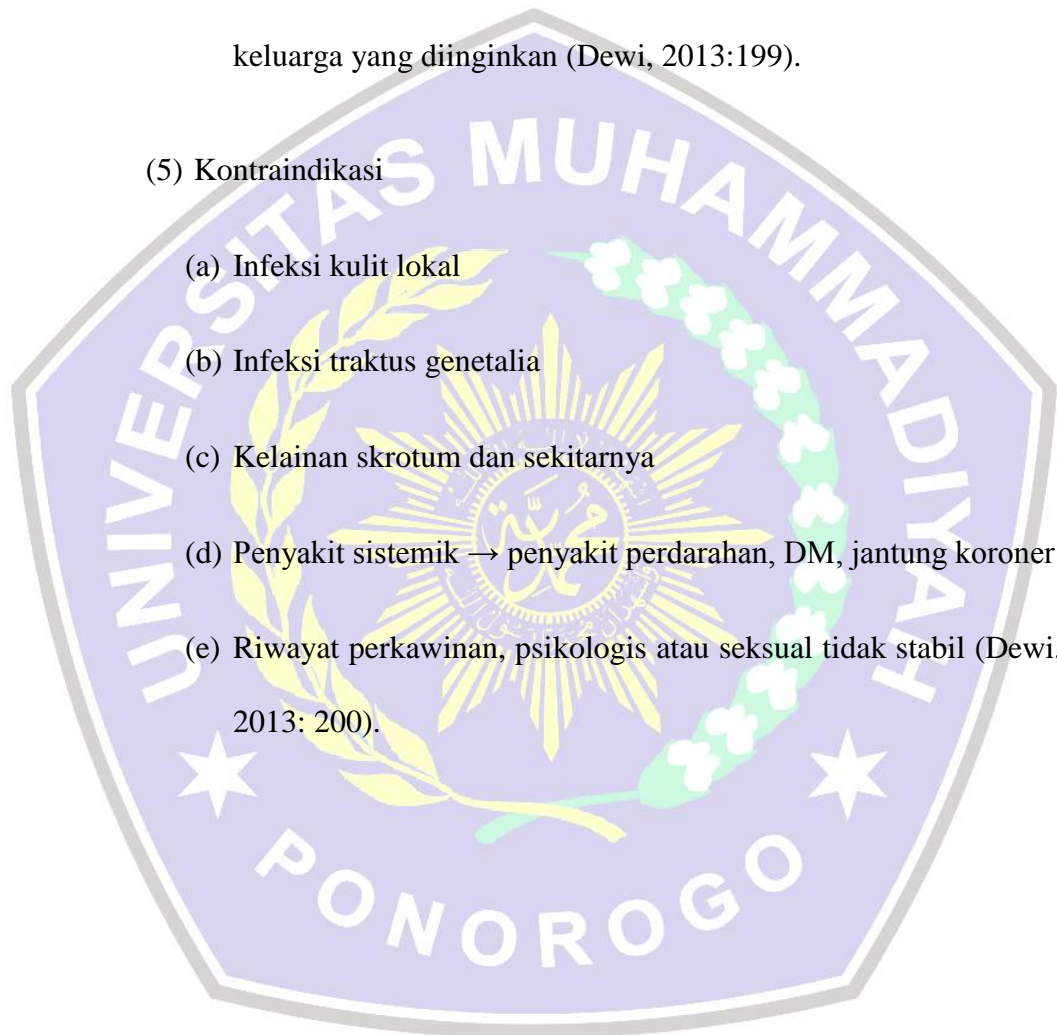
(a) Pria usia reproduktif <50 tahun.

(b) Yang menginginkan metode secara efektif.

- (c) Istri yang bermasalah usia, paritas atau mungkin akan menimbulkan resiko.
- (d) Yang memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut.
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan (Dewi, 2013:199).

(5) Kontraindikasi

- (a) Infeksi kulit lokal
- (b) Infeksi traktus genetalia
- (c) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (d) Penyakit sistemik → penyakit perdarahan, DM, jantung koroner
- (e) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil (Dewi, 2013: 200).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

Konsep dasar asuhan kebidanan pada Kehamilan Trimester III adalah sebagai berikut:

A. Data Subjektif

1. biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas yang asli dari pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan nomor telpon dan alamat yang berbeda (Manuaba,2012 : 173).

b) Umur

Untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan yang berisiko karena usianya atau tidak. Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011 : 231).

c) Agama

Untuk menentukan asuhan kebidanan dalam memberikan dukungan spiritual terhadap pasien pada saat sebelum dan saat persalinan,

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) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011 : 155). Selain itu, data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Walyani, 2015 : 119).

f) Alamat

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

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan kehamilannya karena ingin mnegetahui tentang terjadinya kehamilan, ingin menggugurkan kehamilan karena alasan khusus, terjadinya penyulit kehamilan muda yang meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, dan sakit pada perut, keluhan kehamilan tua yang

mungkin disertai perdarahan, mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit (Manuaba dkk, 2009 : 2).

3. Riwayat Kesehatan

Menurut Manuaba (2010:333-346) penyakit yang menyertai dan mempengaruhi kehamilan adalah sebagai berikut:

a) Penyakit Jantung

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

b) Diabetes Melitus

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

c) Infeksi ginjal dan saluran kemih

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

d) Anemia

Pengaruh anemia pada kehamilan adalah dapat terjadi abortus, persalinan prematur, hambatan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, mudah menjadi infeksi, ancaman dekompensasi kardis ($Hb < 6gr\%$), molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini (KPD).

e) Penyakit Paru

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

f) Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran O_2 dan CO_2 di dalam rahim.

g) Hepatitis Infeksiosa

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

terganggu atau berkurang. Oleh karena itu, pengaruh infeksi hati terhadap kehamilan dalam bentuk keguguran atau persalinan prematur dan kematian janin dalam rahim.

h) TORCH

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

i) Sifilis

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

j) HIV/AIDS

Transmisi vertikal 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, 2008 : 556-557).

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama

jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser, 2009 : 254).

5. Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

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

b) Kehamilan yang lalu

Riwayat perdarahan pada kehamilan dan jumlah hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya.

c) Persalinan yang lalu

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu Passage (jalan lahir), Passenger (janin), Power (tenaga ibu/his/kontraksi), Psikis ibu dan Penolong (Mochtar, 2012 : 58).

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah besar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung

dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011 : 125).

d) Nifas yang lalu

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

e) Keluarga Berencana

Kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenorea Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (minipil), implan, dan AKDR (IUD) (Saifuddin, 2008 :MK 1-MK 74). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Komseling tentang Keleuarga Berencana atau meyode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuham antenatal maupun pasca salin (Saifuddin, 2008 :51).

Menurut Saifuddin (2010 : 476), pemakai IUD dimana proses peradangan dapat timbul pada endometrium dan endosalping dapat menyebabkan kehamilan ektopik. Pada akseptor pil KB

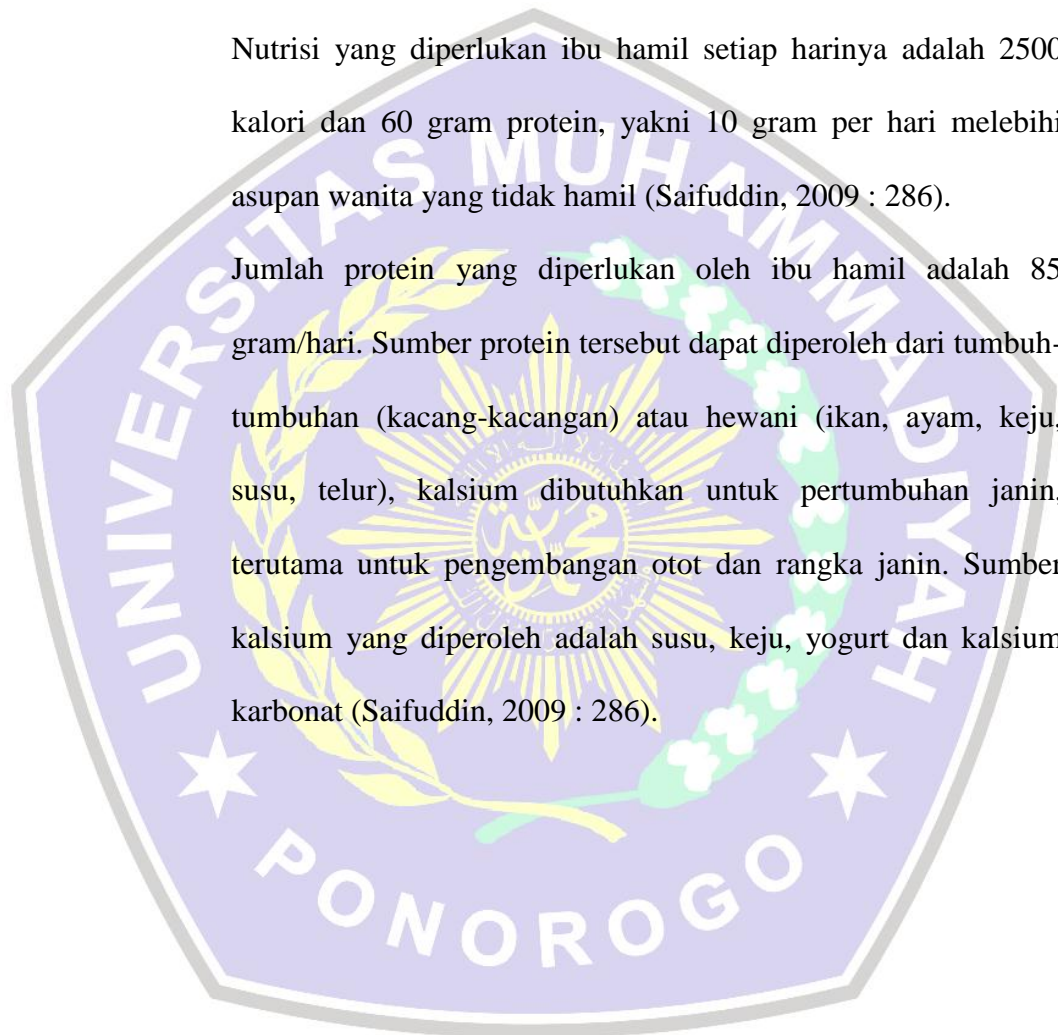
yang hanya mengandung progesteron dapat mengakibatkan gerakan tubga melambat. Apabila terjadi pembuahan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik.

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).

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram/hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur), kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama untuk pengembangan otot dan rangka janin. Sumber kalsium yang diperoleh adalah susu, keju, yogurt dan kalsium karbonat (Saifuddin, 2009 : 286).



Tabel 2.4
Nutrisi Pada Ibu Hamil

Bahan makanan	Kebutuhan Dalam Sehari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi= $\frac{3}{4}$ gelas)	100g= 175kkal
Sayur	6 porsi (sayur 1 porsi= 1 gelas)	100g= 25 kkal
Buah	4 porsi (buah 1 porsi= 1 buah pisang ambon)	50g= 50 kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi= 2 potong tempe sedang)	50g= 50 kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi= 1 potong daging sedang)	35g- 50 kkal
Susu	1 porsi (susu 1 porsi= 1 gelas susu)	20g= 50 kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi= 1 sendok teh minyak)	5g= 50 kkal
Gula	2 porsi (gula 1 porsi= 1 sendok makan gula)	20g= 50kkal

Sumber: Permenkes RI No.41.2014 : 89.

b) Eliminasi

Pada akhir kehamilan, ibu akan sering berkemih karena kandung kemih akan tertekan oleh uterus akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul (Saifuddin, 2011 : 185).

c) Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan ibu hamil adalah $\pm 6-8$ jam/hari, termasuk tidur siang dan malam. Posisi tidur yang baik adalah melingkar atau lurus pada salah satu tubuh. Lebih dipilih

kiri, dengan salah satu kaki menyilang diatas yang lainnya dan dengan bantal diapit diantara kedua kaki (Manuaba, 2010 : 98).

d) Personal Hygiene

Mandi diperlukan untuk kebersihan diri, terutama untuk perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah.

Pakaian yang harus digunakan ibu hamil harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan ketat pada bagian perut. Dianjurkan memakai bra yang menyokong payudara. Payudara dipersiapkan untuk memberikan ASI, terutama bagi ibu hamil pertama harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah aerola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu (Mochtar, 2012 : 47).

e) Aktivitas

Ibu hamil jangan mengerjakan pekerjaan rumah yang berat dan dihindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2009 :287).

Menurut Manuaba (2010:144), ada beberapa pergerakan yang dilarang atau dicegah, diantaranya adalah bekerja berat, mudah menimbulkan kelelahan yang akan mengurangi kesehatan wanita yang memang sudah menurun karena adanya kehamilan, melonjak, meloncat atau mencapai benda tinggi harus dicegah pula, serta berpergian jauh dengan kendaraan yang banyak bergerak.

f) Aktivitas Seksual

Hubungan seksual dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, yterjadi perdarahan saat berhubungan seksual, terdapat pengeluaran yang mendadak, sering mengalami keguguran, persalinan preterm, dan kematian dalam kandungan (Manuaba, 2010:120).

g) Riwayat Ketergantungan

Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkoba secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental. Pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010:122).

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap

kifosis, skoliosi atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Ari, 2010:125).

c) Tanda-tanda Vital

1) Tensi/tekanan darah: diukur tiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Rohani, 2011:69).

2) Nadi: denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotirodisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014:163).

3) Suhu: suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal ialah peningkatan yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

4) Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

d) Antropometri

1) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011: 173).

2) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5– 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012: 95).

3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

e) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

(a) Muka

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

(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 preeklamsia (Romauli, 2011).

(c) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Marmi, 2011).

(d) Gigi

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 (Romauli, 2011: 174).

(e) Telinga

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

(f) Leher

Bendungan vena kemungkinan gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (Manuaba, 2007: 162). Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid berisiko mengalami preeklamsia dan gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Hipotiroid jarang terjadi pada masa kehamilan jika wanita terus mendapat pengobatan tiroid, biasanya levotiroksin. Tanpa obat-obatan yang tepat, bayi baru lahir dapat mengalami hipotiroidisme.

(g) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Manuaba, 2012).

(h) 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 masa akhir kehamilan (Romauli, 2011: 174).

(i) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang 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 dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas Sectio Caesarea) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetrik

yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser dkk, 2009: 258).

(j) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014).

(k) Anus

Hemoroid sering terjadi pada wanita hamil sebagai akibat dari konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Saifuddin, 2010: 185).

Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena di area panggul. Derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1 :benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3 : benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4 : benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010).

(l) 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 proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2014: 136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011: 137).

f) Pemeriksaan Khusus

1) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan

yang dingin cendeung 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).

(a) Leopold I



Gambar 2.29

Leopold I

Sumber: <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/>.

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu) (Rachmawati dkk, 2008: 121). Menurut Marmi (2014: 167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ke tengaht
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan

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

Tabel 2.5
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam Cm

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

Sumber: Saifudin, 2014

- b. Menurut Manuaba (2010) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.6
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas 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 dkk, 2010

- (5) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2010: 118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

(b) Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin (Rachmawati dkk, 2008). Menurut Marmi (2014: 167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
- (2) 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.
- (3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang Variasi Budin :
Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin. Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut



Gambar 2.30
Leopold II

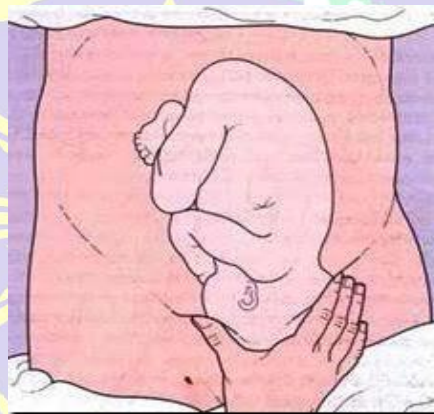
Sumber: <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/>.

Leopold III

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja

- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).



Gambar 2.31
Leopold III

Sumber: <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/>

(c) Leopold IV

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu: (

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki pasien.
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gambar 2.32

Leopold IV

Sumber: <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/>

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 :

- (1) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
- (2) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.

(3) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b. Tafsiran Berat Janin

Menurut Mochtar (1998) dalam Kusyanti (2012: 92), menurut rumusnya Johnson tausak adalah:

$$BB = (MD-n) \times 155$$

Keterangan : BB = berat badan janin

MD = jarak symphysis fundus uteri

N = 11 jika kepala sudah masuk PAP, 12 jika kepala belum masuk PAP

c. Pemeriksaan osborn

Menurut Wiknjastro (2008:641) osborn test dilakukan usia kehamilan 36 minggu pada primigravida kepala belum masuk PAP untuk mengetahui adanya CPD atautidak. Bila kepala janin masuk ke arah PAP tanpa halangan maka hasil osborn test negatif, bila tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Lebar tonjolan lebih dari 2 jari maka Osborn Test positif, maka kemungkinan ibu mengalami CPD.

Tabel 2.7
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H _{I-II}	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H _{II-III}	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H _{III} ⁺	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H _{III-IV}	Kepala di dasar panggul
0/5	H _{IV}	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014

d. Auskultasi

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan alat-alat yaitu: stetoskop laeneck (fundoskop), alat dopton (doppler), dan ultrasonografi. Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit (Manuaba, dkk, 2012: 235). Cara menghitung frekuensi bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik dengan interval 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, untuk keteraturan dihitung 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit. Interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan 1 menit tidak boleh lebih dari 2. Bunyi

jantung kurang dari 120kali/ menit atau lebih dari 160 kali/ menit atau tidak teratur, janin dalam keadaan asfiksia atau kekurangan O₂ (Wirakusumah, 2014: 97).

e. Perkusi

Tungkai bawah normal jika bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Gerakan yang berlebihan dan cepat memungkinkan tanda pre eklamsia. Reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B₁ (Romauli, 2011: 176).

f. Pemeriksaan panggul

- (1) Pemeriksaan panggul luar Menurut Saminem (2009:26) perlu dilakukan pemeriksaan panggul luar yaitu pada ibu hamil primigravida, ibu hamil dengan TB <150cm, ibu itu hamil multigravida dengan indikasi seperti riwayat persalihan dengan tindakan, persalihan spontan dengan bayi BBLR, jarak kelahiran anak sebelumnya terlalu lama lebih dari 10 tahun. Menurut Marmi (2011:171-176). Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah untuk menentukan :

- a. Distantia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 24-26$ cm).
- b. Distantia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 28-30$ cm).
- c. Coniungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya ± 18 cm).
- d. Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaan dalam dapat mengetahui kesan bentuk panggul. Hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor, linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak

teraba, os. sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $> 90^\circ$ (Marmi, 2011: 171-176).

g. Kedudukan janin dalam rahim

Menentukan kedudukan janin di dalam rahim dapat dijelaskan sebagai berikut:

(1) Janin hidup: Detak jantung janin terdengar, rahim membesar sesuai usia kehamilan, palpasi janin jelas, reaksi biologis positif, ibu merasakan adanya gerakan janin (Saminem, 2009:7-8)

(2) Janin tunggal: Perut tidak lebih besar dari usia kehamilan, tidak teraba 3 bagian besa Rasional: tidak teraba 2 bagian besar yang berdampingan, tidak teraba banyak bagian kecil janin, terdengn satu punctum maksimum detak jantung janin, dengan pemeriksaan rontgen/ ultrasonografi dapat dipastikan hamil tunggal (Manuaba, 2012: 129).

(3) Intrauterin: Gerakan janin tidak terasa nyeri, palpasi janin tidak teraba dibawah kulit abdomen, ada kontraksi Braxton Hicks,

pemeriksaan ultrasonografi positif (Manuaba, 2012: 131).

- (4) Situs (letak): Hubungan sumbu panjang ibu dengan sumbu panjang janin sehingga dijumpai kedudukan membujur atau lintang.

Hubungan sumbu panjang janin dan sumbu panjang rahim dikenal dua bentuk membujur (letak kepala, letak sungsang) dan letak lintang (Manuaba, 2012: 130)

- (5) Habitus (sikap): pada letak janin yang fisiologis badan melengkung menyesuaikan diri dengan rahim, kepala fleksi dimana dagu menempel pada dada, lengan bersilang didepan dada, kaki melipat pada paha dan lutut rapat pada badan, kepala janin berada diatas panggul (Manuaba, 2012: 130)

- (6) Posisi: Letak salah satu bagian janin terhadap jalan lahir

- (7) Anak hidup: Ada gerakan Janin, DJJ terdengar jelas 2 jari sebelah kanan/ kiri bawah

(8) Habitus Fleksi: Tidak ada benjolan yang membentuk sudut fibrie (Manuaba, 2012:153-156).

h. Pemeriksaan Penunjang

i. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan ini meliputi haemoglobin, hitung trombosit, hematokrit, golongan darah, rhesus, waktu perdarahan, waktu pembekuan, glukosa darah (sewaktu), ureum, kreatin, SGOT, SGPT, HbsAG, dan urin lengkap. Fungsi pemeriksaan darah ini adalah untuk mengetahui ada tidaknya infeksi, dan sebagai data untuk membantu kelancaran persalinan. Dengan adanya tes ini dapat diketahui apakah ibu hamil berisiko perdarahan atau tidak dengan melihat waktu pembekuan darah (Sinsin, 2008).

Tabel 2.8
Tes Laboratorium

Tes Lab	Nilai Normal	Nilai Tidak Normal	Diagnosis/Masalah yang Terkait
Hgb. Hemoglobin	10,5-14,0	<10,5	Anemia
Protein urin Dipstick Merebus	Terlacak /Negatif Bening/ Negatif	>atau +2+ Keruh (Positif)	Protein urin (Mungkin ada Infeksi (PIH) HPHT)
glukosa dalam urin Benedict's			Diabetes
VDRL/RPR test pemeriksaan syphilis pertama	Negatif	Positif	syphilis
Faktor vRhesus	RH+	RH-	RRH Sensitization
Gol.Darah	A B O AB	-	Ketidakcocokan ABO
HIV		+	AIDS
Rubella	Positif	Negatif	Anomali pada janin jika ibu mengalami Infeksi
Tinja untuk (Ova/telur Cacing 0 dan parasit)	Negatif	Positif	Anemia akibat cacing (Cacing tambang)

Sumber : Fatimah, Nuryaningsih, 2017

(1) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian

perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini.

Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter.

Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- (a) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.

(b) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.

(c) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.

(d) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuabaddkk, 2009).

3) 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, 2008)

4) Pemeriksaan Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati . Terdiri dari Kehamilan Risiko 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).

1. Perencanaan

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

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan. Kriteria :

- a) Keadaan umum baik.
- b) Kesadaran composmentis.
- c) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- d) Pemeriksaan laboratorium.
- e) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

- f) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- g) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- h) Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan. R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III. R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.
- c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.
- d) 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 (Marmi, 2014: 128).

g) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

Masalah 1 : Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut Morgan et al (2009) :

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

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

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

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 menggunakan stoking elastik. Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ Karena penggunaan stoking elastik dapat membantu aliran balik vena.

- 6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ Karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan oedema tidak semakin parah.

Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

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

Intervensi menurut Intervensi menurut marmi (2014) :

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering nokturia

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

- 2) Anjurkan segera mengkosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- 3) Anjurkan ibu untuk memperbanyak minum pada siang hari.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- 4) Anjurkan ibu untuk mengurangi cairan setelah makan sore.

R/ Ketika mengurangi cairan setelah makan sore sehingga asupannya selama sisa hari tersebut tidak akan memperberat masalah.

- 5) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, soft drink.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- 6) Anjurkan ibu untuk posisi miring saat tidur dengan kedua kaki ditinggikan (khususnya malam hari)

R/ Posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis

Masalah 3 :Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan :Tidak terjadi konstipasi

Kriteria :Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Varney (2008) :

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

- 2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

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

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

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- 4) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/ Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

Masalah 4: Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria: 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009):

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

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

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

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

- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

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

6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ Dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi.

Masalah 5: Kram pada kaki

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

Kriteria : 1) Kram pada kaki berkurang.
2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai

Intervensi menurut Benson *et al* (2013) :

1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

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 laman pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

7) Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

R/ Dengan tidak melipat kaki saat duduk diharapkan aliran darah ke kaki tidak terhambat

Masalah 6 :Sesak nafas

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

Kriteria : 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit
2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi Menurut Varney (2008) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/ Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria : 1) Pusing berkurang

2) Kesadaran komposmetis

3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut Varney (2008):

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

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

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/ Sirkulasi O₂ ke otak lancar.

Masalah 8 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009) :

1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua

kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain

akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

4) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

6) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ Dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

Masalah 9 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Benson et al (2013) :

1) Kenakan kaos kaki penyokong.

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko 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 risiko 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.

6) Perbanyak konsumsi sayuran dan buah berserat tinggi dan makanan yang dapat merangsang sirkulasi darah

R/Dengan mengkonsumsi sayuran dan buah berserat tinggi diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah.

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

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria : (1) Tidak kembung

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

Intervensi Menurut Benson *et al* (2013) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (heart burn) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

4) Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

5) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

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

6) Hindari minum selain minum air putih.

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/ Memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

8) Berikan antasida

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

9) Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit

R/ Mengendorkan otot perut dan dada

10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ Duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang.

Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang.

Kriteria : 1) Ibu tampak tenang dan rileks

2) Ibu tampak tersenyum

3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi Menurut Varney (2008) :

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

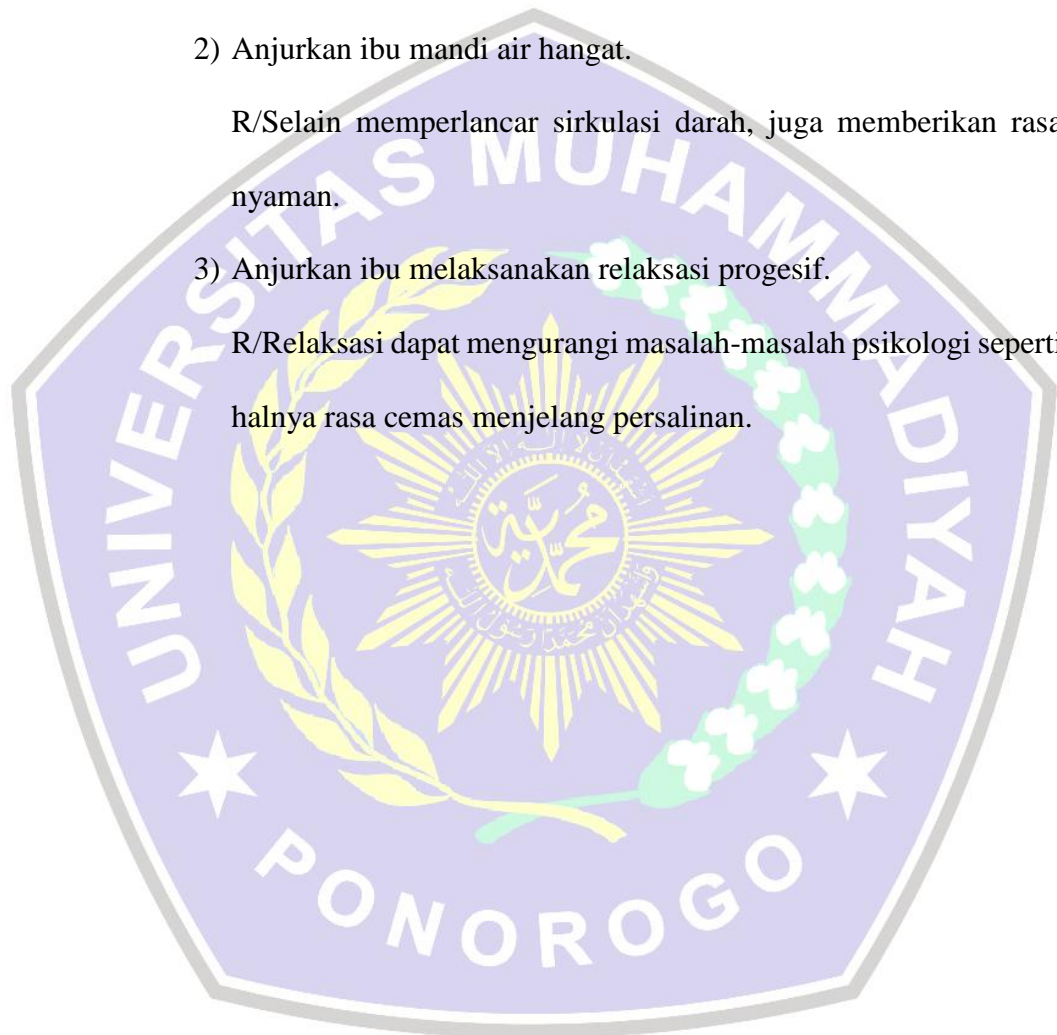
R/Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

2) Anjurkan ibu mandi air hangat.

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

3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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



1.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20–30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2–5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20–29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30–35 tahun (Wiknjosastro, 2008: 23). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mengakibatkan wanita rentan terhadap komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklamsia, usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, sectio caesarea (SC), kelahiran preterm, intrauterine growth retardation (IUGR), anomali kromosom, dan kematian janin (Varney, 2008: 691)

b) Gravida dan Para

Paritas memengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Semakin tinggi paritas, insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2008: 691). Paritas pada riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30%

untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2009: 10-11).

c) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012: 169), keluhan yang dirasakan ibu antara lain: kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek serta nyeri menjalar ke depan, dapat terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah, disertai ketuban pecah. Wiknjosastro (2008: 183) menambahkan ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau telah lengkap.

Menurut Manuaba (2012) tanda-tanda persalinan adalah :

- 1) 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.
- 2) 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.

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

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

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

d) Riwayat kesehatan

1) Penyakit jantung

Menurut Saifuddin (2009: M-106-108) Penyakit jantung kelas I dan II prinsip persalinannya adalah pervaginam dengan mempercepat kala II, sedapat mungkin hindari

mengedan, jika perlu lakukan episiotomi dan akhiri persalinaan dengan ekstraksi vakum. Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampau besar. Persalinan dilakukan dengan SC.

2) Pneumonia

Pneumonia yang terjadi saat persalinan perlu pertolongan yang tepat dengan mempercepat persalinan kala II. Keadaan ini sering dijumpai pada persalinan terlantar sehingga membahayakan jiwa janin maupun ibunya. Dalam menghadapi keadaan penyakit pneumonia pada saat persalinan, bidan sebaiknya merujuk penderita sehingga mendapat pertolongan yang cepat dan tepat di tempat dengan fasilitas yang cukup (Manuaba, 2012: 337).

3) Asma

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

4) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010: 240).

5) Hipertensi

Pada ibu dengan penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian anak kira-kira 20% (Wiknjosastro, 2008: 446).

6) Hipertiroidisme

Menurut Fraser et al (2009: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

7) *Gonorrhea*

Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita *gonorrhoe* dapat menderita konjungtivitis *gonorrhoe neonatorum* atau *blenore neonatorum* (Wiknjosastro, 2008: 407).

8) Diabetes melitus

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).

9) HIV/ AIDS

Transmisi vertikal virus AIDS ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan SC, bukan indikasi menurunkan risiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. Perawatan pasca salin perlu memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, lochea, luka episiotomi, ataupun luka SC (Wiknjastro, 2008: 556-558).

e) Riwayat Kebidanan

1) Kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser dan Cooper, 2009: 252). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi, seperti abnormalitas genetik, ketidakseimbangan hormon, atau inkompetensi serviks (Fraser dan Cooper, 2009: 252).

2) Persalinan yang lalu

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui seksio sesarea atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney, 2008: 692).

Ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam memastikan keadegan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibanding dengan perkiraan berat janin (Varney, 2008: 692).

3) Nifas yang lalu

Pada hari pertama dan kedua lochea rubra atau lochea cruenta, terdiri atas darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa vernik caseosa, lanugo, dan mekonium. Hari berikutnya darah bercampur lendir dan disebut lochea sanguinolenta. Setelah satu minggu, lochea cair tidak berdarah lagi, warnanya agak kuning disebut lochea serosa. Setelah 2 minggu, lochea hanya merupakan cairan putih disebut sebagai lochea alba. Biasanya lochea berbau agak sedikit amis, kecuali terdapat infeksi dan akan berbau busuk, umpamanya pada adanya locheastasis

(lochea tidak lancar keluar dan infeksi) Hemoroid menjadi tarumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Varney, 2008: 977).

f) Pola kehidupan sehari-hari

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

2) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB dalam sehari, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak (Nurhidayah, 2014). Kandung kemih yang penuh kan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belu BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

3) Istirahat

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).

4) Aktivitas

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

5) Personal Hygiene

Untuk mengetahui kebersihan diri pada ibu bersalin (Nurhidayah 2014). Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011).

6) Hubungan seksual

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

7) Pola kebiasaan

(a) Merokok

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

(b) Alcohol

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

(c) Obat terlarang

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

(d) Latar belakang sosial budaya

Menurut Walsh (2008: 170), faktor yang dikaitkan dengan resiko nutrisi tinggi pada kehamilan adalah dari faktor sosial/kultural diantaranya adalah pola 296 makan yang tidak biasa (vegetarian), keyakinan yang mencakup larangan makanan khusus, dukungan sosial buruk.

B. Data Obyektif**1. Pemeriksaan Umum****a) Keadaan umum**

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, 245 keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011: 172)/

b) Kesadararn

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadarn maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda vital

1) Tensi/tekanan darah : diukur tiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Rohani, 2011). Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg.

2) Nadi: nadi normal menunjukkan pasien dalam keadaan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, dan perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda adanya rupueri, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan (Rohani, 2011).

3) Suhu tubuh harus tetap berada dalam rentang normal. Pireksia merupakan indikasi terjadinya infeksi atau ketosis, atau dapat juga berkaitan dengan analgesia epidural. Pada persalinan normal, suhu tubuh maternal harus diukur sedikitnya setiap 4 jam (Fraser dan Cooper, 2009: 453). Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak

lebih dari 0.5 sampai 10C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Varney, 2008: 687).

- 4) Penapasan: untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam satuan menit, frekuensi yang melampaui batas normal dapat mengindikasikan pasien mengalami sesak atau mengalami gangguan pernafasan. (Widiastini, 2018).

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney, dkk, 2008: 693). Saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his (Saifuddin, 2009: N-8).

2) 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 eklampsia (Romauli, 2011: 174).

3) Mulut dan gigi

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

4) 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, 2010: 340).

(6) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, 2008: 1051).

(7) Abdomen

Saat kontraksi uterus dimulai nyeri tidak akan terjadi selama beberapa detik dan akan hilang kembali di akhir kontraksi. Ketika meraba adanya kontraksi, bidan akan mengetahui dimulainya kontraksi sebelum ibu merasakannya. Pengetahuan ini digunakan saat memberikan analgesia inhalasi atau menggunakan mekanisme coping lainnya. Uterus harus selalu terasa lebih keras setiap kontraksi. Kontraksi yang terlalu lama atau sangat kuat dan durasinya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin (Fraser & Cooper, 2009).

(8) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau masa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan vagina, cairan ketuban dan luka perut di vagina. Luka ini mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum tindakan episiotomi sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Wilknjosastro, pervagmam, 2008).

(9) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka. tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (wiknjasasto, 2008).

10) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2010: 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.

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 dkk, 2009: 259-261).

b) Menghitung DJJ

DJJ dinilai selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dilakukan selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Penilaian DJJ tersebut dilakukan pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi (Wiknjosastro, 2008: 43).

c) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010: 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 (Sulistiawati, 2010).

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Depkes R.I, 2007).

4) Kala IV

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

4. Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008: 54-56) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- a) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

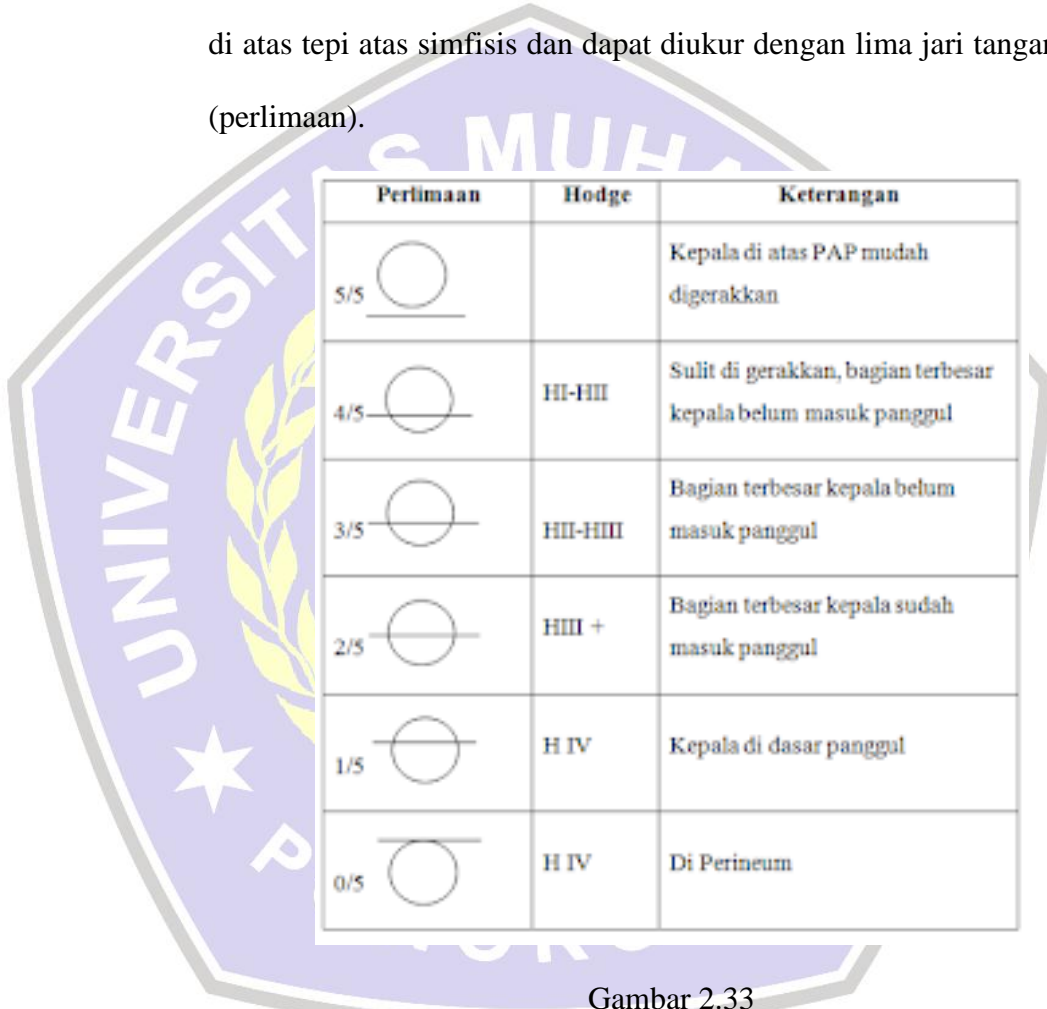
- 1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.







- 2) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - 3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.
 - 4) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
 - 5) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - 6) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- c) 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.
 - d) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
 - e) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
 - f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
 - g) 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.

5. Penurunan bagian terbawah janin

Menurut Wiknjosastro (2008: 84): Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaannya).



Perlimaannya	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-III	Sulit di gerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	III-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Gambar 2.33

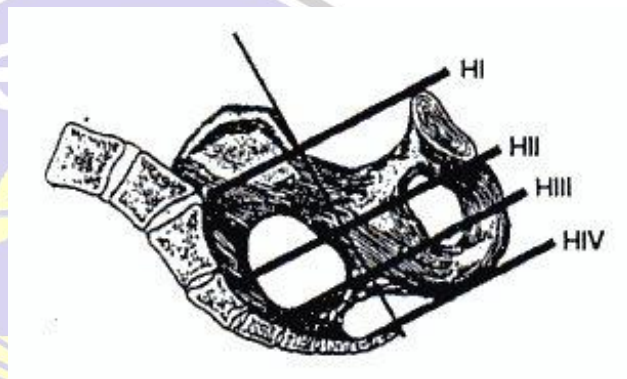
Penurunan Kepala Janin menurut Sistem Perlimaannya

Sumber: <https://www.google.com>

Bidang Hodge Panggul

- a) Bidang Hodge I Yaitu batas promontorium pinggir atas simfisis

- b) Bidang Hodge II Yaitu bidang sejajar H-I setinggi tepi bawah simfisis
- c) Bidang Hodge III Yaitu bidang setinggi spina ischiadica,
- d) Bidang Hodge IV Yaitu bidang setinggi ujung bawah os coccygis.



Gambar 2.34
Bidang Hodge Panggul

Sumber: <http://queenshahodge.blogspot.com/2011/09/-nama-cantik-pas-pps-th-2010.html>

6. Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjosastro (2005: 44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
- b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul

- c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- d) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis

7. pemeriksaana penunjang

- a) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah periksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) Dan kadar pembekuan darah.
- b) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ (Prawiroharjo, 2009).

8. Diagnosa Kebidanan

G.P_{APIAH}UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, ntrauterine, situs bujur. habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAPkeadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/akif (akselerasi, ditatasi maksimal, deselerasi) atau kala II:

- a) kala I fase laten dengan kemudian masalah cemas menghadapi proses persalinan
- b) Kala aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan
- c) Kala II dengan kemungkinan masalah: kekurangan cairan, infeksi, Kram tungkai
- d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik
- e) $P \geq 1$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjastro (2008); retensi plasenta, avulsi tali pusat.
- f) $P \geq 1$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut (Wiknjastro, 2008) : atonia uteri, robekan vagina, perineum atau serviks, subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

C. Perencanaan

1. Diagnosa: $G \geq 1 P_0 >$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs habitus fleksi, puka/puki, preskep, H1-1v, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, in partu kala satu fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.
2. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.
3. Kriteria :

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

D. Intervensi

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 79-87): 267 1)

- 1) 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.

4. 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.

5. 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 268 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.

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

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

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

7. Observasi TTV

- a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- e) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- f) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi
- g) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- h) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- i) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

8. 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/ Kandungan kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

9. Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut langkah-langkah asuhan persalinan normal berdasarkan Panduan Pelatihan Persalinan Normal:

- a) Mengenali tanda dan gejala kala II.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

- 1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II.

(a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

(b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus

(c) Perineum menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

- b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

- 2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obatobatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Mematahkan ampul oksitosin 10 UI, dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - 3) Mengenakan baju panutup/ celemek bersih.
 - 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
 - 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
 - c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.
- R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur

portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, membersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

(b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% ◊ langkah 9).

8) Dengan teknik antiseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

(c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimak akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Menunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(a) Menjelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

13) Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

(b) Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

(c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).

(d) Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(e) Menganjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Menganjurkan asupan cairan per oral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai (5 menit).

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) meneran untuk multipara.

- (i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.

d) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

14) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

16) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

e) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum. Kelahiran kepala.

18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

19) Menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain/kasa bersih.

20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

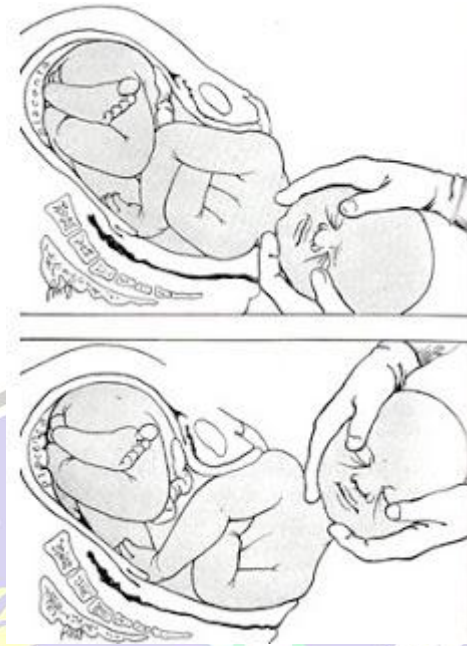
(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

21) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

(a) Dengan lembut menggerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis.

(b) Menggerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.



Gambar 2.35

Lahirnya bahu depan dan belakang

Sumber: <http://sikkahoder.blogspot.com/2012/07/>.

22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Lahirnya badan dan tungkai.

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, melusurkantanangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

f) Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotrermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

25) Lakukan penilaian (selintas).

(a) Apakah bayi menagis kuat dan atu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif? Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atu mega-megap, lakukan langkah resutitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk bersih dan membeiaraka bayi tengkurap di atas perut ibu.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

28) Memberi tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu.

Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

(b) Bayi menyusu dini sekitar 30-60 menit pertama, biarkan tetap berada di dada ibu selama 1 jam.

g) Manajemen Aktif Kala III

R/ Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

h) Mengeluarkan plasenta.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

36) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneransambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan

tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal. Rangsangan taktil (massage uterus).

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

j) Menilai perdarahan.

39) Memeriksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

40) Mengevaluasi kemungkinan laserasi (robekan) pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

k) Melakukan prosedur pasca salin.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42) Mencekupkan sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan dari tubuh. Melepas sarung tangan secara terbalik lalu dicelupkan ke larutan clorin 0,5% dan direndam selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

a. Evaluasi

43) Memastikan kandung kemih ibu kosong

44) Ajarkan ibu dan keluarga cara masage uterus dan menilai kontraksi.

45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

46) Memeriksa keadaan ibu dan tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua post partum.

(a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

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

47) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal

(36°-37,5° C). Jika bayi sulit bernapas, merintih, retraksi segera diresusitasi dan dirujuk ke RS.

b. Kebersihan dan Keamanan

48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), lalu cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

49) Membuang (kasa yang terkontaminasi) kedalam sampah medi, pisahkan sampah medis dan non medis.

50) Bersihkan ibu jari yang terpapar/ terkontamonasi dengan air DTT, lalu bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah dari ranjang/ sekitar ibu berbaring. Memakaikan ibu pakaian yang bersih dan kering.

51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan ari mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

55) Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.

56) Dalam 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. Pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit), dan suhu bayi (normal 36,5°C - 37°C) setiap 15 menit.

57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

(a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

58) Lepas sarung tangan dan dekontaminasi ked dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.

59) Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air mengalir lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering.

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV (JNPKKR, 2008).

c. Masalah

Kala I

1) Nyeri persalinan

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan kontraksi rahim

Kriteria

(a) Kesejahteraan ibu

(1)Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis

(Romauli, 2011:172)

(2)Ibu tampak rileks atau tenang di antara kontraksi.

(3)Ibu dapat menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

(4)Pada primigravida lama persalinannya adalah 10–12 jam, pada multigravida lama persalinannya adalah 8–10 jam (Manuaba, 2010:175).

(5)His pada kala I 3 – 4 kali dalam 10 menit, lama 40–60 detik, his kala II 4 – 5 kali dalam 10 menit, lama 60 – 90 detik, setelah bayi lahir sekitar 2 – 3 kali dalam 10 menit kemudian rahim berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari insersinya, setelah plasenta lahir kontraksi tetap kuat dengan (Manuaba, 2010:171).

(a) Kesejahteraan janin DJJ 120–160 x/menit dan teratur

(Handajani, 2010: 21)

Intervensinya adalah:

(1) Bantu dalam penggunaan teknik relaksasi dengan tarik napas panjang dari hidung dan menghembuskannya dari mulut dan masase abdomen

Rasional: Dapat memblok impuls nyeri dalam korteks cerebral melalui respon kondisi dan stimulasikan, memudahkan kemajuan persalinan .

- (2) Kaji kebutuhan klien terhadap sentuhan fisik selama persalinan.

Rasional: Sentuhan dapat bertindak sebagai distraksi dan membantu mengalihkan perhatian dari persalinan.

- (3) Lakukan masase pada punggung dan memberikan dukungan sosial pada waktu his.

Rasional: Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang (lumbal) menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang (lumbal) oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri (Varney, 2007:720– 721).

- (4) Berikan lingkungan tenang yang dengan ventilasi adekuat, lampu redup, dan tidak ada petugas yang tidak dibutuhkan.

Rasional: Membantu mengalihkan perhatian dari persalinan .

- 2) Cemas menghadapi persalinan

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan cemas

Kriteria: Ibu tampak rileks dengan situasi persalinan.

Intervensinya adalah:

- (a) Kaji tingkat dan penyebab kecemasan, kesiapan untuk melahirkan anak, latar belakang budaya dan peran orang terdekat.

Rasional: Cemas memperberat persepsi nyeri dan mempengaruhi teknik koping .

- (b) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

Rasional: Stres, rasa takut, dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan.

- (c) Tentukan kebutuhan hiburan, anjurkan berbagai aktivitas (misal jalan-jalan) atau mengajak ibu berbincang-bincang dengan tema yang ringan.

Rasional: Membantu mengalihkan perhatian dari persalinan .

- (d) Sadari kebutuhan klien dengan memberikan apa yang dibutuhkan ibu, misalnya air minum.

Rasional: Rasa peduli dari tenaga kesehatan terhadap kebutuhan dari ibu akan meningkatkan kepercayaan dan menimbulkan ketenangan bagi ibu.

- (e) Tingkatkan privasi dan penghargaan terhadap kesopanan. Gunakan penutupan selama pemeriksaan vagina.

Rasional: Menjaga privasi akan meningkatkan kesadaran terhadap kesopanan dan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan .

- (f) Berikan kesempatan untuk percakapan termasuk pilihan nama bayi, perkiraan persalinan, dan persepsi/rasa takut selama kehamilan.

Rasional: Adanya kesempatan untuk klien mengungkapkan kesenangan tentang diri sendiri, kehamilan, dan bayinya bertindak sebagai pengalihan untuk membantu melewati waktu persalinan .

3) Dehidrasi

Tujuan: Mempertahankan asupan cairan sesuai kebutuhan

Kriteria: Klien dapat mendemonstrasikan hidrasi yang adekuat, kebutuhan cairan minum terpenuhi \pm 3000 ml, turgor baik, bibir lembab dan kulit lembab.

Intervensi adalah:

- (a) Kaji tingkat kekeringan kulit dan mulut.

Rasional: Dehidrasi dapat berakibat pada peningkatan suhu tubuh, kulit kering dan penurunan produksi saliva

- (b) Ukur jumlah dan karakter emesis.

Rasional: Mual dan muntah memperberat kehilangan cairan .

- (c) Berikan ibu makan dan minum.

Rasional: Pelepasan output yang banyak harus diimbangi dengan input untuk mengetahui adanya hidrasi adekuat (Walsh, 2007:318).

(d) Anjurkan ibu minum yang manis.

Rasional: Memberikan tenaga kepada ibu dan meningkatkan cadangan makanan pada saat hipoglikemia.

(e) Berikan cairan per oral sesuai izin atau secara parenteral.

Rasional: Menggantikan kehilangan cairan. Larutan seperti ringer laktat diberikan secara intravena membantu memperbaiki atau mencegah ketidakseimbangan elektrolit .

4) Keletihan

Tujuan: Klien menggunakan teknik menghemat energi di antara kontraksi.

Kriteria:

(a) Klien tampak rileks di antara kontraksi

(b) TTV normal yaitu tekanan darah 100/70–130/90 mmHg, nadi 60-80 kali per menit, dan napas 16– 24 kali per menit (Varney, 2008) .

(c) His pada kala I 3 – 4 kali dalam 10 menit, lama 40–60 detik, his kala II 4 – 5 kali dalam 10 menit, lama 60 – 90

detik, setelah bayi lahir sekitar 2 – 3 kali dalam 10 menit kemudian rahim berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari insersinya, setelah plasenta lahir kontraksi tetap kuat dengan (Manuaba, 2010:171).

(d)Klien dapat mengejan dengan adekuat

(1) Intervensi adalah:

a. Kaji derajat keletihan dengan melihat dari wajah ibu.

Rasional: Keletihan dapat mengganggu kemampuan fisik dan psikologis klien.

b. Sediakan lingkungan dengan penerangan redup dan tidak membingungkan klien.

Rasional: Penurunan stresor membantu meningkatkan istirahat.

c. Berikan dorongan agar ibu tetap bersemangat.

Rasional: Membantu klien mempertahankan usaha maksimal .

d. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman Rasional:

Posisi terlentang akan menekan vena cava inferior yang mengakibatkan hipoksia janin (Wiknjastro, 2008: 55).

Rasional: posisi miring kiri dapat mempercepat penurunan bagian terendah janin sampai dasar panggul dan kepala janin tetap fleksi dan membantu

sirkulasi dan oksigenasi ke janin (Handajani, 2010:37).

Rasional: posisi jongkok membantu turunnya kepala bayi dan memperpendek waktu persalinan (Wiknjastro, 2008: 55).

e. Anjurkan ibu makan dan minum. Rasional: Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Wiknjastro, 2008: 81).

f. Anjurkan klien istirahat di antara kontraksi. Rasional: Menghemat kekuatan dan mengambil O₂ sebanyak-banyaknya yang diperlukan untuk mengejan

5) Potensial terjadi kala I memanjang (fase laten dan aktif)

Tujuan: Kala I segera terlewati ibu dan janin sehat tanpa komplikasi

Kriteria:

(a) Tidak terjadi infeksi intrapartum (Suhu 36,5- 37,5oC).

(b) Tidak terjadi ruptur uteri

(c) Tidak terjadi cincin retraksi patologis

(d) Tidak terjadi fistula

(e) Tidak terjadi cedera otot-otot dasar panggul f) DJJ 120–160

x/menit, kuat dan teratur

(f) Tidak terjadi kaput suksedaneum dan tidak terjadi molase kepala janin

Intervensi Intervensi menurut Wiknjastro (2008: 51), adalah sebagai berikut:

1) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: Mendapatkan penatalaksanaan yang tepat

2) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Rasional: Mengantisipasi adanya masalah/komplikasi dalam perjalanan

3) Berikan dukungan dan semangat.

Rasional: Memberi motivasi dalam menghadapi persalinan

6) Potensial terjadi ketuban pecah dini

Tujuan: Kala I segera terlewati ibu dan janin sehat tanpa komplikasi.

Kriteria :

(a) Tidak terjadi infeksi maternal maupun neonatal

(b) Tidak terjadi hipoksia karena kompresi tali pusat Intervensi

Intrevensi menurut Wiknjastro (2008: 48):

(a) Pastikan diagnosis (Uji lakmus dan *Vagina Toucher*)

Rasional: Diagnosis yang tepat adanya KPD dapat untuk melakukan tindakan selanjutnya

(b) Baringkan ibu miring ke kiri

Rasional: Miring kiri yang dilakukan pada ibu bersalin dapat mempercepat penurunan kepala janin dan memperlancar aliran darah plasenta yang mengalir ke janin.

(c) Observasi DJJ

Rasional: Perubahan DJJ menjadi bradikardi atau takikardi merupakan tanda adanya kegawat daruratan janin.

(d) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan lanjut

Rasional: Rujukan yang tepat akan meminimal kemungkinan terjadinya komplikasi dan kematian pada ibu dan bayi.

(e) Dampingi ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter, penghisap lendir Delee dan handuk atau kain.

Rasional: Memeberikan dukungan pada ibu dan mengantisipasi apabila persalinan berlangsung selama proses rujukan.

Kala II

1) Potensial terjadi distosia bahu

Tujuan: Janin lahir selamat, tanpa komplikasi.

Kriteria: Kriteria menurut Saifuddin (2009: 600) sebagai berikut:

- (a) Tidak terjadi trauma persalinan pada bayi (fraktur klavikula dan humerus).
- (b) Tidak terjadi cedera fleksus brakialis.
- (c) Tidak terjadi hipoksia.

Intervensi

Menurut Saifuddin (2010: 602-604), adalah segera panggil bantuan, lakukan manuver McRobert (ibu terlentang dengan memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin ke dada, dan rotasikan kedua kaki ke arah luar), langkah kedua lakukan manuver Rubin (memutar bahu secara langsung atau melakukan tekanan suprapubik ke arah dorsal), langkah ketiga melahirkan bahu posterior, posisi merangkak dan manuver wood (memasukkan tangan penolong ke arah punggung bayi, temukan bahu posterior, telusuri lengan atas dan buat sendi siku menjadi fleksi).

2) Potensial terjadi kala II memanjang

Tujuan: Kala II segera terlewati ibu dan janin sehat tanpa komplikasi

Kriteria:

- (a) Tidak terjadi infeksi intrapartum (Suhu 36,5- 37,5oC).
- (b) Tidak terjadi ruptur uteri
- (c) Tidak terjadi cincin retraksi patologis

- (d) Tidak terjadi fistula
- (e) Tidak terjadi cedera otot-otot dasar panggul
- (f) DJJ 120–160 x/menit, kuat dan teratur
- (g) Tidak terjadi kaput suksedaneum dan tidak terjadi molase kepala janin. Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 51) sebagai berikut:

(1) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatlaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: rujukan yang tepat akan meminimal kemungkinan terjadinya komplikasi dan kematian pada ibu dan bayi.

(2) ibu ke tempat rujukan. Rasional: mengantisipasi apabila persalinan berlangsung selama proses rujukan dan terjadi komplikasi lain.

3) Potensial terjadi gawat janin

Tujuan: Janin lahir selamat, tanpa komplikasi.

Kriteria:

(a) DJJ 120-160 kali per menit b)

(b) Bayi lahir sehat Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 94)

sebagai berikut:

(1) Baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran.

Rasional: Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter dan akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Ankin, et al dalam Wiknjosastro, 2008: 87).

(2) Nilai ulang DJJ setelah 5 menit.

a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring telentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.

b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: Perubahan DJJ menjadi bradikardi atau takikardi merupakan tanda adanya kegawat daruratan janin. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring telentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

c. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Rasional: mengantisipasi apabila persalinan berlangsung selama proses rujukan dan terjadi komplikasi lain.

4) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria: Perdarahan yang keluar tidak lebih dari 500 cc

Intervensi:

- (a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati
- (b) Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua lakukan penjahitan
- (c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks: Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
- (d) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri
- (e) Dampingi ibu ke tempat rujukan

5) Potensial terjadi asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir

Tujuan: Asfiksia neonatorum teratasi dan tidak terjadi komplikasi pada bayi

Kriteria:

- (a) Bayi bernafas spontan, menangis kuat, dan bergerak aktif
- (b) Warna kulit kemerahan

(c) Denyut jantung bayi > 100 kali per menit Intervensi Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:158) sebagai berikut:

(1) Lakukan langkah awal yang meliputi: jaga bayi tetap hangat, atur posisi, isap lendir, keringkan dan rangsang bayi, atur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi serta lakukan penilaian pada bayi.

(2) Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megapmegap, lakukan resusitasi.

(3) Jika bayi bernapas normal, lakukan asuhan pasca resusitasi.

Kala III

1) Potensial terjadi retensio plasenta

Tujuan: Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria: Tali pusat lahir utuh Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:118), adalah sebagai berikut:

(a) Jika plasenta terlihat, lakukan penegangan tali pusat terkendali dengan lembut dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu untuk meneran agar plasenta keluar.

(b) Setelah plasenta lahir: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta.

(c) Jika plasenta masih di dalam uterus dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin. Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

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

(e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(f) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2) Potensial terjadi avulsi tali pusat

Tujuan: Avulsi tidak terjadi

Kriteria: Tali pusat lahir utuh

Intervensi: Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) sebagai berikut:

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

(b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

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

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

Kala IV

Kemungkinan terjadinya atonia uteri

Tujuan: Uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi syok hipovolemik

Kriteria: Uterus berkontraksi baik, perdarahan berkurang

Intervensi: Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 108) dengan dilakukan KBI, KBE, dan KAA.



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Nifas

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam pemberian penanganan (Anggraini, 2010).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa. (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

5) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Anggraini, 2010). Ibu nifas disarankan untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan (Marmi, 2010).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2012). Keluarga yang mampu membayar pengeluaran tambahan dengan hadirnya bayi baru ini mungkin hampir tidak merasakan beban keuangan. Keluarga yang menemukan kelahiran seseorang bayi suatu beban finansial dapat mengalami peningkatan stres. Stres ini mengganggu perilaku orang tua sehingga membuat masa transisi menjadi orang tua lebih sulit (Walyani, 2015).

8) Alamat

Bermanfaat untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

b) Keluhan Utama

Menurut Varney, (2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) Nyeri setelah bayi lahir

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara yang tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermitten. Nyeri setelah lahir akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena.

Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pascapartum baik pada 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

menyusu. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri perineum disebabkan jaringan syaraf yang terputus pada perineum, beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan adanya komplikasi, seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

c) Riwayat kesehatan

Manuaba (2010) menjelaskan penyakit-penyakit yang mempunyai pengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas adalah:

1) Penyakit jantung

Keluhan utama yang dikemukakan meliputi cepat merasa lelah, jantung berdebardebar, sesak napas disertai sianosis (kebiruan), edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda, dan mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai. Penyakit jantung yang disertai kehamilan, penambahan denyut

jantung dapat menguras cadangan kekuatan jantung sehingga mengakibatkan keadaan payah jantung yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan minggu ke 28 sampai 32. Penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam bentuk keguguran, persalinan prematuritas atau berat lahir rendah, kematian perinatal yang makin meningkat, dan bayi dapat mengalami hambatan intelegensia atau fisik.

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan yaitu dibagi menjadi hipertensi esensial, dan hipertensi karena penyakit ginjal.

(a) Hipertensi esensial

Hipertensi esensial disebabkan faktor herediter atau faktor lingkungan dan emosi yang labil yang ditandai dengan tekanan darah antara 140/90 mm Hg dan 160/100 mm Hg. Kehamilan dengan hipertensi esensial dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi pre eklamsia tidak murni. Sekitar 20% dapat menjadi pre eklamsia tidak murni (superimposed) yang disertai gejala proteinuria, edema, dan terdapat keluhan nyeri epigastrium, sakit kepala, penglihatan kabur dan mual serta muntah. Terhadap kemungkinan bahwa kehamilan yang disertai hipertensiesensial sewaktu-waktu dapat terjadi pre eklamsia tidak murni.

(b) Hipertensi karena penyakit ginjal Penyakit ginjal yang dapat meningkatkan tekanan darah di antaranya glomerulofritis akut atau kronis dan pielonefritis akut atau kronis. Gejala penyakit ginjal pada kehamilan disertai hipertensi adalah suhu badan yang meningkat dan gangguan miksi.

3) Anemia

Anemia post partum akan menyebabkan terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240). Menurut Manuaba (2010:30) tingkatan derajat anemia sebagai berikut Hb ≥ 11 gr% tidak anemia, Hb 9 - < 7 gr% anemia berat.

4) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010: 336).

5) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010: 336).

6) 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).

7) HIV/AIDS

WHO menganjurkan agar ibu dengan HIV (+) tetap menyusui bayinya mengingat manfaat ASI yang lebih besar dibandingkan dengan risiko penularan HIV (Wiknjosastro, 2008: 557).

8) Hepatitis

Ibu dengan hepatitis dapat menularkan pada anaknya yang terjadi saat lahir dan setelah lahir adalah melalui pencernaan yang menelan darah dari perlukaan jalan lahir, ASI, kontak langsung dengan sekret dari Ibu (Wiknjosastro, 2008: 560).

d) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

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

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009: 129).

2) Riwayat persalinan, nifas yang lalu

Menurut Saifuddin (2008), anamnesis riwayat obstetri yang lalu yaitu jumlah kehamilan, jumlah persalinan, jumlah persalinan cukup bulan dan prematur, jumlah anak hidup, jumlah keguguran, jumlah aborsi, perdarahan pada kehamilan, berat bayi 4 Kg, adanya masalah selama kehamilan hingga nifas.

3) Riwayat KB

Ibu yang menyusui secara eksklusif, menyusui secara penuh (full breast feeding)/ on demand, bayi berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapatkan haid sejak setelah melahirkan dapat menggunakan KB MAL sampai bayi berusia 6 bulan dan dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya (Saifuddin, 2013: MK-1). Metode amenorrhoe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Menurut Manuaba (2012:204), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki. Pemasangan AKDR post plasenta dimana pasien mendapat pemasangan AKDR pascapersalinan dan pada saat seksio sesarea, dilakukan pemasangan segera setelah melahirkan, selama 48 jam, namun angka ekspulsi sangat tinggi. AKDR post plasenta tidak dianjurkan bagi ibu dengan

riwayat ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan postpartum (Saifuddin, 2013: MK-85 – Mk-86). Menurut Ambarwati (2010: 134) riwayat KB sebelumnya ditanyakan tentang jenis kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan, keluhan selama menggunakan KB, rencana kontrasepsi setelah masa nifas ini.

d) Pola kebiasaan Sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkomsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). (Saifuddin, 2014).

Tabel 2.9

Contoh menu makan ibu nifas

Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari			
Bahanm akanan	Ibu menyusui bayi/ anak		
	Bayiumur 0-6 bulan	Bayiumur 7- 12 bulan	Bayiumur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 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	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2008)

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memasikkan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney dkk, 2008) Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012).

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kewanitaan dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kewanitaannya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu dikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan

iritasi pada pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasapenuh dengan lochea (Manuaba, 2012)

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014).

7) Latar belakang sosial budaya

Saifuddin (2010) menambahkan tindakan lazim yang tidak dan bahkan dapat membahayakan adalah seperti menghindari makanan berprotein seperti ikan atau telur karena ibu menyusui butuh tambahan kalori sebesar 500 per harinya, penggunaan bebat perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama), penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri, serta memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam pertama setelah kelahiran.

8) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

2. Data Obyektif

a) Keadaan umum

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

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selamapuerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, dkk,2008).

3) Suhu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tapi tidak lebih dari 38C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38C berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010: 201). Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008: 961).

4) Pernafasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal selama jam pertama pasca partum (Varney, 2008).

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012).

(a) Muka

Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat odema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani dkk, 2011).

(b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bilapucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merahkemungkinan-kemungkinan ada konjungtivitis, kelopak mata yang bengkak adanya preeklamsia (Romauli, 2011).

(c) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusi berdarah atau tidak (Sulistiyawati, 2012).

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, dkk, 2008).

4) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014). Menurut Varney dkk (2008), pemeriksaan abdomen partum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut.

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada di atas atau di bawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu sisi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis.

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali

lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (1) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal ke bawah ke arah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.
- (3) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, di antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantudirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.
- (4) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya di antara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat aret, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia dilebar

anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi ke sisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(5) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot tersebut dikontraksi dengan memampatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus

(6) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdomen yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen

(7) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan ke posisi bersandar ketempat tidur. Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot

rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasad ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi

(8) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepimedial kedua otot rektus

(9) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi

misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis- $\frac{2}{5}$ jari rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis dua jari ketika otot-

otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

5) Genetalia dan anus

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama setelah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Sukarni, 2013).

Menurut Manuaba (2010), pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1- 3 hari berwarna merah segar dan hitam dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah, lochea sanguinolenta keluar dari hari ke 3-7 hari berwarna putih bercampur merah, lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 hari berwarna kekuningan, lochea alba keluar setelah hari ke 14 berwarna

putih. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid.

6) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010: 418), normal, tidak terdapat flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. Anggraini (2010:131) menambahkan untuk memeriksa adanya tromboflebitis dan edema yang disebabkan karena tidak lancarnya peredaran darah saat masa nifas, selain itu menilai pembesaran varices, dan mengukur reflek patela (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum).

d) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak anemia jika Hb ≥ 11 g%, anemia ringan jika Hb $9 - < 7$ gr% (Manuaba, 2010: 239).

e) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiyatun (2009: 129) yaitu: Pil zat besi besi 250 mg sebanyak 40 tablet, Vitamin A 200.000 unit.

3. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P..A... hari ... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak (Marmi, 2012). PAPIAH, postpartum hari ke....Aktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaanpskologis baik. dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi nyeri luka jahitan *perineum*, *afterpain*, pembangkakan payudara (Varney, dkk, 2008).

4. Perencanaan

a) Diagnosa : PAPIAH, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan *perineum*, *after pain*, pembangkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

kreteria :

1) Keadaan umum : kesadaran komposmetis

(Manuaba,2012)

2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3) Tanda-tanda vital:

T: 110/70-130/90 mmHg

N:60-80 xJmenit

S:36-37,5°C

R: 16-24x/menit

4) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015) Asi dibedakan menjadistadium

- (a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kalidisekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositaskental, dan lengket. Mengandung tinggi protein,mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih,dan bodi yang tinggi
- (b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempatsampai kesepuluh warna putih jernih. Kadarimunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemakdan laktosa meningkat.
- (c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada harikesepuluh sampai seterusnya berwarna putihKandungan ASI matur relatif konstan tidakmenggumpal bila dipanaskan.

5) Involusi uterus :

Tabel 2.10
Involusi uterus normal

Waktu inovasi	Tinggi Fundus
Olasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Nomal

Sumber. Manuaba, 2012

6) Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, lochea sanguinolenta keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna 330 kekuningan, lochea alba keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010: 201).

Intervensi menurut Sofian (2012):

1) Ukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status gizi ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui banyinya sedini mungkin dapat mencegah paparan substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012).

4) Beri konseling ibu tentang KB pascsalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012).

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

b) Kemungkinan Masalah

Masalah 1: Gangguan eliminasi Konstipasi dan Retensio Urine

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012), antara lain:

1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun BAB jika terasa

2) yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air

3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

4) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/Membantu memperlancar eliminasi

Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Marmi (2015), antara lain:

1) Observasi luka jahitan perineum.

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Ajari ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi

4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

Masalah 3: *After pains* atau kram perut

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :

1) Kram perut berkurang

- 2) Aktifitas sehari-hari tidak terganggu.

Intervensi : Intervensi menurut Bahiyatun (2009:123) sebagai berikut:

- 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 di bawah perut dan jelaskan bahwa pertama kali akan dirasakan kram yang hebat sekitar 5 menit sebelum nyeri hilang.

R/ Dengan posisi telungkup dapat menekan kram di bawah perut sehingga nyeri berkurang

- 4) Berikan analgesik bila perlu (paracetamol, asam mefenamat, kodein atau asetaminofen).

R/ Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria :Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasapenuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Purwati (2012), antara lain:

- 1) anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yanglain menjadi bengkak.

- 3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan handuk yang hangat pada payudara.

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekanpayudara.

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami

- 5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudaraberkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangipembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen

R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri

Masalah 5: Subinvolusio uteri

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah subinvolusio uteri teratasi

Kriteria : Uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 130), antara lain:

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu.

R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu.

- 2) Beritahu ibu penyebab subinvolusi uteri

R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu.

- 3) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat.

R/ Memberikan kenyamanan dan mempercepat proses involusi uterus

- 4) Anjurkan ibu untuk terus dan sering menyusui bayinya.

R/ Menyusui merupakan faktor pertama yang mempengaruhi involusi uterus karena pada waktu bayi mengisap puting susu ibu terjadi rangsangan ke hipofisis posterior sehingga dikeluarkan oksitosin yang berfungsi meningkatkan kontraksi otot polos disekitar alveoli kelenjar air susu ibu (ASI) sehingga ASI dapat dikeluarkan dan terjadi rangsangan pada otot polos rahim sehingga terjadi percepatan involusi uterus.

- 5) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya.

R/ Kandung kemih yang kosong bisa memudahkan proses involusio uteri.

6) Ajarkan ibu bagaimana melakukan senam nifas.

R/ dengan senam nifas bisa membantu mempercepat proses involusi uteri

Masalah 6 : Bendungan ASI

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah Bendungan ASI teratasi

Kriteria : payudara terasa panas, dan nyeri pada saat menyusui

Intervensi menurut Saifudin (2009), antara lain:

1) Anjurkan untuk menyusui sesering mungkin

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

3) Anjurkan mengompres hangat payudara sebelum disusukan

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4) Ajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

R/ cara menyusui yang benar dapat mengurangi terjadinya bendungan asi karena asi yang diproduksi dihisap secara sempurna oleh bayi

5) Anjurkan menggunakan BH yang menopang payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bendungan dan nyeri yang dialami.

5. Implementasi

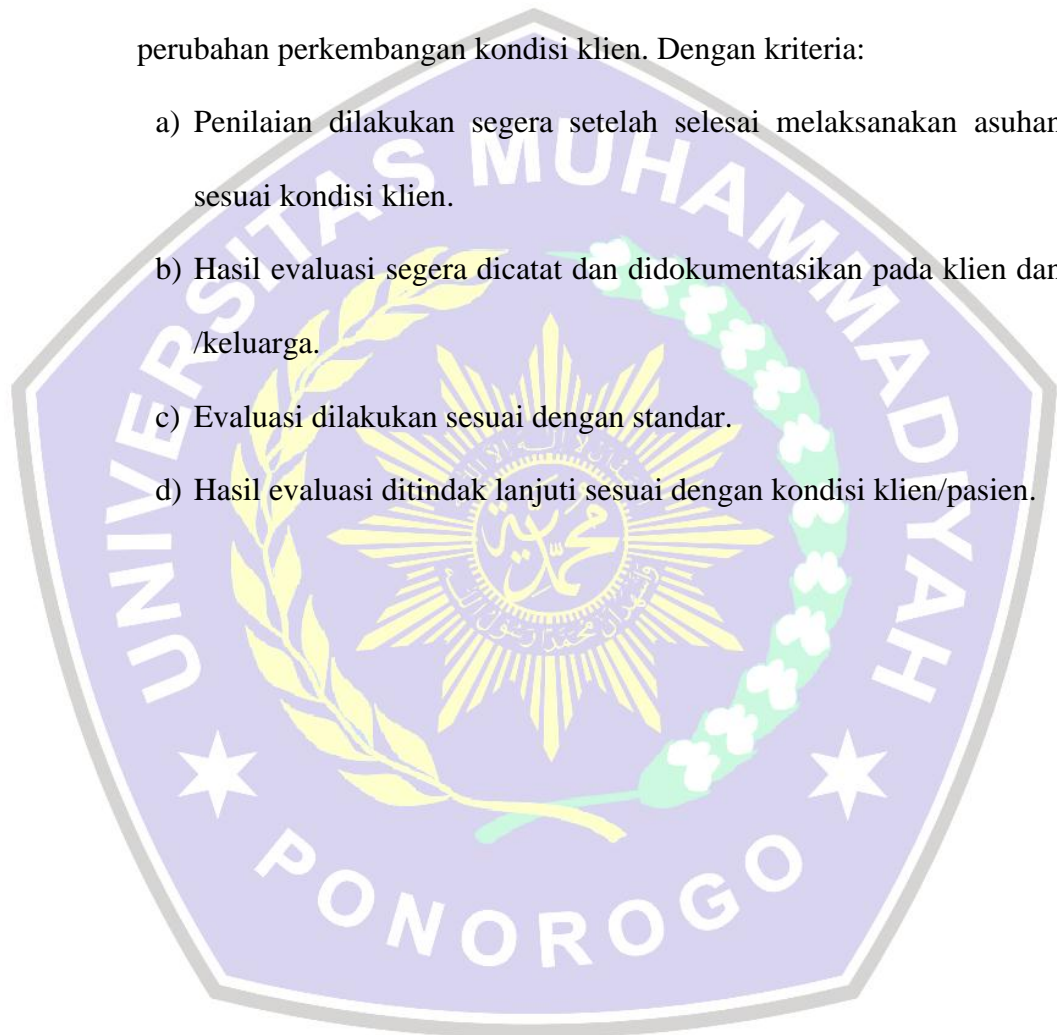
Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d) Melibatkan klien/pasien.
- e) Menjaga *privacy* klien/pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

6. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga.
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

A. Data Subyektif

1. Identitas Bayi dan Orang Tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012)

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral thrush* (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012)

3. Riwayat antenatal

Menurut Varney (2008: 893-917) pengkajian usia gestasi penting karena ketika dimasukkan dalam sebuah bagan dengan berat dan panjang badan lahir, bagan tersebut menunjukkan apakah bayi Sesuai Masa Kehamilan (SMK), Kecil Masa Kehamilan (KMK) atau Besar Masa Kehamilan (BMK). Selain itu komplikasi selama hamil perlu dikaji seperti perdarahan selama kehamilan dapat menyebabkan defek plasenta, hipertensi dalam kehamilan dapat menyebabkan retardasi pertumbuhan dan prematuritas, diabetes gestasional dapat menyebabkan makrosomia dan trauma lahir, polihidramnion dapat menyebabkan masalah ginjal pada neonatus dan ketidakmampuan untuk menelan, oligohidramnion dapat menyebabkan defek pada amniotic band, sindrom dehidrasi dan kelainan ginjal/kandung kemih pada neonatus, ketidaksesuaian ukuran dan usia kehamilan dapat menyebabkan retriksi pertumbuhan, bayi lahir

besar dan trauma, infeksi selama kehamilan dapat menyebabkan transmisi perinatal.

4. Riwayat natal

Untuk pencegahan infeksi mata dapat diberikan salep mata tetrasiklin 1% dalam waktu 1 jam setelah kelahiran. Untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler di paha kiri sesegara mungkin. Menurut Rukiyah (2010), imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunisasi aktif buatan untuk melindungi diri untuk melawan penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat kedalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral.

5. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahankarbohidrat.

Pada hari ke dua energi berasal daripembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebihhari ke-6 (Marmi, 2012).

Kebutuhan energi bayi padatahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan beratbadan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertamaadalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

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, Abdul Bari, 2009:380

b) Eliminasi

Bayi mempunyai feces lengket berwarna hitam kehijauan selama dua hari pertama, ini disebut mekoneum. Feces bayi yang diberi ASI akan berubah warna jadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (seedy). Bayi akan BAB 1 sampai 4 kali per hari dan BAK 4-5 kali/hari (Varney, 2009).

c) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2jam per hari (Walsh, 2012).

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jamsetelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandiselanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu.

Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah urine dan feses membasahi talipusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketikabasah. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014).

e) Aktifitas

Bayi yang normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 395 2009: 137).

f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Bayi bereaksi terhadap rangsang dimulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009: 712).

g) Sosial Budaya

Untuk menjaga kesehatan bayi perawatan tali pusat sangatlah penting. Tidak dianjurkan bila dukun bayi membubuhkan ramuan seperti ke tali pusat dengan tujuan membuat tali pusat cepat terlepas (Varney, 2008). Bayi jangan diberi makan sebelum usia 6 bulan

karena usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaan (Marmi, 2012: 22).

B. Data Obyektif

1. Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ (Wiknjastro, 2008: 256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009: 137).

2. Tanda-tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji diberbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksilatetap dalam rentang $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, dkk, 2008). Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2012). Suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C sedangkan suhu kulit 36°C – $36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser, 2009).

b) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama ± 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit (Wiknjastro, 2008: 255).

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30–50 kali per menit (Saifuddin, 2009: 138).

c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2008). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2012).

3. Antropometri

a) Berat badan Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2008: 256). Penambahan berat badan akan mengalami kenaikan setiap minggu sekitar 140-200 gram dan berat badan biasanya akan menjadi dua kali berat badan lahir pada akhir bulan ke 6 (Marmi, 2012).

b) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepalabayi baru lahir terlentang 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 (Vamey, 2008).

c) Ukuran kepala

Ukuran-ukuran kepala bayi normal aterm:

Dimeter suboksipito-bregmatikus	: ± 9,50 cm
Diameter oksipito-frontalis	: ±11,75 cm
Diameter oksipito metalis	:±13,50 cm
Diameter submento-bregmatika	: ±9,50 cm
Diameter biparietalis	: ±9,50 cm
Diameter bitemporalis	: ±8 cm
Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus	: 32 cm
Sirkumferensia submento-bregmatikus	: ± 32 cm
Sirkumferensia oksipito frontalis	: ± 34 cm
Sirkumferensia mento-oksipitalis	: ± 35 cm

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan : ± 11 cm

4. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bentuk simetris, besar ukurannya 33–38 cm, sutura menutup, caput succedanium tidak ada, chepalhematum tidak ada, tidak ada kraniotabes, 400 tidak oedem, tidak ada benjolan, tidak cekung maupun cembung (Wiknjosastro, 2008: 251).

Menurut Wiknjosastro (2010: 20) tanda dan gejala cephal hematoma adanya fluktuasi, adanya benjolan, biasanya baru tampak jelas 2 jam

setelah bayi lahir, adanya cephal hematoma timbul di daerah tulang parietal berupa benjolan timbunan kalsium, sisa jaringan fibrosa yang masih teraba. Ubun-ubun kecil menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun besar tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dan Cooper, 2009:712).

2) Mata

Katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57). Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009:137).

3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanyapernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kelainan yang dapat dijumpai yaitu labio skisis, labio palato skisis, labio palato genato skisis (Saifuddin, 2009:137).

5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2009:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709)

6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi (Marmi, 2012).

7) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012). Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dkk, 2009).

8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009:137).

9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2008). Tali pusat tidak berdarah, warna tali pusat tidak pucat atau merah, jumlah pembuluh darah normal, tidak ada pembuluh darah yang putus, tidak ada hernia di pusat atau di selangkang.

10) Genetalia

a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012)

b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

11) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2009:34). Periksa adanya kelainan atresia ani (Marmi, 2012: 59).

12) Ekstremitas

a) Atas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebasbergerak jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010).

b) Bawah

Simetris, tidak ada pas varus dan pas valgus (Walsh, 2012).

13) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspadalah timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1–5 tahun (Saifuddin, 2009: 137).

5. Pemeriksaan neurologis

Beberapa reflek pada bayi yaitu:

a) 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).

b) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar ke arah pipi yang digores, reflex ini menghilang pada usia 3- 4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya menunjukkan adanya gangguan neurologis berat (Varney, 2008).

c) Refleksi sucking/menghisap

Dilihat pada saat bayi menyusu (Dewi, 2010:25).

d) Refleksi Swallowing (menelan)

Dilihat pada saat benda-benda didekatkan pada bayi kemulutnya, memungkinkan bayi memasukkan makanan secara permainan tetapi berubah sesuai pengalaman (Judarwanto, 2014).

e) Refleksi 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 Refleksi 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 serebral mayor (Varney, 2008).

f) Refleksi grasp (palmar)/menggenggam

Bayi akan menggenggam kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat (Dewi, 2010:26).

g) 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).

h) Refleks galanfs/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong. Pada kondisi normal punggungbergerak kearah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama.kondisi patologis bila tidak adanya reflex menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Varney, 2008).

i) Refleks ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi ini normal lidah ekstensi kearah luar biladisentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Doen (Varney, 2008).

j) Refleks stepping/melangkah

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 (Judarwanto, 2014).

k) Refleks babinski/jari kaki

Cara mengukur dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar. Dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari laki 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 (Saifuddin, 2009).

6. Assesment

a) Diagnosa : NCB SMK Usiajam/hari

- 1) Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

b) Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik dan TTV normal S : 36,5-37,5 oC N : 120-160 x/menit RR : 40-60 x/menit.
- 2) Bayi menyusu kuat.
- 3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

c) Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
R/: Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.
- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua
R/: Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/: Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, 2007).

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/ :Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik

R/: Suhu normal bayi adalah 36,5 -37,5 oC. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

7. Masalah Pada Neonatus

Masalah 1 : Hipoglikemi

Tujuan : Tidak terjadi hipoglikemi Kriteria menurut Ladewig (2009: 180) adalah sebagai berikut:

- a) Kadar glukosa 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 menurut Ladewig (2009: 181-182) adalah:

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

- 3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/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 berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- 5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

Masalah 2 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- a) Suhu bayi normal 36,5–37,5°C (Varney, 2008: 897).

- b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009: 373).

Intervensi menurut Ladewig (2009: 184-185) adalah:

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, sehingga dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- 2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2009: 373).

- 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi.

Kriteria menurut Ladewig (2009) adalah:

- a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine.

Intervensi menurut Ladewig (2008) antara lain:

- 1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ikterus). epalopati bilirubin (karna ikterus).

3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggikan penundaan keluarnya mekonium meningkatkanreabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirautohepatik. Jika kebutuban nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium.

4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

Masalah 4 : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:211).

- 1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.
- 2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.
- 3) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

Masalah 5: Infeksi tali pusat

Tujuan : Infeksi tali pusat tidak terjadi

Kriteria: kulit sekitar tali pusat tidak kemerahan, tidak ada nanah atau pus, dan tidak berbau busuk.

Intervensi menurut Marmi (2012: 34) :

- 1) Membiarkan tali pusat tetap terbuka, mengering dan hanya dibersihkan setiap hari dengan air bersih
- 2) Bila tali pusat kotor, cuci luka dengan air mengalir dan sabun, segera keringkan dengan kasa kering dan dibungkus dengan kasa steril.
- 3) Dilarang membubuhkan ramuan pada tali pusat.

Masalah 6 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

- 1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ : Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ : Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.



2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

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

A. Data subyektif

1. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut Saifuddin (2009: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

2. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Konsumsi makanan lebih rendah, terutama daging dan lemak sehingga insiden obesitas kurang banyak dengan akibat selanjutnya risiko mendapat karsinoma payudara berkurang dan diperkenankan memakai pil oral kombinasi (Hartanto, 2009: 119). Ibu yang sering makan dan minum, kesemutan, poliuria, berat badan turun mengarah pada penyakit diabetes, menurut Mulyani (2013: 96) tidak diperkenankan memakai KB suntik tiga bulan.

b) Eliminasi

Wanita yang mengalami nyeri saat berkemih kemungkinan terjadi infeksi saluran kemih dan nyeri saat haid tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Hartanto, 2010: 208).

c) Istirahat/tidur

Ibu yang sering mengalami gangguan tidur, mual, pusing, sakit kepala tidak dapat menggunakan KB suntik kombinasi (Saifuddin, 2009: MK-34).

d) Kehidupan seksual

Dapat berhubungan seksual dengan MAL setelah 40 hari post partum karena MAL 366 menjadi alat kontrasepsi yang mengandalkan ASI dan tidak mengganggu senggama (Hidayati, 2009).

e) Aktivitas

Mudah lelah, napas terengah-engah, ortopnea, peningkatan berat badan, dan kongesti paru mengarah ke penyakit jantung. Wanita dengan gejala tersebut tidak dapat menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010: MK-51). Ibu dengan gejala bising mengi (wheezing), batuk produktif pada malam hari, napas dada 420 tertekan mengarah penyakit asma tidak dapat menggunakan KB hormonal (Saifuddin, 2009: U-30).

f) Personal Hygiene

Ibu dengan tidak sering membersihkan genitalianya kemungkinan dapat menyebabkan infeksi pada daerah genitalia. Adanya infeksi pada daerah genitalia seperti sifilis, gonorhea, dan ISK tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2009: MK-10).

3. Riwayat Ketergantungan

a) Efektivitas implan menurun bila menggunakan obat-obat TBC dan epilepsi (Saifuddin, 2007).

b) Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

4. Keadaan psikologis

a) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum (Saifuddin, 2009: MK-19).

b) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2009: 599).

5. Sosial budaya

Kontrasepsi suntik dipandang dari sudut agama baik itu Islam, Kristen, Katolik, Budha, dan Hindu diperbolehkan asal bertujuan untuk mengatur kehamilan bukan untuk mengakhiri kehamilan (Hartanto, 2010: 349).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Tekanan darah

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg.

b) Nadi.

Denyut nadi ireguler (aritmia) menunjukkan klien kemungkinan mengidap kelainan jantung (Saifuddin, 2010).

c) Suhu

Suhu normal 36–37°C, pada akseptor dengan radang panggul akan terjadi kenaikan suhu mencapai 38°C atau lebih (Hartanto, 2013).

d) Respirasi

Rate Ibu dengan RR >24x/menit kemungkinan dengan penyakit asma sehingga pada dasarnya penderita asma bisa menggunakan semua jenis KB (Saifuddin, 2009).

2. Pemeriksaan antropometri

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1–5 Kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2010: 171). Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan. Ibu dengan obesitas tidak diperbolehkan menggunakan kontraepsi hormonal (Manuaba, 2010).

3. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Akan timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Sulistiawati, 2013).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010). Kontrasepsi hormonal dapat digunakan dengan konjungtiva palpebra pucat (anemis), sklera putih (tidak ikterus), pandangan mata tidak kabur (Sulistiawati, 2013).

c) Leher

Tidak ditemukan penegangan vena jugularis, tidak pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe (Saifuddin, 2010).

d) Payudara

1) Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau cervix, malah progesterone termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

2) Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010).

3) Terdapat benjolan/kanker payudara/riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan maupun progestin (Saifuddin, 2010).

e) Abdomen

Nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, infeksi saluran kemih, atau radang panggul tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2009: MK-58).

f) Genetalia Ibu yang mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, nyeri saat berkemih, varises, oedema mengarah ke penyakit infeksi pada daerah genetalia seperti ISK, vaginitis, radang panggul, atau IMS. Menurut Saifuddin (2012: MK-75) penyakit tersebut tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2009: MK-75).

g) Ekstremitas Ibu dengan varises di tungkai, ekstremitas bawah tidak simteris tidak dapat menggunakan AKDR kemungkinan terdapat kelainan rahim (Saifuddin, 2009: MK-77).

4. Assasment

PAPIAH umur 15-49 tahun, calon peserta KB pasca salin, keadaan umum baik, tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, prognosa baik.

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-3-U-4) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi

5. Masalah yang menyertai

Masalah 1 : Amenorhea

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Dyah dkk, (2011) :

1) Pastikan hamil atau tidak, bila toidak hamil perlu tidakaan khusus.

R/ Jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

2) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.

R/ mendapatkan pelayanan lebih.

3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan.

R/ minipil dapat menimbulkan kelainan jika dikonsumsi saat hamil.

4) Jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid. Kalaupun diberikan tidak aka nada gunaknya.

R/ Dengan memberikan obat hormonal dapat mempengaruhi proses menstruasi.

- 5) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

R/ Memberikan kenyamanan pada klien.

Masalah 2 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010:33) :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara. R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

- 2) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

Masalah 3 : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk, 2011 antara lain:

- 1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

- 2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

- 3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga.

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

- 4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal.

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

Masalah 4 : Perdarahan bercak/spotting

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang

Intervensi menurut (Manuaba, 2010), adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

Masalah 5 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dyah (2010:79) :

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.
R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai porsi, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit.
- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.
R/ mengetahui penyebab perdarahan.
- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.
R/ Pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan.

4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

R/ Memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB.

