

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2014).

B. Proses Kehamilan

1. Fertilisasi

Proses kehamilan dimulai dari *Fertilisasi* yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Setelah masuk ke organ genitalia interna wanita, sperma akan menghadapi beberapa rintangan antara lain : lendir vagina bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjangnya uterus, serta silia yang ada di tuba fallopi. Untuk bisa menghadapi rintangan tersebut, maka sperma harus mempunyai *akrosom* dan

melewati *proses kapasitasi*. Sedangkan, ovum akan di keluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah di daerah *ampula tuba*. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut (Hani dkk, 2011).

a) Tahap penembusan korona radiate

Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai dituba fallopi yang bisa menembus korona radiate karena sudah mengalami proses kapasitasi (Hani dkk, 2011).

b) Penembusan zona pellusida

Zona pellusida adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit (Hani dkk, 2011).

c) Tahapan penyatuan oosit dan membrane sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita XY untuk laki-laki) (Hani dkk, 2011).

2. Pembelahan

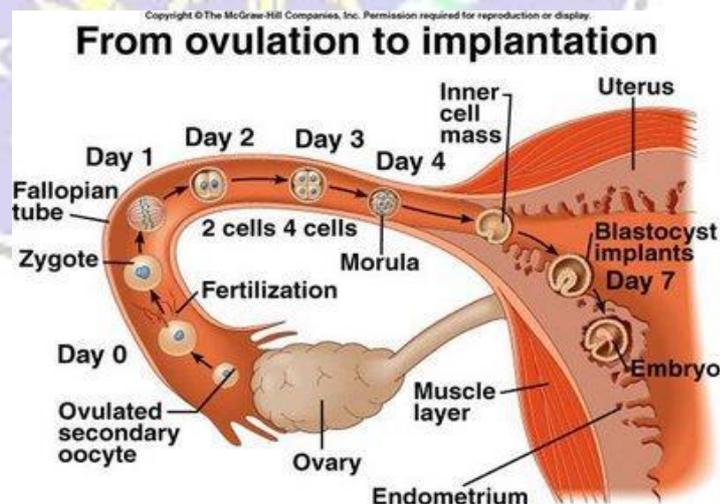
Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8sel sampai dengan 16 sel disebut *Blastomer* (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan berususn longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antara sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur-angsur ruang antara sel akan menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga di sebut *Blastokista* ($4\frac{1}{2}$ - 5 hari). Sel yang bagiandalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi ($5\frac{1}{2}$ - 6 hari) dalam bentuk *Blastokista tingkat lanjut* (Hani dkk, 2011).

3. Nidasi/Implantasi

Nidasi atau *implantasi* adalah penanaman sel telur yang telah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding rahim uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat implantasi, selaput lendir rahim sedang berda pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan.

Proses Nidasi:

Blastokista tingkat lanjut diselubungi oleh suatu simpai disebut *trofoblas* yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastokista mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel *desidua* yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen, serta mudah dihancurkan oleh trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi masa sel dalam (*inner-cell mass*) akan mudah masuk ke dalam *desidua*, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat *luka* desidua (Tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekan fundus uteri (Hani dkk, 2011).



Gambar 2.1
Proses Implantasi
Sumber : (Yongki dkk, 2012)

C. Tanda Kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti (Presumptive Sign)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologi yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan wanita hamil.

Tanda tidak pasti terdiri dari:

a) Amenorhea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorrhea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi amenorrhea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan dan factor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Hani dkk, 2011).

b) Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum* (Hani dkk, 2011).

c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut *ngidam*. Ngidam sering terjadi pada bulan pertama kehamilan dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Hani dkk, 2011).

d) Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dengan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada ditempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu (Hani dkk, 2011).

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolism rate-BMR*) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas hasil konsepsi. (Hani dkk, 2011).

f) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan system alveolar payudara. Bersama somatomamo, hormone-hormone ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama

kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum (Hani dkk, 2011).

g) Sering Miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat penuh, dan sering miksi. frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih (Hani dkk, 2011).

h) Konstipasi atau Obstipasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB (Hani dkk, 2011).

i) Pigmentasi Kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanin dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut;

- 1) Sekitar pipi; *cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- 2) Sekitar leher; tampak lebih hitam.

3) Dinding perut *striae livide/gravidarum*, *striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*).

4) Sekitar payudara; hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola skunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluh darah menifesa sekitar payudara.

5) Sekitar pantat dan paha atas terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut (Hani dkk, 2011).

j) Epulis

Hipertropi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama (Hani dkk, 2011).

k) Varises

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penmpakan pembuluh darah ini dapat menghilang serta persalinan.(Hani dkk, 2011).

2. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik pada wanita hamil (Hani dkk, 2011).

a) Pembesaran Perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan (Hani dkk, 2011).

b) Tanda Hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri (Hani dkk, 2011).

c) Tanda Gondel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir (Hani dkk, 2011).

d) Tanda Chadwicks

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks (Hani dkk, 2011).

e) Tanda Piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu (Hani dkk, 2011).

f) Kontraksi Braxton Hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadic, tidak nyeri, biasanya timbul pada

kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus, meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan (Hani dkk, 2011).

g) Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perlahan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri (Hani dkk, 2011).

h) Pemeriksaan Tes Biologis kehamilan (planotest) Positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di perdarahan darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu. Hormon ini dapat dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan mengikat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertingginya pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130 (Hani dkk, 2011).

3. Tanda Pasti (Positive sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri dari hal-hal berikut;

a) Gerakan Janin Dalam Rahim

Gerakan janin ini harus dapat di raba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat di rasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu (Hani dkk, 2011).

b) Denyut Jantung Janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenec, DDJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu (Hani dkk, 2011).

c) Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat sempurna lagi menggunakan USG (Hani dkk, 2011).

d) Kerangka Janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Hani dkk, 2011).

D. Perubahan Fisiologi Selama Kehamilan

1. Sistem Reproduksi

a) Uterus

1) Ukuran : Pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua, ukuran kehamilan pada cukup bulan :30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc (Dewi dkk, 2011).

2) Berat : Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir ke hamilan (Rustam, 2011).

3) Posisi rahim dalam kehamilan

(a) Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi.

(b) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.

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

(d) Pada ibu hamil, rahim biasanya *mobile*, lebih mengisi rongga abdomen kanan dan kiri (Sulistyawati, 2009).

b) Vaskularisasi.

Arteri uterrine dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembng dan bertambah (Sulistyawati, 2009).

c) Serviks uteri

Bertambahnya vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini disebut dengan tanda *goodell*. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan tanda *chadwick* (Sulistiyawati, 2009).

d) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel juga baru 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 progesteron dalam jumlah yang relative minimal. Relaksin, suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan insulin like growth factor I & II, disekresikan oleh korpus luteum, desisua, plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodeling jaringan ikat pada saluran reproduksi, yang kemudian mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur biokimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplikasi pada kehamilan preterm (Prawirohardjo, 2009).

e) Vagina dan vulva

Karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularis pada vagian dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick* (Sulistyawati, 2009).

2. Sistem Pencernaan

a) Terjadi hipervaskularisasi pembuluh darah akibat peningkatan hormone estrogen dan progesteron. Selain itu, juga terjadi peningkatan hormone somatomotropin untuk produksi ASI sehingga menjadi lebih besar (Hani dkk, 2011).

b) Peningkatan estrogen dan progesteron meningkatkan aliran darah ke rongga mulut; hipervaskularisasi pembuluh darah kapiler gusi sehingga terjadi edema dan hiperplastis; ketebalan epitel berkurang sehingga gusi lebih rapuh; timbulnya muntah menyebabkan kebersihan mulut terganggu dan meningkatkan rasa asam di mulut (Hani dkk, 2011).

c) Terjadi relaksi pada otot-otot pencernaan antara lain peristaltic dilambung sehingga pencernaan makan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi peristaltic balik ke esophagus. Selain itu, pengaruh dari peningkatan hormone HCG juga dapat menyebabkan ibu hamil merasakan mual dan muntah (Hani dkk, 2011).

d) Relaksasi pada usus halus sehingga penyerapan makanan menjadi lebih maksimal. Relaksasi juga terjadi pada usus besar sehingga pencemaran air menjadi lebih lama (Hani dkk, 2011).

3. Sistem Kardiovaskular

a) Hipertrofi (pembesaran) atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah curah jantung. Karena diafragma terdorong ke atas, jantung terangkat dan berotasi ke depan; Antara minggu ke-14 dan ke-20, denyut meningkat perlahan, mencapai 10 sampai 15 kali permenit, kemudian menetap sampai aterm.

b) Volume dan komposisi darah selama masa hamil terjadi percepatan produksi SDM (normal : 4-5,5 juta/mm³). Presentasi kenaikan bergantung kepada jumlah besi yang tersedia. Masa SDM meingkat 30-33% pada kehamilan aterm, jika ibu mengkonsumsi suplemen zat besi, SDM hanya meingkat 17% pada beberapa wanita.

c) Terjadi gangguan sirkulasi darah akibat pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk dan vena cava inferior ketika berbaring ; peningkatan penyerapan kapiler (Hani dkk, 2011).

4. Sistem Perkemihan

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada

trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke arah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hyperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Hani dkk, 2011).

5. Sistem Integumen

- a) Cloasma gravidarum, terjadi perubahan warna bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit hitam akibat peningkatan hormone estrogen dan progesterone, serta hormone melanokotropin.
- b) Hipersensitifitas alergen plasenta
- c) Peningkatan kelenjar apocrine akibat peningkatan hormone, kelenjar tersebut meningkat terutama akibat berat badan dan kegiatan metabolic yang meningkat; peningkatan aktivitas kelenjar sebacea.
- d) Terdapat garis pigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus di garis tengah tumbuh di induksi hormone timbul.

Pada primigravida garis mulai terlihat pada bulan ketiga terus memanjang seiring meningginya fundus. Pada multigravida, keseluruhan garis sering kali muncul sebelum bulan ketiga. Terdapat juga tanda regangan yang timbul pada 50-90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan yang dapat disebabkan oleh kelenjar kerja adenokortikosteroid, menunjukkan pemisahan jaringan ikat (kolagen) di bawah kulit. Garis-garis yang sedikit cekung ini cenderung timbul di daerah dengan regangan maksimum (misalnya, abdomen, paha, payudara) (Hani dkk, 2011).

6. Sistem Pernafasan

Peningkatan vaskularisasi yang merupakan respon terhadap peningkatan kadar estrogen, juga terjadi pada traktus pernafasan atas. Oleh karena itu kapiler membesar, terbentuklah edema dan hyperemia di hidung, faring, laring, trakea, dan bronkus (Hani dkk, 2011).

7. Torak dan diafragma

- a) Sesak nafas, dengan semakin membesarnya uterus, maka akan mengalami desakan pada diafragma sehingga naik 4 cm; terjadi pelebaran sudut toraks dari 68 menjadi 103 derajat; peningkatan progesterone menyebabkan pusat saraf untuk konsumsi oksigen.
- b) Lordosis dorsolumbar dapat menyebabkan nyeri nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf. Struktur ligamentum

dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Perubahan ini dan perubahan lainnya sering kali menimbulkan rasa tidak nyaman pada muskuluskeletal. Terjadinya relaksasi ringan dan peningkatan mobilitas sendi panggul normal selama masa hamil, pemisahan simfisis pubis dan ketidak stabilan sendi sakroiliaka yang besar dapat menimbulkan nyeri dan kesulitan berjalan (Hani dkk, 2011).

8. Sistem Neurologi dan Muskuluskeletal

- a) Penurunan kalsium dan alkalosis terjadi akibat perubahan pada sistem pernafasan, tekanan uterus pada saraf, kelelahan, dan sirkulasi yang buruk pada tungkai.
- b) Perubahan titik pusat gaya berat akibat uterus yang bertambah besar dan berat membuat wanita mengambil sikap yang dapat menekan saraf ulnar, median, dan skiatik; terjadi hiperventilitas.
- c) Terjadi hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis; hipglikemia; penumpukan darah dibagian tungkai sehingga mengurangi arah balik vena dan mengurangi curah jantung (Hani dkk, 2011).

E. Perubahan Psikologi Selama Kehamilan

1. Perubahan Psikologi Trimester I (Periode Penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap 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 seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain dan malah mungkin akan dirahasiakannya
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda tiap wanita, tetapi kebanyakan mengalami penurunan (Sulistyawati, 2012).

2. Perubahan Psikologi Trimester II (Periode Kesehatan Yang Baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c) Merasakan gerakan anak.
- d) Libido meningkat
- e) Menuntut perhatian dan cinta.

- f) Merasa bahwa bayi individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- g) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- h) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru
(Sulistyawati, 2012).

3. Perubahan Psikologi Trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan)

- 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 dengan bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- h) Libido menurun.

(Sulistyawati, 2012).

F. Ketidaknyamanan Selama Kehamilan

1. Mual dan Muntah

Mual dan muntah biasanya dirasakan pada kehamilan dini. Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan pengaruh Fisiologis. Untuk penatalaksanaan kesusu bisa dengan diet, namun jika *Domitus Uterus* terjadi maka obat-obat antimrtik dapat diberikan. Untuk usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera melaporkannya jika gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat antivomitus dapat membuatnya megantuk (Rahayu, 2017).

2. Pusing/Sakit Kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu kadang disertai penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia (Rahayu, 2017).

3. Sekret Berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh estrogen), atau karena kandidiasis (sering), glikosuria, infeksi, trikomonas, gonore. Mencoba untuk menentramkan perasaan pasien dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi, (atau mengobatinya). Beri nasihat dengan menjelaskan bahwa peningkatan secret vagina

merupakan kejadian fisiologis, anjurkan untuk memperhatikan *hygiene* dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari bahan katun tipis atau menghindari celana jeans yang ketat dan pakaian dalam yang sintetis yang akan meningkatkan kelembaban serta iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari depan kebelakang serta keringkan dengan handuk atau tisu bersih serta penanganan pruritus (Rahayu, 2017).

4. Sering Buang Air Kecil

Buang air kecil yang sering ini dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena progesterone dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala janin yang turun ke rongga panggul. yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum-minuman yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak di siang hari, dan lakukan senam kegel (Rahayu, 2017).

5. Pergerakan Janin

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak

minimal 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi dan minum dengan baik (Rahayu, 2017).

6. Pegal-Pegal

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahukan cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan menggunakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika di perlukan) (Rahayu, 2017).

7. Kaki Bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan reynsi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre-eklamsia). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan

kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan (Rahayu, 2017).

8. Nyeri Perut Bawah

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan beban berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika diperlukan) (Rahayu, 2017).

9. Konstipasi

Konstipasi terjadi pada bulan-bulan terakhir dan disebabkan karena progesterone dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat diberi pencahar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan

yaitu dengan nasihat makanan tinggi serat, buah dan sayur, eksta cairan, hindari makanan berminyak, dan anjurkan olahraga tanpa dipaksa (Rahayu, 2017).

G. Kebutuhan Selama Kehamilan

1. Nutrisi

a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan factor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Prawirohardjo, 2014).

b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema (Prawirohardjo, 2014).

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium pada ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan rikersia pada bayi atau osteomalasia pada ibu (Prawirohardjo, 2014).

d) Zat Besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari. terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi perminggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphabate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Prawirohardjo, 2014).

e) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Kekurangan

asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Prawirohardjo, 2014).

2. Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka ductus dan sinus laktiferius, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhlah lembut setiap hari pada areola dan putting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada putting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alcohol. Karena payudara menegang, sensitive, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (*brassiere*) (Prawirohardjo, 2014).

3. Perawatan Gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terikat dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin

sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis (Prawirohardjo, 2014).

4. Kebersihan Tubuh dan Pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal douche*. Gunakan pakaian longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut. Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, berat badan lahir rendah (BBLR), premature, kelainan congenital, dan solusio plasenta (Prawirohardjo, 2014).

5. Oksigen

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

6. Hubungan Seksual

Hubungan seksual Selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut:

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

7. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tentanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis

dengan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4).

Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka kehendaknya mendapatkan minimal dosis 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan). Bagi bumil dengan status TT2 maka bisa diberikan satu kali suntikan bila interval sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4 pun dapat diberikan sekali suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari satu tahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun).

Tabel 2.1
Tabel I imunisasi TT

Status	Jenis Suntikan TT	Interval Waktu	Lama Perlindungan	Persentase Perlindungan
T0	Belum pernah mendapatkan suntikan TT			
T1	TT1			80
T2	TT2	4 minggu dari TT1	3 tahun *	95
T3	TT3	6 bulan dari TT2	5 tahun	99
T4	TT4	Minimal 1 tahun dari TT3	10 tahun	99
T5	TT5	3 tahun dari TT4	Seumur hidup	

Sumber : (Sulistyawati, 2012)

8. Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. Bidan hendaknya menyarankan agar ibu hamil melakukan masing-masing gerakan sebanyak dua kali pada awal latihan dan dilanjutkan dengan kecepatan dan frekuensi menurut kemampuan dan kehendak mereka sendiri minimal lima tiap gerakan (Sulistyawati, 2012).

H. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan inpartum sebelum kelahiran. perdarahan 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 abrupsio plasenta (Hani dkk, 2011).

Tabel 2.2
Tanda bahaya Kehamilan

Gejala dan Tanda Utama	Faktor Predisposisi	Penyulit Lain	Diagnosis
1) Perdarahan tanpa nyeri, usia gestasi > 22 minggu 2) Darah segar/kehitaman dengan bekuan 3) Perdarahan dapat terjadi setelah miksi atau defekasi, aktivitas fisik, kontraksi Braxton Hicks, atau koitus	1) Grande Multipara	1) Syok 2) Perdarahan setelah koitus 3) Tidak ada kontraksi uterus 4) Bagian terendah janin tidak masuk PAP 5) Kondisi janin normal atau terjadi gawat janin	Plasenta Previa
1) Perdarahan dengan nyeri intermitten atau menetap 2) Warna darah kehitaman dan cair, tetapi mungkin ada bekuan jika solusio relative baru. 3) Jika ostium terbuka, terjadi perdarahan berwarna merah segar.	1) Hipertensi 2) Versi luar 3) Trauma abdomen 4) Polihidramnion 5) Gemelli 6) Defisiensi dizi	1) Syok yang sesuai dengan jumlah darah yang keluar (tipe tersembunyi) 2) Anemia berat 3) Melemah atau hilangnya gerakan janin 4) Gawat janin/Hilangnya DJJ 5) Uterus tegang dan nyeri	Solusio Plasenta
1) Perdarahan intraabdominal dan atau vaginal 2) Nyeri hebat sebelum perdarahan dan syok, yang	1) Riwayat SC 2) Partus lama atau kasep (lewat waktunya) 3) Disporporosi kepala/fetopelvis 4) Kelainan letak/presentasi 5) Persalinan	1) Syok atau takikardia 2) Adanya cairan bebas intraabdominal 3) Hilangnya gerak janin dan DJJ 4) Bentuk uterus	Ruptura Uteri

kemungkinan hilang setelah terjadi regangan hebat pada perut bawah (kondisi ini tidak khas)	traumatic	abnormal atau konturnya tidak jelas 5) Nyeri raba/tekan dinding perut dan bagian-bagian janin muda dipalpasi	
1) Perdarahan berwarna merah 2) Uji pembekuan darah tidak menunjukkan adanya bekuan darah setelah tujuh menit 3) Rendahnya factor pembekuan darah, fibrogen, trombosit, fregmentasi sel darah merah	1) Solusio plasenta 2) Janin mati dalam rahim 3) Eklamsia 4) Emboli air ketuban	1) Perdarahan gusi 2) Gambaran memar bawah kulit 3) Perdarahan dari tempat suntikan dan jarum infuse	Gangguan pembekuan darah

Sumber : Hani dkk, 2011.

2. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang mentap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Hani dkk, 2011).

3. Pengelihatannya Kabur

Karena pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman visual ibu dapat berubah. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang dan berbintik-bintik. Perubahan visual mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan visual mendadak mungkin merupakan suatu tanda pre-eklamsia (Hani dkk, 2011).

4. Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendistis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsi plasenta, ISK, dan lain-lain (Hani dkk, 2011).

5. Bengkak pada Muka Atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkan kakinya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat,

dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia (Hani dkk, 2011).

6. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu mulai merasakan gerakan janin selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan janinnya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam periode. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika berbarung atau beristirahat dan jika ibu belum makan dan minum dengan baik (Hani dkk, 2011).

I. Diagnosa Kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnose banding, diantaranya sebagai berikut:

1. Pseudosisis (hamil palsu atau kehamilan spuria)

Terdapat amenorea, perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negative. Uterus berukuran biasa. Wanita mengaku dirinya hamil, tetapi sebenarnya tidak hamil. Hal ini biasanya terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil. Dijumpai tanpa dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan (Hani dkk, 2011).

2. Kistoma Ovari

- a) Mungkin ada amenorea atau datang bulan terus berlangsung
- b) Perut penderita makin besar, tetapi tidak disertai tanda hamil dan uterusnya sebesar biasa.
- c) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan
- d) Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif (Hani dkk, 2011).

3. Mioma Uteri

Dapat terjadi amenorea, perut penderita makin membesar, uterusnya makin besar, terkadang tidak merata. Akan tetapi, tanda-tanda kehamilan seperti tanda Braxton Hicks dan reaksi kehamilan negatif (Hani dkk, 2011).

4. Vesika Uteri dengan Retensio Urine

Uterus memiliki ukuran seperti pada umumnya, tanda-tanda kehamilan, dan reaksi kehamilan negatif (Hani dkk, 2011).

5. Hematometra

- a) Terlambatnya datang bulan yang dapat melampaui umur hamil
- b) Perut terasa sakit setiap bulan
- c) Terjadinya tumpukan darah dalam rahim
- d) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif
- e) Sebab hymen in perforate
(Hani dkk, 2011).

J. Hormon Dalam Kehamilan

Menurut Saryono (2010) hormon adalah zat kimia (biasa disebut bahan kimia pembawa pesan) yang secara langsung dikeluarkan kedalam aliran darah oleh kelenjar kelenjar dan pada kehamilan hormon membawa berbagai perubahan, terpusat pada berbagai bagian tubuh wanita Hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah : Perubahan perubahan hormonal selama kehamilan (trimester I sampai trimester III)

1. Estrogen

Produksi estrigen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan

2. Progesterone

Produksi hormon progesteron bahkan lebih banyak dibandingkan estrogen, pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250mg/hari

3. Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi, fungsinya adalah untuk mempertahankan korpus luteum

4. Human Placenta Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Ia bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik.

5. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh estrogen dan progesteron plasenta

6. Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen. Sekresi air susu sendiri dihambat oleh estrogen ditingkat target estrogen

7. Growth Hormone

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL

8. TSH, ACTH dan MSH

Hormon-hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan

9. Tirotoksin

Kelenjar tiroid mengalami hipertrofi dan produksi t_4 meningkat

10. Aldosteron, Renin dan Angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler

11. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat estrogen, progesteron dan HPL

12. Parathormon

Hormon ini relatif tidak dipengaruhi oleh kehamilan

K. Kunjungan ANC

Kunjungan Antenatal Care adalah kunjungan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya yang terdiri dari dua kunjungan yaitu kunjungan awal dan kunjungan ulang. Untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan kunjungan antenatal yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk 1 kali kunjungan bersama dengan suami/keluarga.

Tabel 2.3
Jadwal Kunjungan ANC

Trimester	Jumlah Kunjungan	Waktu Kunjungan
I	1X	Sebelum 16 minggu
II	1X	Antara minggu ke 24-28
III	2X	Antara minggu ke 30-32 Antara minggu ke 36-38

Sumber : (Rahayu, 2017)

2.1.2 Persalinan

A. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan atau kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2014).

Persalinan atau kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi karena cukup bulan (36-42 minggu) dan bersifat spontan kurang dari 18 jam tanpa ada factor penyulit dan komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Yongki dkk, 2012).

B. Teori Persalinan

1. Teori Penurunan Hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesterone turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

2. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan tegannya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

3. Teori Distensi Rahim

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- c) Contohnya pada kehamilan gameli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan mengalami persalinan lebih dini.

4. Teori Iritasi Mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

5. Teori Oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
- c) Menurunnya konsentrasi progesterone karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkat aktivasnya dalam meregangnya otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.
- d) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenali
- e) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

f) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

g) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F_2 atau E_2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hasil ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

h) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut;

- 1) Ganggang laminaria; dengan cara laminaria dimasukan kedalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*.
- 2) Amniotomi; pemecahan ketuban
- 3) Oksitosin drip; pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus.

(Sulistyawati, 2010).

C. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power / tenaga yang mendorong anak

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks

2) Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri

3) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks

b) Tenaga mengejan

1) Kontraksi dinding otot-otot dinding perut

2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

3) Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage / panggul

a) Bagian bagian tulang panggul

1) Dua os coxae

(a) Os ischium

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior

(1) Corpus membentuk acetabulum

(2) Ramus superior terletak dibelakang dan bawah corpus

(3) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis

(4) Spina ischiadica memisahkan insisura ischiadica mayor dengan insisura minor

(5) Tuber ischiadicum adalah bagian terbawah ischium dan merupakan tulang duduk pada manusia

2) Os pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

(a) Corpus mempunyai medial yang kasar. Bagian ini menjadi satu dengan yang bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis.

Muskulus lefatorani melekat pada permukaan dalam os pubis

(b) Crista pubis adalah tepi atas corpus

(c) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica

(d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illii pada linea iliopectinea. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum

(e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior osis ischii

3) Os sacrum

(a) Berbentuk segitiga, basis diatas apek dibawah

(b) Terdiri dari 5 os vertebrae yang tumbuh menjadi satu

(c) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui asticulatio sacroiliaca

(d) Permukaan atas vertebrae sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebrae lumbak ke-5

(e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung

(f) Promontorium adalah tepi anterir superior vertebrae sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol kedalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter anteroposterior aditus pelvis

4) Os illium

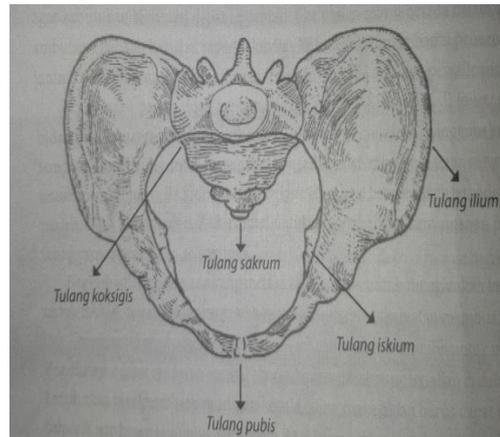
Titik penting :

(a) Spina illiaca anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale

(b) Spina illiaca posterior superior : setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak lekuk pada kulit

(c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior

(d) Os cossygis : pelvis mayor disebelah atas pelvis minor, superior dari linea terminalis. Fungsi obstetriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.



Gambar 2.2

Tulang panggul

Sumber : (Sulistyawati, 2010)

b) Bagain bagian pelvis minor

Pelvis minor, dibagi 3 bagian

1) Pintu atas panggul/PAP

(a) Anterior : crista dan spina pubica

(b) Lateral : linea illiopectinea pada os coxae

(c) Posterior : tepi anterior ossis sacri dan promontorium

2) Cavum pelvis

(a) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm

(b) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjanag os sacrum 10- 15 cm

(c) Os ischium dan sebagian corpus ossis illii terdapat disebelah lateral

3) Pintu bawah panggul / PBP

Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya

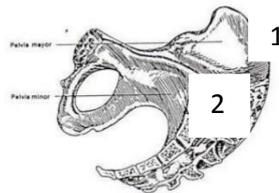
(a) Anterior : lig arcuatum pubis dan artcus pubis

(b)Lateral : tuber isciadikum dan ligamentum sacrotuberosum

(c)Posterior : ujung os sacrum

- Ruang Panggul

1. Pelvis mayor (false pelvis)
2. Pelvis minor (true pelvis)



Gambar 2.3
Pelvis mayor dan minor
Sumber : (Sulistyawati, 2010)

c) Bidang panggul

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

1) Pintu atas panggul

(a)Diameter transversa (13,5 cm)

(b)Konjugata obstetrica normal >10 cm

(c)Konjugata anatomica

Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista pubica (permukaan atas os pubis), 11,5

(d)Konjugata obstetrika

Jarak antara pertengahan promontorium dengan margoposterior superior symphysis pubis 11 cm

(e) Conjugata diagonalis

Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium 12,5 cm.

(f) Diameter transversa

Jarak terbesar antara linea iliopectinea kanan dan kiri 13,5 cm.

(g) Diameter oblik sinistra

Jarak antara articulatio sinistra dengan eminentia iliopetinea dekstra 12,5 cm.

(h) Diameter oblik dekstra

Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia ileopoteneasinistra 12,5 cm.

(i) Diameter sagitalis posterior

Jarak antara persilangan diameter anteroposterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium, 4,5 cm.

2) Bidang luas panggul

(a) Diameter interspinosum (10 cm)

(b) Bidang terkecil dari cavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir mirip seperti lingkaran, batasnya adalah :

(1) Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis

(2)Lateral : sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium

(3)Posterior : hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga

3) Pintu bawah panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu distansia inetrspinosium

(a) Batas segitiga depan : basisnya : distansia Intertuberosum; Apexnya : angulus subpubicus ; sisnya : ramus osis pubis dan tuber ischiadicum

(b)Batas segitiga belakang : basisnya : distansia interspinosum; apexnya : articulatio sacrococygealis; sisinya : ligamentum sacrotuberosum

Diameter PBP

(a)Diameter antero posterior anatomis dari margo inferior sympisis pubis ke ujung os coccygis 9,5 cm

(b)Diameter antero posterior obstetrik dari margo inferor sympisis pubis ke articulatio sacrococygealis 11,5 cm

(c)Diameter transfersa

Jarak antara permukaan dalam tuber isciadikum kanan kiri
11 cm

(d)Diameter sagitalis posterior dari pertengahan diameter transfersa ke artikulasio sacro coccygealis 9 cm

(e) Diameter sagitalis anterior dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus 6 cm

Bidang Hodge

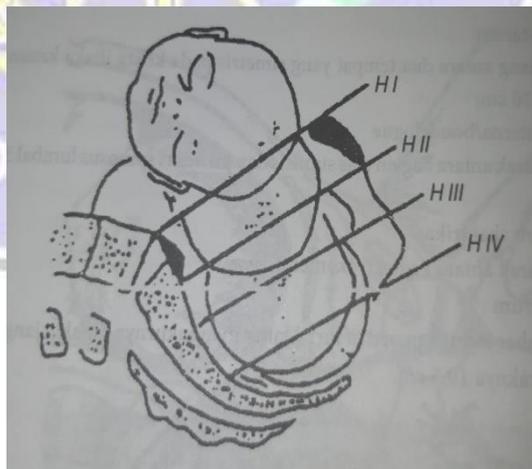
Bidang hodge berguna untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

(a) *hodge I* : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promotorium*.

(b) *Hodge II*: bidang yang sejajar *hodge 1* setinggi bagian bawah *simfisis*.

(c) *Hodge III*: bidang yang sejajar I, II setinggi *spina ischiadika*

(d) *Hodge IV*: bidang yang sejajar *Hodge I, II, III* setinggi tulang *koksigis*.



Gambar 2.4

Penurunan kepala sesuai bidang *Hodge*

Sumber : (Sulistyawati, 2010)

4) Bidang sempit panggul

(a) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinaan

(b) Terbentang dari apek arcus subpubis, melalui spina ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5)

(c) Batas batas :

(1) Tepi bawah symphysis pubis

(2) Spina ischiadica

(3) Lig sacrospinosum

(4) Os sacrum

3. Passanger / fetus

a) Akhir minggu ke-8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu ke-12

b) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali

c) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu

d) Djj mulai terdengar minggu 18-20 minggu

e) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm

f) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gr/ perempuan 3150 gr

g) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

(Hidayat dan Sujiyatini, 2010)

D. Lima Benang Merah

Lima aspek dasar/lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam persalinan yang bersih dan aman adalah: Membuat keputusan klinik, Asuhan sayang ibu dan bayi, Pencegahan infeksi, Pencatatan/rekam medis, Rujukan

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik dilakukan dengan melalui proses pemecahan masalah yang sistematis yaitu mengumpulkan data dan analisis informasi, membuat diagnose kerja (menentukan kondisi yang dikaji normal atau bermasalah), membuat rencana tindakan yang sesuai diagnose, melaksanakan rencana tindakan dan mengevaluasi hasil asuhan/tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir.

Proses tersebut bisa disimpulkan menjadi empat langkah pengambilan keputusan klinik, yaitu:

a) Pengumpulan data

Data yang terkumpul diklasifikasikan dalam data subyektif dan data obyektif. Data subyektif adalah data yang dikeluarkan oleh pasien didapat dengan metode pengumpulan data wawancara. Data obyektif adalah data yang bisa diperoleh pemeriksa dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan observasi

b) Diagnosa

Data yang terkumpul, kemudian dilakukan analisis data untuk selanjutnya dirumuskan diagnosa. Pastikan data yang ada dapat mendukung diagnosa. Perhatikan bahwa memungkinkan terdapat sejumlah diagnose banding/ganda. Pengumpulan data untuk merumuskan diagnose bukan proses linier melainkan proses sirkuler (melingkar) yang berangsur terus menerus. Selanjutnya lakukan antisipasi masalah/penyakit yang memungkinkan terjadi setelah diagnose dibuat.

c) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan diawali dengan membuat rencana, yang selanjutnya pelaksanaan rencana asuhan. Dalam penatalaksanaannya asuhan yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) Susunan rencana penatalaksanaan yang memdai bagiibu dan BBL
- 2) Terdapat beberapa pilihan intervensi efektif, diskusikan dengan ibu/keluarga. Pilihan ini akan dipengaruhi oleh bebrapa faktor, antara lain:

- (a) Bukti-bukti klinik (pemeriksaan fisik, pemeriksaan labolatorium)
- (b) Keinginan dan kepercayaan ibu
- (c) Tempat dimana asuhan diberikan
- (d) Perlengkapan, bahan, obat yang tersedia

(e)Biaya

(f) Tindakan keterampilan

(g)Sumber daya yang mendukung

3) Laksanakan rencana secara tepat waktu dan mengacu keselamatan klien

d) Evaluasi

Penatalaksanaan yang telah dilaksanakan dievaluasi untuk menilai tingkat keefektifitasnya (Sulistyawati, 2010).

2. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan meliputi :

a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya

b) Jelaskan semua asuhan dan perwatakan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut

c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya

d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir

- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya
- f) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- g) Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memerhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
 - i) Hargai privasi ibu
 - j) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
 - k) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
 - l) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
 - m) Hindari tindakan berlebihan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma
 - n) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
 - o) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
 - p) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)

q) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan, siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran

Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan :

- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
- b) Bantu ibu untuk menyusukan bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif
- c) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
- d) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayinya
- e) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir (Sulistyawati, 2010).

3. Pencegahan Infeksi

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

tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS. Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi :

a) Asepsis atau Teknik Aseptik

Adalah istilah umum yang biasa digunakan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh (eradikasi) mikroorganisme pada kulit, jaringan dan instrumen/peralatan hingga tingkat yang aman.

b) Antiseptik

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya

c) Dekontaminasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis,

sarung tangan dan permukaan (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

d) Mencuci dan Membilas

Adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya debu, kotoran) dari kulit atau instrumen/peralatan.

e) Desinfeksi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda atau instrumen.

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

g) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dan benda-benda mati atau instrumen.

Tindakan- tindakan pencegahan infeksi meliputi :

a) Cuci tangan

b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya

c) Memproses alat bekas pakai

- d) Menangani peralatan tajam dengan aman
 - e) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar
 - f) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik
- (Sulistyawati, 2010).

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

PI yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
 - b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
 - c) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan, harus diproses secara benar
 - d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah di proses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi
 - e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten
- (Sulistyawati, 2010).

1. Pencatatan/Rekam Medis

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah:

- a) Kelengkapan status klien
 - b) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya
 - c) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien
 - d) Kesesuaian kelaikan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
 - e) Upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan
- (Sulistyawati, 2010).

2. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan yaitu kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi).

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Transfusi darah

- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cumin
- d) Pemberian antibiotik intravena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir.

Adapun yang wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan, antara lain :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- c) Biaya pelayanan
- d) Waktu dan jarak tempuh ke tempat rujukan

Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan.

Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu :

- a) B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan.
- b) A (Alat) : Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.

- c) K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi mengapa perlu dilakukan rujukan. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan untuk dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai.
- d) S (Surat) : Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.
- e) O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ke tempat rujukan.
- f) K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.
- g) U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.
- h) DA (Do'a) : Beritahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan
(Sulistyawati, 2010).

E. Kala Persalinan

1. Kala I

Dimulai dengan saat mulanya persalinan sampai pembukaan lengkap yaitu pembukaan/ dilatasi serviks sekitar 10 cm. Proses pada kala I ini terbagi menjadi 2 fase, yang mana masing-masing fase tidak sama lama waktunya. *Fase laten* berlangsung 8 jam,

pada fase ini diperlukan waktu yang lama hanya untuk mencapai 3 cm. Fase berikutnya adalah fase aktif, pada fase ini pembukaan dapat mencapai maksimal antara 10 cm. Kala I ditandai dengan kontraksi uterus yang kuat dan semakin lama frekuensinya semakin sering. Pada kala I biasanya ibu ingin segera mengeluarkan janin dan sering mencoba mendedan. Sebagai seorang bidan hendaknya kala ini memberikan nasehat pada ibu yang melahirkan untuk menyimpan tenaga dengan cara tidak mendedan, karena kemungkinan kehambisan tenaga pada saat memasuki proses persalinan dapat terjadi.

a) Fisiologi persalinan kala I

1) Durasi

Lamanya persalinan ini sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh paritas ibu dengan interval, keadaan psikologis, posisi, bentuk, ukuran panggul, serta karakter dari kontraksi uterus tersebut. Sebagian besar dari seluruh tahapan persalinan adalah merupakan proses dari kala satu pada umumnya diharapkan bahwa fase aktif akan berakhir dalam waktu 12 jam.

2) Aksi uterus

Setiap kontraksi uterus selalu bermula dari fundus di dekat salah satu kornuanya dan merebet melintas sampai ke bawah. Kontraksi tersebut terangsang paling lama disana dan

sekaligus juga paling kuat dibagian fundus tetapi mencapai puncaknya secara bersamaan diseluh bagian uterus dan kemudian kontraksi tersebut mereda diseluh bagian secara bersamaan.

3) Kontraksi dan retraksi

Otot-otot uterus memiliki satu sifat yang unik. Selama persalinan berlangsung, kontraksi tidak seluruhnya berlanjut tetapi serabut otot menahan sebageian dari pemendekan kontraksi dan tidak seluruhnya rileks sepenuhnya, ini disebut retraksi. Pada awal persalinan kontraksi uterus terjadi setiap 15-20 menit dan bisa berlangsung kira-kira 30 detik. Kontraksi ini biasanya terjadi dengan keteraturan yang berirama dan interval (selang antar waktu) kontraksi menjadi lebih pendek, sementara lamanya kontraksi semakin panjang. Pada akhir kala satu kontraksi bisa terjadi 2-3 menit selang waktunya, dan berlangsung selama 50-60 detik dan sangat kuat.

4) Pembentukan segmen atas dan bawah uterus

Segmen uterus bagian atas terutama dikaitkan dengan kontraksi dan tebal serta berotot, sedangkan segmen bagian bawah disiapkan untuk pengembangan dan pembukaan serta lebih tipis. Segmen bagian bawah terlalu berkembang dari isthmus dan panjang kira-kira 8-10 cm (Rahayu, 2017).

2. Kala II

Kala ini dimulai dengan pembukaan lengkap (10cm) sampai janin lahir, proses ini tergantung dari persalinan multipara atau primipara. Lamanya kala II 1-2 jam. Perlu diantisipasi pada kala ini adalah ukuran jalan lahir dan perbandingan dari janin terutama kepala janin. Hal lain yang tidak kalah penting untuk dipantau adalah tenaga ibu untuk mengedan diperlukan cara yang tepat, pemantauan janin meliputi presentasi penurunan janin atau detak jantung janin setelah kontraksi, status kesehatan bagi ibu tentang kebutuhan cairan dan perilaku ibu. Dalam keadaan normal, pada saat “*crowning*” atau setelah bahu depan lahir, disuntikan oksitosin intramuscular sebanyak 10 unit. Oksitosin bekerja dalam 2-3 menit sehingga penyuntikan ini dapat menurunkan resiko terjadinya perdarahan pasca persalinan. Bila injeksi dilakukan saat “*crowning*” maka sisa proses persalinan selanjutnya akan berlangsung tidak secara tergesa-gesa, oksitosin akan menunjukkan efeknya saat persalinan kala II berakhir sempurna.

a) Tanda-tanda kala II

- 1) His menjadi lebih kuat (3 detik -4 detik sekali)
- 2) Mengeluarkan darah dan lendir banyak
- 3) Bila datang his disertai ibu mengejan.

4) KK pecah sendiri pada kala II, kadang-kadang kulit ketuban pecah pada akhir kala I, vulva membuka, anus membuka dan perinium menonjol (tidak selalu).

5) Bila KK sudah pecah maka pada waktu his tampak penonjolan kepala anak, kulit ketuban menonjol keluar (bila his hilang kulit ketuban akan kembali tidak tampak).

b) Kemajuan persalinan

Pada wanita primipara, tahap turun masuknya (engagement) janin harusnya terjadi lebih lambat dari fase aktif pada kala satu persalinan sedangkan pada wanita multipara tidak terjadi engagement tersebut pada saat permulaan kala dua dari persalinan. Angka rata-rata kecepatan turun maksimum 1,6 cm perjam pada primipara dan 5,4 cm perjam pada multipara. Lamanya kala dua rata-rata adalah 1 jam untuk primipara dan 15 menit pada wanita multipara, pada umumnya kala dua yang berlangsung lebih dari 2 jam bagi primipara atau 1 jam pada multipara dianggap sudah abnormal .

c) Perbedaan lama kala 1 dan kala II persalinaan

Table 2.4
Perbedaan lama kala 1 dan kala II

Kelompok	Kala satu (jam)	Kala dua (menit)
Primipara Rata-rata-SD	8,1±4,3	54±39
Multipara Rata-rata-SD	5,7±3,4	19±21

Sumber : (Rahayu, 2017).

Kontraksi selama kala dua adalah sering kuat dan sedikit lebih lama yaitu kira-kira setiap 2 menit, yang berlangsung 60 sampai 90 detik dengan intensitas tinggi dan ekspulsif.

d) Posisi dalam persalinan

Posisi yang boleh diambil oleh ibu akan tergantung pada beberapa faktor:

- 1) Kondisi ibu dan janin. Jika khawatir mengenai kesehatan ibu atau bayinya, maka pemantauan yang harus sering dan terus menerus dilakukan mungkin akan membatasi pilihannya dalam memilih posisi.
- 2) Pilihan pribadi ibu. Hendaknya menjadi pertimbangan bidan waktu menolong ibu yang akan bersalin.
- 3) Lingkungan. Untuk alasan keselamatan dan juga privasi ada kemungkinan bahwa tidaklah mungkin untuk mempertimbangkan posisi-posisi alternative

4) Keyakinan bidan. Melihat kemampuan dirinya sendiri untuk mengawasi dan menolong kelahiran bayi diutamakan melihat keinginan pasiennya dalam memilih posisi dalam melahirkan.

e) Posisi semi telentang dan ditopang

Posisi dalam melahirkan bisa dengan posisi semi telentang dan ditopang dengan paha diangkat ke atas. Posisi ini dianjurkan, jika ibu menggeletak datar pada punggung maka kompresi vena caval akan meningkat yang akan menyebabkan timbulnya hipotensi dan hal ini bisa mengarah perfusi plasenta yang berkurang serta oksigenasi janin yang berkurang

f) Posisi dorsal

Membuat bidan mendapat akses yang baik serta pandangan yang jelas atas perineum.

(Sri, Rahayu. 2017).

3. Kala III

Proses ini dimulai dari setelah janin lahir sampai pengeluaran plasenta, lamanya proses ini harus kurang dari 30menit. Persalinan kala I dan II berakhir, maka kala III akan mulai terjadi. Pada kasus yang sudah diyakini bahwa merupakan persalinan pada kehamilan tunggal, maka antisipasi terhadap jalannya persalinan kala III sudah dipersiapkan menjelang akhir kala II.

Plasenta selanjutnya akan turun dari segmen bawah uterus seperti bentuknya. Tinggi fundus uteri naik diatas pusat, mengeras.

Setelah plasenta lahir segmen bawah uterus kembali kosong, fundus uteri turun dan mengeras karena mengalami kontraksi.

4. Kala IV

Saat yang paling kritis pada ibu pasca melahirkan adalah pada masa post partum. Pemantauan ini dilakukan untuk mencegah adanya kematian ibu akibat perdarahan. Kematian ibu pasca persalinan biasanya terjadi dalam 6 jam post partum. Hal ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan, dan eklamsia post partum. Selama kala IV, pemantauan dilakukan 15 menit pertama setelah plasenta lahir dan 30 menit kedua setelah persalinan. Setelah plasenta lahir, berikan asuhan berupa;

- a) Rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang kontraksi uterus.
- b) Evaluasi tinggi fundus uteri dengan cara letakan jari tangan anda secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Fundus uteri harus sejajar dengan pusat atau dibawah pusat.
- c) Perkiraan darah yang hilang secara keseluruhan.
- d) Pemeriksaan perineum dari perdarahan aktif (apakah dari laserasi atau luka episiotomi)
- e) Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi
- f) Pendokumentasian

(Yongki dkk, 2012).

F. Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

1. Lightening atau settling atau dropping, Kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
3. Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan nyeri diperut bawah dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus kadang-kadang disebut “false labor pains”
5. Serviks menjadi lembek, mulai madatar dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloody show)
(Mochtar, 2011).

G. Tanda persalinan

1. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur
2. Keluar Lendir bercampur darh (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
3. Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mandatar dan telah ada pembukaan
(Mochtar, 2011).

H. Mekanisme Persalinan

1. Mekanisme persalinan adalah cara penyesuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu. Ada 6 gerakan dengan overlapping yang jelas diuraikan sebagai berikut:

a) Penurunan

Penurunan yang meliputi engagement pada diameter obliqua kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat.

b) Flexi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena itu merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput. UUK lebih rendah daripada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul.

c) Putar paksi dalam

UUK masuk PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (Musculus dan fascia levator ani). UUK berputar 45° kekanan (menuju garis tengah). Sutura sagitalis pindah dari diameter obliqua kanan ke diameter anteroposterior panggul: LOA (left

occipito anterior) ke OA (occipito anterior). UUK mendekati symphysis pubis dan sinciput mendekati sacrum. Kepala berputar dari diameter obliqua kanan ke diameter anteroposterior panggul tetapi bahu tetap pada diameter obliqua kiri. Dengan demikian hubungan normal antara sumbu panjang kepala dengan sumbu panjang bahu berubah dan leher berputar 45°.

d) Ekstensi

Ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah dan dasar panggul yang menimbulkan tekanan ke bawah. Dan dasar panggul yang memberikan tahanan perlu di perhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 sampai 5cm, sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada occiput dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan lengan kepala membuka pintu (crowning). occiput lewat melalui PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses ekstensi yang cepat sinciput sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirnya bregma, dahi, hidung, dan dagu melalui perineum.

e) Resusitasi

Pada waktu kepala mencapai dasar panggul. Maka bahu memasuki panggul oleh karena panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar kedepan. Maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan resusitasi kembali (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

f) Putar paksi luar

Putar paksi luar kepala sebenarnya merupakan manifestasi putar paksi dalam daripada bahu. Pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar ke depan dibawah symphysis dan berdiameter bisacromialis berputar dari diameter obliqua ke kiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Dengan begini memanjangkan bahu maka diameter memanjangkan bahu dapat sesuai dengan diameter memanjang PBP. Kepala yang telah berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal dengan bahu. Sekarang berputar untuk memepertahankan : LOA menjadi LOT.

2. Mekanisme bahu

Pada waktu kepala tampak di PBP, memasuki PAP. pada obliqua yang berlawanan dengan kepala. Misalnya pada LOA kalau kepala engage pada diameter obliqua kanan PAP maka bahu engage pada obliqua kiri. Kontraksi uterus dan hejan perut ibu mendorong janin ke bawah sympisis. Berputar bahu ke dapean berlawanan arah dengan putaran kepala ke depan. Bahu depan lahir dibawah sympisis pubis menjadi titik putar disana. Kemudian bahu belakang lahir melalui perineum dengan gerakan flexi lateral.

3. Kelahiran badan dan anggota

Setelah bahu dilahirkan maka bagian tubuh janin lainnya lahir dengan kontraksi perut ibu tanpa mekanisme yang khusus dan tanpa kesulitan (Rahayu, 2017).

I. Teori Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada 2 tanda berikut ini yaitu:

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 his dalam 10 menit.
2. Perubahan serviks berupa pendataran dan atau dilatasi serviks

Persalinan kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

a) persalinan kala 1 fase laten

- 1) fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran serviks sempurna. Namun pada multipara,

pada akhir fase laten serviks belum mendatar sepenuhnya,.

Dilatasi serviks pada fase laten berlangsung perlahan.

- 2) Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam
- 3) Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif

b) Persalinan kala 1 fase aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi serviks mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap
- 2) Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progresif
- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif kira-kira 1,5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yaitu diambil adalah 1 cm per jam.

c) Penatalaksanaan awal persalinan kala 1 fase laten

- a) Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan dan minum seperti biasa, disarankan untuk jalan-jalan

- b) Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose saat awal inpartu harus dipertimbangkan

secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebih dan tidak perlu.

J. Teori Partograf

1. Pengertian Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi, dan menatalaksanakakan persalinan (Sriningsih, 2017).

2. Tujuan Partograf

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan pada pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam (PD)
 - b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal dan sebagai deteksi terjadinya partus lama.
 - c) Mencatat kondisi ibu dan janin
 - d) Untuk membuat keputusan klinik
- (Sriningsih, 2017).

3. Penggunaan Partograf

- a) Semua ibu dalam fase aktif kala 1 sebagai elemen penting asuhan persalinan baik normal maupun penyulit
- b) Semua tempat selama persalinan dan kelahiran (di Institusi pelayanan kesehatan PMB maupun dirumah).
- c) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Sriningsih, 2017).

4. Bagian-bagian partograf :

a) Kemajuan persalinan

- 1) Pembukaan serviks.
- 2) Turunnya bagian terbawah dari kepala janin.
- 3) Kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya kontraksi uterus).

b) Kondisi janin

- 1) Denyut jantung janin.
- 2) Warna dan volume air ketuban.
- 3) Moulase kepala janin.

c) Kondisi ibu

- 1) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban.
- 2) Tekanan darah, nadi dan suhu badan.
- 3) Volume produksi urin, aseton dan protein.
- 4) Obat dan cairan.

5. Cara mencatat temuan pada partograf

Informasi awal/ saat datang ke tempat bersalin:

- a) Nama, umur.
- b) Gravida, para, abortus.
- c) Nomor catatan medik/nomerpuskesmas
- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (jika dirumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
- e) Waktu pecahnya selpaut ketuban.

6. Kondisi janin

a) Denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin merupakan cara yang aman untuk mengetahui kondisi janin. Sebaiknya menghitung denyut jantung tiga kali secara terpisah dengan interval 5 detik dan kalikan jumlah yang didapat dengan empat. Kisaran normal DJJ pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga bawah 120 atau di atas 160.

b) Moulase tulang kepla janin.

Moulase atau penyusupan adalah tanda penting bahwa seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras atau tulang panggul ibu dan bila janin tidak bisa menyesuaikan diri maka janin tidak dapat melewati dasar panggul ibu. Lambang-lambang moulase kepala janin :

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

1 : tulang-tulang kepala janin hnaya saling bersentuhan.

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi dapat dipisahkan.

7. Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

Pencatatan pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan ditulis dengan tanda “X” pada garis waspada. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam. Pencatatan pembukaan mulai pada pembukaan fase aktif (4-10cm). Pencatatan pembukaan serviks pada garis waspada dan hubungkan dari tanda “X” dari pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Turunnya kepala janin (bagian bawah janin)

Jika kemajuan persalinan normal, pembukaan serviks harus diikuti turunnya kepala janin. Tetapi kadangkala turunya kepala janin mulai terjadi dari pembukaan serviks sebesar 7 cm. Turunnya kepala janin diukur dengan pemeriksaan luar dengan memperhatikan bagaimana jari-jari dapat melingkupi kepala sampai bagian kepala yang tidak masuk kedalam panggul, skala turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5.

c) His (kontraksi uterus)

Pada kolom waktu dibagian bawah terdapat lima kotak paralel. Pada sisi kiri dari kotak-kotak tertulis kontraksi dalam 10 menit. Kotak harus diisi dengan simbol kontraksi seperti :

Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik

- Berikan garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

8. Kondisi ibu

a) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban

Lambang-lambang yang ditulis dalam partograf:

U: selaput ketuban masih utuh.

J: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban sudah kering.

b) Tekanan darah ibu diukur setiap 4 jam sekali diberi tanda panah pada kolom waktu yang sesuai seperti :



- 1) Nada ibu diukur setiap 30 menit sekali diberi tanda (.) pada kolom waktu yang sesuai.
- 2) Temperatur tubuh ibu diukur setiap 2 jam sekali catatlah hasil pemeriksaan pada kotak tersedia.
- 3) Volume produksi urin, aseton, dan protein

Ukur dan catat jumlah urin ibu sedikitnya 2 jam sekali. Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih lakukan pemeriksaan aseton dan protein urin.

c) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah laju kotak observasi kontraksi uterus tertera laju kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV.

9. Pada bagian belakang partograf

Pada bagian belkang partograf terdapat sebagian informasi tambahan mengenai penatalaksanaan atau pengamatan selama dan sesudah proses persalinan. Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut :

- a) Data-data informasi umum
- b) Kala 1-IV persalinan
- c) Bayi baru lahir.

10. Cara pengisian lembar belkang partograf:

- a) Usahakan agar pengisian dilakukan selengkap mungkin, jangan ada yang dikosongkan.
- b) Kata-kata yang dicetak tebal merupakan masalah utama yang terjadi pada kala I,II,III,dan IV.
- c) Apabila terjadi masalah beri tnda (√) pada yang ada di depan masalah yang sesuai. Dengan cara yang sama pilih jenis tindakan yang dilakukan. Apabila masalah atu tindakan tidak

tercantum dalam pilihan yang ada tulislah keterangan dibelakang lain-lain.....

d) Untuk pilihan dengan tanda bintang (*) pilih salah satu.

(Rahayu, 2017).

K. Kebutuhan Ibu Persalinan

Menurut Sulistyawati (2010) kebutuhan ibu persalinan adalah sebagai berikut:

1. Asuhan Tubuh dan Fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

a) Menjaga kebersihan diri

- 1) Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.
- 2) Mandi dibak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai dan merasa sehat.

b) Berendam

Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala 1 dan beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan. Diperlukan bak yang cukup dalam agar air dapat menutupi abdomen ibu. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro terapi dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu kontraksi ibu bersalin.

c) Perawatan Mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral atau tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain. Perawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Menggosok Gigi

Ibu bersalin harus diingatkan untuk membawa sikat dan pasta gigi ke rumah sakit/bersalin untuk digunakan selama persalinan.

2) Mencuci Mulut

Dengan pemberian produk pencuci mulut sebagai tindakan untuk menyegarkan napas.

3) Pemberian Gliserin

Untuk menghindari terjadinya kekringan pada bibir, dapat digunakan gliserin dengan cara mengusap bibirnya.

4) Pemberian Permen

Untuk memlembabkan mulut dan tenggorokan, untuk mencegah aspirasi sebaliknya anjurkan untuk mengonsumsi permen lollipop.

d) Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dengan control suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Oleh karena itu gunakan kipas angin, atau biasanya juga dengan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

2. Nutrisi

Perubahan makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan. Namun ibu disarankan untuk tidak mengonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

a) Makanan yang dianjurkan

- 1) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai maupun madu.
- 2) Sarapan sereal
- 3) Nasi Tim
- 4) Biskuit
- 5) Yogurt rendah lemak

6) Buah segar

b) Minuman yang dianjurkan

1) Minuman yang rendah lemak

2) Jus buah-buahan

3) Kaldu jernih

4) Cairan isotonic

3. Personal higien

Ibu sangat dianjurkan menjaga kebersihan diri menjelang persalinan, manfaatnya antara lain:

a) Dengan mandi dan membersihkan badan, ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan. Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.

b) Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.

c) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat dengan anus yang akan dibersihkan, karena hal tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata di episiotomy.

4. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih. Retensi uteri terjadi apabila:

a) Tekanan pada pleksus sacrum menyebabkan terjadinya inhibisi implus sehingga vasica uretra menjadi penuh tetapi tidak timbul rasa berkemih.

- b) Distensi yang menghambat saraf reseptor pada dinding vasica uretra.
- c) Tekanan oleh bagian terendah vasica uretra
- d) Kurangnya privasi/postur yang kurang baik
- e) Kurangnya kesadaran untuk berkemih, dan
- f) Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vasica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan kateterisasi.

5. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung itu. Adapun dukungan dapat diberikan oleh pendamping yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu

ibu bernafas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu.

L. Masalah Persalinan

Beberapa masalah yang bisa terjadi menjelang persalinan, proses persalinan dan paska persalinan menurut Rabiah (2013) antara lain :

1. Janin terlilit tali pusat

Kondisi ini kerap membuat para calon ibu khawatir. Pasalnya ada penelitian yang mengatakan 25% janin mengalami hal ini. Dan ada juga penelitian yang mengatakan sekitar 20% persalinan normal. Terdapat beberapa tali pusat yang tidak membahayakan janin sehingga dipastikan dengan pemeriksaan *ultrasonografi*. Dengan pemeriksaan ini dapat dilihat posisi lokasi lilitan tali. Beberapa kali lilitan terjadi dan bagaimana aliran darah di daerah lilitan tersebut bisa diketahui apakah lilitan tali pusat tersebut membahayakan janin atau tidak. Kondisi bayi yang terlilit tali pusat akan berpengaruh terhadap ibu dan si jabang bayi, yaitu :

- a) Gangguan proses persalinan normal, karena janin tidak turun ke rongga panggul menuju jalan lahirnya

Jika lilitan terlalu kuat membuat janin kekurangan oksigen (*hipoksia*) dan akan membahayakan. Membahayakan apabila kondisi seperti diatas dan calon ibu ingin

memutuskan persalinan normal, maka perlu pendampingan dari dokter yang terus memonitor apakah dapat menyebabkan bahaya. Jika keadaan semakin memburuk maka jalan satu-satunya adalah dengan SC.

b) Posisi bayi sungsang

Bila bayi didapati dengan posisi sungsang mintalah dokter untuk mengembalikan posisi janin sebelum meminta anda untuk melakukan proses persalinan SC. Tindakan yang dapat anda lakukan agar bayi anda kembali ke posisi normal maka lakukan *knee-chest* atau posisi sujud-menungging (dada lutut). Jika posisi janin tetap sungsang sampai akhir kehamilan, biasanya dokter akan melakukan tindakan Eksternal Cephalic Version (ECV) atau memutar janin. Tindakan ini dapat dilakukan bila :

- 1) Ibu hamil tidak mengalami perdarahan pada vagina dan plasenta di dekat mulut rahim
- 2) Detak jantung bayi tidak normal
- 3) Hamil kembar
- 4) Pertumbuhan janin tidak normal
- 5) Air ketuban kurang

c) Bayi lahir dengan *sindroma down*

Bayi lahir dengan kondisi *sindroma down* atau *sindroma mongoloid* terjadi karena kelainan pembelahan sel di seluruh

tubuh bayi yang disebut *non disjunction*. Hal ini yang menghasilkan janin yang saat ini masih berupa embrio dengan tiga copy kromosom bukan 2 copy sebagaimana mestinya. Penyebab ini masih belum di ketahui sampai sekarang.

d) Bayi lahir premature

Penyebab umumnya terjadinya kelahiran prematur adalah *Premature Rupture of Membrane* (PROM). Ini terjadi karena selaput ketuban pecah dan air ketuban keluar sebelum waktunya lahir. Beberapa ahli berpendapat bahwa pemicunya adalah :

- 1) Infeksi vagina, kadar hormon esterogen yang meningkat dalam keadaan hamil menyebabkan vagina memproduksi lebih banyak glikogen yang mendukung pertumbuhan jamur. Pencegahannya adalah menjaga kebersihan vagina.
- 2) Infeksi saluran kemih, gejalanya adalah merasa terbakar ketika buang air kecil, sakit di seputar panggul atau di bawah puser, anyang-anyangan atau sering terasa mau buang air kecil, urin bau dan berwarna keruh serta terkadang ada darahnya. Pencegahan dengan minum air putih sesuai dengan kebutuhan tubuh.
- 3) *Listeria* atau listeriosis. Infeksi ini sering diabaikan, gejalanya mirip flu dengan sedikit demam serta kadang

diare. Selain kelahiran prematur, bayi bisa menderita meningitis. Pencegahannya dengan menghindari makanan yang mudah dihinggapai jamur seperti keju lunak atau daging yang belum matang.

- 4) Cairan amniotic yang terlalu banyak
- 5) Mulut rahim yang lemah
- 6) Bentuk rahim yang tidak normal, misal memiliki kantong rahim ganda tetapi satu mulut rahim
- 7) Hamil kembar
- 8) Stress selama fase kehamilan. Pencegahannya dengan melakukan relaksasi.
- 9) Hamil di usia yang sudah tua.

2. Plasenta previa

Plasenta previa dimana plasenta tumbuh di tempat yang salah. Seharusnya plasenta terbentuk di sepanjang bagian atas rahim. Namun pada kasus ini plasenta justru melekat atau menutupi serviks. Kondisi ini mengganggu proses persalinan karena plasenta menutupi jalur lahir dan sekitar 0,5% ibu hamil mengalami plasenta previa. Letak plasenta yang tidak pada tempatnya ini bisa diketahui sejak sebelum proses persalinan. Plasenta previa biasanya dapat terdeteksi melalui *ultrasonografi*. Jika terdeteksi tumbuh di bawah rahim pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu, maka ibu hamil dinyatakan positif

mengalami plasenta previa. Jika plasenta menghalangi jalan lahir maka diputuskan untuk persalinan SC. Tanda klinis dari plasenta previa adalah *painless bleeding* atau perdarahan tanpa nyeri. Hal ini harus ditangani cepat dan tepat karena berakibat fatal bagi ibu dan janin. Penyebabnya masih belum diketahui. Terdapat beberapa resiko terjadinya plasenta previa yakni:

- a) Pernah melakukan kuratasae dan operasi caesar di kehamilan sebelumnya
 - b) Kehamilan kembar
 - c) Memiliki endometrium, merokok
 - d) Hamil di bawah usia 20 tahun atau di atas 30 tahun
 - e) Memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.
3. Pre eklampsia dan postpartum eklampsia

Pre eklampsia merupakan keadaan dimana tekanan darah meningkat dan terdapat protein dalam urin yang hanya bisa terjadi selama masa kehamilan. Ketika pre eklampsia terjadi di minggu-minggu akhir kehamilan, maka dokter akan cepat mengambil tindakan mengeluarkan janin sebagai bentuk pertolongan pada janin. Namun jika pre eklampsia terjadi di awal kehamilan maka pihak medis akan mengambil tindakan memperpanjang masa kehamilan sampai janin dinggap telah cukup kuat untuk dilahirkan dan keadaan ibu baik. Pre

eklampsia masih bisa terjadi setelah persalinan dan risiko masih tinggi samapi 4 minggu, setelahnya bila keadaan pre eklampsia tidak ditangani dengan baik dikhawatirkan terjadi eklampsia dengan tanda klinis berupa kejang dan koma. Terdapat beberapa gejala sebelum terjadi eklampsia atau *impending eklapsia* yaitu : tekanan darah meningkat, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri perut bagian atas (nyeri uluh hati), pembekalan seluruh badan, nyeri otot dan sendi. Penyebab pre eklampsia belum dapat dipastikan. Menurut dugaan para ahli faktor genetik, pola makan, difisiensi vitamin (misalnya vitamin A) atau penulakan sistem imun dari plasenta oleh tubuh ibu. baik pre eklampsia dan eklampsia penanganannya dilakukan oleh dokter dengan memberikan obat-obatan seperti magnesium sulfat untuk mencegah dan mengatasi kejang. Lalu suntikan *labelatol*, *nicardipine*, *nifedipine*, atau hidralazin untuk menurunkan tekanan darah.

4. Ketuban pecah dini

Penanganan ketuban pecah dini sangat tergantung pada kondisi ibu dan kehamilannya, termasuk janin dan cairan ketuban. Jika jumlah cairan ketuban masih cukup, maka dokter cenderung menahan janin di rahim. Dan si calon ibu harus beristirahat total dan mendapat penanganan diberikan obat-obat untuk memtangkan paru-paru janin dan antibiotik untuk

mencegah infeksi. Umumnya hal ini akan membuat selaput ketuban akan menutup sendiri dan cairan ketuban akan kembali dan terus dibentuk. Jika cairan ketuban habis sama sekali, dokter akan segera mengeluarkan bayi lewat jalan operasi SC. Tips mencegah ketuban pecah :

- a) Periksa kehamilan secara teratur dan segera ke obgyn jika merasa ada yang tidak normal dengan kehamilan atau di daerah kemaluan.
 - b) Bersihkan daerah kemaluan dengan dari mulai depan ke belakang.
 - c) Jika mulut rahim cenderung lemah segera hentikan melakukan hubungan seksual.
 - d) Konsumsi vitamin C secara teratur terlebih saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu.
5. BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah)

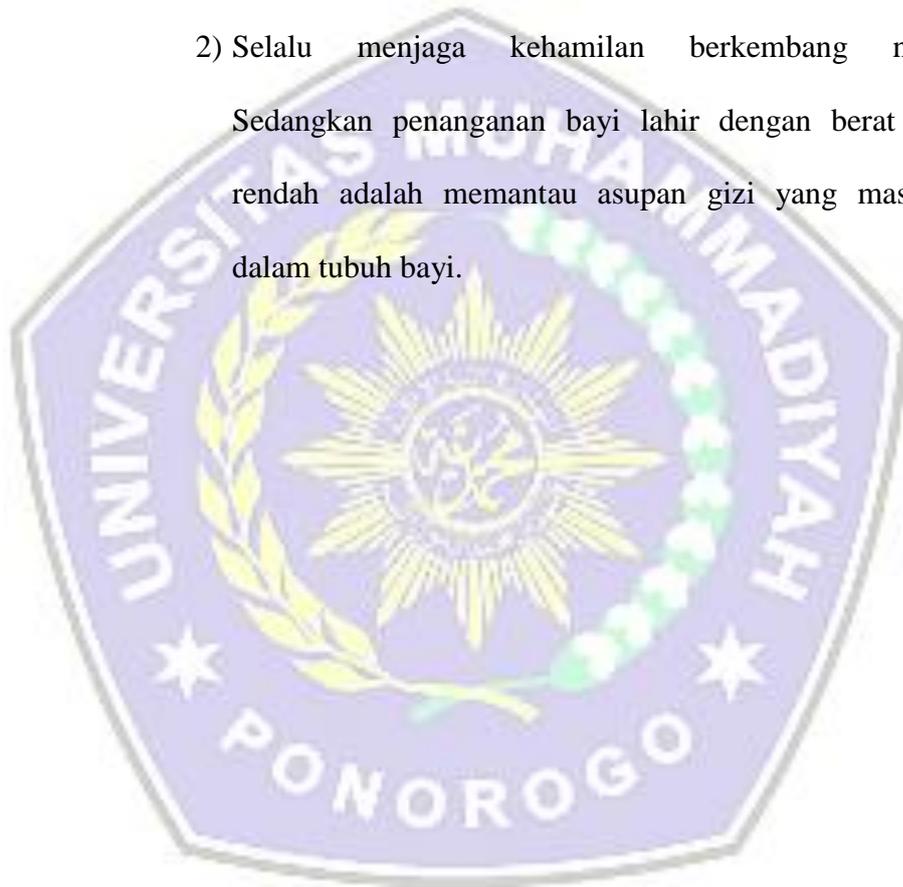
Proses kelahiran cenderung lancar tetapi kondisi bayi yang baru saja dilahirkan tidak sempurna. Tak sedikit bayi yang dilahirkan dalam kondisi berat badan rendah. Umumnya terjadi lantaran usia kehamilan yang belum cukup bulan atau bayi lahir tapi berat badan saat lahir lebih kecil ketimbang pada saat di dalam kandungan (dismaturitas). Faktor penyebab berat badan bayi lahir rendah :

- a) Adanya gangguan pertumbuhan janin yang sering disebabkan oleh suplai makanan dari ibu ke janin berkurang.
- b) Kelainan plasenta.
- c) Infeksi atau hipertensi.

Pencegahan berat badan bayi lahir rendah :

- 1) Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter obgyn
- 2) Selalu menjaga kehamilan berkembang normal.

Sedangkan penanganan bayi lahir dengan berat badan rendah adalah memantau asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh bayi.



2.1.3 Nifas

A. Pengertian

Masa postnatal dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya dan kondisi tidak hamil. Masa ini disebut masa puerperium. Asuhan postnatal haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama masa yang istimewa ini. (Rahayu, 2017).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulikan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

B. Tahap Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut;

1. Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan 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 involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia 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 (Saleh, 2009).

C. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

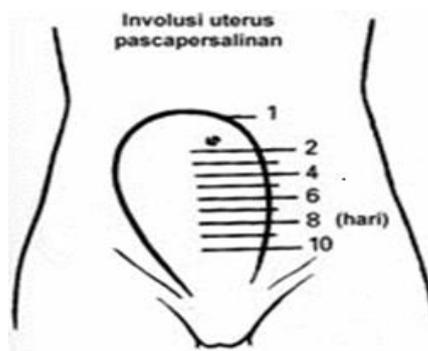
1. Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut;

Autolisis adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot rahim. Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan suatu campuran antara darah yang dinamakan lokia. Lokia adalah cairan rahim selama masa postnatal. Lokia mempunyai reaksi Lokea yang dapat membuat organism berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi.



Gambar 2.5
TFU pada proses involusi
Sumber: (Sulistiyawati, 2009).

Macam-macam lochia;

- 1) *Lokia Rubra*; *Lokia* muncul pada hari pertama sampai ke empat masa post partum. Warnanya merah mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut chorion.
- 2) *Lokia Serosa*; *Lokia* yang muncul pada hari ke lima sampai Sembilan hari berikutnya. Warnanya kecoklatan mengandung lebih sedikit darah dan lebih banyak serum terdiri dari lekosit dan robekan/laserasi plasenta.
- 3) *Lokia Alba*; Berwara lebih pucat, putih kekuningan mengandung lekosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati.

(Rahayu, 2017).

b) Perineum, Vagina, dan Vulva

Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot panggul, perineum, vagina dan vulva. Proses ini membantu pemulihan kearah tonisitas/elastisitas normal dari ligamentum

otot rhim. Ini merupakan proses bertahap yang akan berguna apabila ibu melakukan ambulasi dini, senam masa postnatal dan mencegah timbulnya konstipasi. Progesteron juga meningkatkan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan dan persalinan biasanya menyebabkan timbulnya beberapa hematoma dan edema pada jaringan ini dan pada perineum. Bila melaksanakan latihan pengencangan otot perineum akan mengencangkan vaginanya. Pengencangan yang sempurna bila dilakuka setiap hri. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum akan cepat sembuh (Rahayu, 2017).

c) Payudara

Laktasi akan dimulai dengan perubahan hormone saat melahirkan dan bila wanita tidak menyusui dapat terjadi kongesti payudara selamam beberapa hari pertama postnatal karena tubuh mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespon terhdap stimulasi bayi yang disusui dan akan terus melepaskan hormone yang akan merngsang alveoli untuk memproduksi susu (Rahayu, 2017).

d) Sistem Pencernaan

Seringkali diperlukan waktu 3 sampai 4 hai sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari gerak tubuh berkurang dan susu bagian

bawah sering kosong jika melahirkan diberikan enema. Rasa sakit daerah perineum sering menghalangi keringanan ke belakang sehingga dapat menyebabkan obstipasi (Rahayu, 2017).

e) Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kantung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan, memar jaringan disekitar uretra, dan hilangnya sesuai tekanan yang meningkat di uretra, hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan retensi uri, pengosongan kandung kemih yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan memar. Laju filtrasi glomerulus (GFR) tetap meningkat kira-kira 7 hari setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan (Rahayu, 2017).

f) Sistem Muskuluskeletal

Adaptasi sistem muskuluskeletal ibu yang terjadi selama masa kehamilan berlangsung secara tebalik pada masa postpartum. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan gravitasi ibu

akibat pembesaran rahim. Stanilitas sendi lengkap pada minggu ke 6 sampai minggu ke 8 postpartum. Akan tetapi, semua sendi yang lain kembali normal sebelum hamil tetapi kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan (Rahayu, 2017).

g) Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Rahayu, 2017).

h) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi dieresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal (Rahayu, 2017).

i) Sistem Hematologi

Hari pertama postpartum, konsentrasi hemoglobin dan hematokrit berfluktuasi sedang seminggu setelah persalinan, volume darah akan kembali ke tingkat sebelum hamil (Rahayu, 2017).

D. Perubahan Psikologi pada Masa Nifas

1. Talking in period

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalamannya melahirkan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2. Talking hold period

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitive, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3. Letting go period

Dialami setelah tiba ibu dan bayi dirumah, Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya (Salehah, 2009).

E. Anatomi dan Fisiologi Laktasi

1. Bagian-bagian payudara terdiri dari :

- a) Pabrik ASI (alveoli)
 - 1) Berbentuk seperti buah anggur.
 - 2) Dindingnya terdiri dari sel-sel yang memproduksi ASI jika dirangsang oleh hormon prolaktin.

b) Saluran ASI (duktus lactiferous)

Berfungsi untuk menyalurkan ASI dari pabrik ke gudang

c) Gudang ASI (sinus lactiferous)

Tempat penyimpanan ASI yang terletak dibawah kalang payudara (areola)

d) Otot polos (myopithel)

1) Otot yang mengelilingi pabrik ASI

2) Jika dirangsang oleh hormon oksitosin maka otot yang melingkari pabrik ASI akan mengerut dan menyempatkan ASI di dalamnya.

3) Selanjutnya, ASI akan mengalir ke saluran payudara dan berakhir di gudang ASI.

2. Hal-hal yang meningkatkan oksitosin, antara lain:

a) Ibu dalam keadaan tenang

b) Mencium dan mendengar celoteh bayi atau tangisannya.

c) Melihat dan memikirkan bayinya dengan perasaan kasih sayang.

d) Ayah menggendong bayi dan diberikan kepada ibu saat akan menyusui dan menyendawakannya,

e) Ayah menggantikan popok dan memandikannya

f) Ayah bermain, menggendong, mendendangkan nyanyian, dan membantu pekerjaan rumah tangga.

g) Ayah memijat bayi.

3. Hal-hal yang dapat mengurangi produksi oksitosin, antara lain:

- a) Ibu merasa takut jika menyusui akan merusak bentuk payudara.
- b) Ibu bekerja.
- c) Ibu merasa khawatir produksi ASI nya tidak cukup
- d) Ibu merasa kesakitan, terutama saat menyusui.
- e) Ibu merasa sedih, cemas, kesal, dan binggung.
- f) Ibu mersa malu untuk menyusui.
- g) Suami atau keluarga kurang mendukung dan mengerti ASI
(Sulistyawati, 2009).

4. Manfaat pemberian ASI

- a) Bagi bayi
 - 1) Kualitas dan kuantitas nutrisi yang optimal, namun tidak meningkatkan risiko kegemukan.
 - 2) Antibodi tinggi sehingga anak lebih sehat.
 - 3) Tidak menimbulkan alergi dan menurunkan risiko kencing manis.
 - 4) Menimbulkan efek psikologis untuk pertumbuhan.
 - 5) Mengurangi risiko karies gigi
 - 6) Mengurangi risiko infeksi saluran pencernaan (muntah, diare)
 - 7) Mengurangi risiko infeksi pernafasan dan asma
 - 8) Meningkatkan kecerdasan.
 - 9) Mudah dicerna, sesuai kemmapuan pencernaan bayi
(Marliandini dan Ningrum, 2015).

b) Bagi ibu

- 1) Pemberian ASI membantu ibu untuk memulihkan diri dari proses persalinan. Pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan (hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya hormon oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim).
- 2) Ibu menyusui, yang menstruasinya belum muncul kembali akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil (kadar prolaktin yang tinggi akan menekan hormon FSH dan ovulasi).
- 3) Wanita yang menyusui bayinya akan lebih cepat pulih / turun berat badannya dari berat badan yang bertambah selama kehamilan.
- 4) Pemberian ASI adalah cara terbaik bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayang kepada buah hatinya (Sulistiyowati, 2009).

c) Bagi keluarga

1) Aspek ekonomi

ASI tidak perlu dibeli, sehingga dana yang seharusnya digunakan untuk membeli susu formula dapat digunakan untuk keperluan lain.

2) Aspek psikologi

Kebahagiaan keluarga bertambah, karena kelahiran lebih jarang, sehingga suasana kejiwaan ibu baik dan dapat mendekatkan hubungan bayi dengan keluarga.

3) Aspek kemudahan

Menyusui sangat praktis, karena dapat diberikan dimana saja dan kapan saja. Keluarga tidak perlu repot menyiapkan air masak, botol, dan dot yang harus dibersihkan serta minta pertolongan orang lain (Ambarwati dkk, 2010).

4) Bagi Negara

(a) Menurunkan angka kesakitan dan kematian anak.

Kandungan ASI yang berupa zat protektif dan nutrisi di dalam ASI yang sesuai dengan kebutuhan bayi, menjamin status gizi bayi menjadi baik serta kesakitan dan kematian anak menurun.

(b) Mengurangi subsidi untuk rumah sakit.

Subsidi untuk rumah sakit berkurang karena rawat gabung akan memperpendek lama rawat ibu dan bayi serta mengurangi komplikasi persalinan dan infeksi nosokomial.

(c) Mengurangi devisa dalam pembelian susu formula.

ASI dapat dianggap sebagai kekayaan nasional. Jika semua ibu memberikan ASI maka dapat menghemat devisa yang seharusnya dipakai membeli susu Formula.

(d) Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa.

Anak yang mendapat ASI, tumbuh kembang secara optimal sehingga akan menjamin kualitas generasi penerus bangsa (Marliandiani dkk, 2015).

5. Jenis ASI

a) Kolostrum

Air susu yang pertama kali keluar, berwarna kuning keemasan, kental, dan lengket. Kolostrum ini disekresi oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai hari keempat pascapersalinan. Kolostrum mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi daripada ASI matur. Kolostrum mengandung rendah lemak dan laktosa. Kolostrum merupakan pencakar ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bagi bayi (Marliandiani dkk, 2015).

b) ASI transisi/ peralihan

ASI peralihan diproduksi pada hari keempat/ ketujuh sampai hari ke-10 sampai ke -14 setelah kolostrum sampai

sebelum matang ASI (Roesli, 2012). Pada ASI transisi kadar lemak, laktosa, dan vitamin larut air lebih tinggi, kadar protein dan mineral lebih rendah, serta mengandung lebih banyak kalori (Marliandiani dkk, 2015).

c) ASI matur

Asi matur keluar setelah hari ke-14 dan seterusnya. ASI matur akan terlihat lebih encer daripada susu sapi. Akan tetapi, pada tahap ini ASI banyak mengandung nutrisi yang sangat dibutuhkan oleh bayi (Marliandiani dkk, 2015).

6. Kandungan ASI

a) Protein

Protein ASI paling rendah, berkisar 1,3 g/ml pada bulan pertama dengan rata-rata 1,15 g/100ml dihitung berdasarkan total nitrogen x 6,25. ASI mengandung whey protein dan casein. Casein adalah protein yang sukar dicerna dan whey protein adalah protein yang membantu menyebabkan isi pencernaan bayi menjadi lebih lembut atau mudah dicerna oleh usus bayi.

b) Lemak

Lemak ASI terdiri dari trigliserid (98-99%) yang dengan enzim lipase akan terurai menjadi trigliserol dan asam lemak. Enzim lipase tidak hanya terdapat pada sistem pencernaan bayi, tapi juga dalam ASI. Lemak ASI lebih mudah dicerna karena

sudah dalam bentuk emulsi. Salah satu keunggulan lemak ASI adalah kandungan asam lemak *essensial*, *decosaenoic acid* (DHA) dan *arachonic acid* (AA) yang berperan penting sampai 1 tahun usia anak.

c) Vitamin

1) Vitamin yang larut dalam lemak

Vitamin A adalah satu vitamin yang penting yang tinggi kadarnya dalam kolostrum dan menurun pada ASI biasa. ASI adalah sumber vitamin A yang baik dengan konsentrasi sekitar 200 IU/dl. Vitamin yang larut dalam lemak lainnya adalah vitamin D, E, dan K.

2) Vitamin yang larut dalam air

3) Vitamin C, asam nicotinic, B12, B1 (tiamin), B2 (Riboflavin), B6 (piridoksin) sangat dipengaruhi oleh makanan ibu, namun untuk ibu dengan status gizi normal, tidak perlu diberi suplemen.

d) Zat besi

Meskipun ASI mengandung sedikit zat besi (0,5-1,0 mg/liter), namun bayi yang menyusui jarang terkena anemia. Bayi lahir dengan cadangan zat besi dan zat besi dari ASI diserap dengan baik (>70%) dibandingkan dengan penyerapan 30% dari susu sapi dan 10% dari susu formula.

e) Zat anti infeksi

ASI mengandung anti infeksi terhadap berbagai macam penyakit, seperti penyakit saluran pernapasan atas, diare, dan penyakit saluran pencernaan.

f) Laktoferin

Laktoferin banyak dalam ASI (1-6 mg/ ml), tapi tidak dalam susu sapi. Laktoferin bekerja sama dengan IgA untuk menyerap zat besi dari pencernaan sehingga menyebabkan terhidarnya suplai zat besi yang dibutuhkan organisme patogenik, seperti *Eschericia Coli* (*E.coli*) dan *Candida Albicans*. Oleh karena itu, pemberian suplemen zat besi kepada bayi menyusui harus lebih dipertimbangkan.

g) Faktor bifidus

Faktor bifidus dalam ASI meningkatkan pertumbuhan bakteri baik dalam usus bayi (*Lactobacillus Bifidus*) yang melawan pertumbuhan bakteri patogen (seperti *shigela*, *salmonela*, dan *E. Coli*), yang ditandai dengan Ph rendah (5-6), bersifat asam, dari tinja bayi.

h) Lizozim

Lizozim dapat melawan serangan *E.coli* dan *Salmoonela*, serta lebih unik dibandingkan dengan antibodi lain karena jika yang lain menurun maka kadar lizozim akan meningkat di ASI

setelah bayi berumur di atas 6 bulan sampai saat bayi sudah mulai diberikan makanan pendamping ASI .

i) Taurin

Taurin adalah asam amino dalam ASI yang terbanyak kedua. Berfungsi sebagai *neurotransmitter* dan berperan penting dalam maturasi otak bayi (Sulistyawati, 2009).

F. Cara Menyusui yang Benar

1. Posisi ibu dan bayi yang benar

a) Berbaring

Miring ini posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan napas bayi agar tidak tertutup oleh payudara.

b) Duduk

Untuk posisi duduk, ibu dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi yang paling nyaman (Sulistyawati, 2009).

2. Cara Menyusui yang Benar

Tujuan menyusui yang benar adalh untuk merangsang prokuisususu dan memperkuat refleks mengisap bayi.

a) Langkah-langkah perlekatan/ menyusui yang benar

1) Cuci tangan sebelum menyusui dan mendampingi ibu.

- 2) Ibu duduk atau berbaring dengan santai (bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak menggantung dan punggung ibu bersandar pada kursi).
- 3) Mempersilakan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas
- 4) Sebelum menyusui bersihkan puting sampai aerola dengan kapas dibasahi air hangat (DTT) lalu ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekita aerola payudara (cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu).
- 5) Jelaskan pada ibu bagaimana teknik memegang bayinya
 - (a) Kepala dan badan bayi berada pada satu garis
 - (b) Perut bayi menempel pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi dibelakang badan ibu dan yang satu didepan.
 - (c) Muka bayi menghadap payudara, sedangkan hidungnya ke arah puting susu.
 - (d) Ibu harus memegang bayinya berdekatan dengan ibu.
 - (e) Untuk BBL, ibu harus menopang badan bayi bagian belkang disamping kepala dan bahu.
- 6) Mengajari ibu untuk menopang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah serta jangan menekan puting susu dan aerolanya.

- 7) Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi dengan puting susu.
- 8) Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar aerola ke mulut bayi)
- 9) Setelah bayi mulai mengisap, menganjurkan ibu untuk tidak memegang atau menyangga payudara lagi.
- 10) Menganjurkan ibu untuk memperhatikan bayi selama menyusui.
- 11) Mengajari ibu cara melepas isapan bayi dengan cara jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah.
- 12) Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya (Marliandiani dkk, 2015).

G. Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Sakit kepala
2. Nyeri Epigastrik
3. Pengelihatn Kabur
4. Pembengkakan diwajah atau ekstremitas
5. Demam
6. Muntah

7. Rasa sakit waktu berkemih
8. Payudara berubah menjadi merah, panas dan sakit
9. Kehilangan nafsu makan
10. Rasa sakit kepala

(Sulistyawati, 2009).

H. Komplikasi Masa Nifas

1. Perdarahan Pervaginam
 - a) Atonia Uteri
 - b) Robekan jalanlahir
 - c) Retensio Plasenta
 - d) Tertinggalnya sisa plasenta
 - e) Inversio uteri
2. Infeksi Masa Nifas
 - a) Vulvitis, Vaginitis, Servisititis
 - b) Endometritis
 - c) Septikemia dan Pyemia
 - d) Peritonitis, Salpingitis, dan Ooforitis

(Sulistyawati, 2009).

I. Kebutuhan Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet

yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut;

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

2. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Sekarang perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang ditempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dan tidur ditempat tidur dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut ;

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

- c) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan member makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan indonesia(social ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang seksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomy atau luka diperut, serta memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

Early ambulation tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya. Penambahan kegiatan dengan *early ambulation* harus berangsur-angsur jadi bukan maksudnya ibu segera setelah melahirkan bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya.

3. Eliminasi

a) Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum.

Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka akan dilakukan katerisasi. Akan tetapi kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk katerisasi. Berikut sebab-sebab

terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu postpartum;

- 1) Berkurangnya tekanan intraabdominal
 - 2) Otot-otot perut masih lemah
 - 3) Edema dan uretra
 - 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- b) Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum BAB, maka perlu diberikan obat pencahar per oral atau perrektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4. Personal Higien

Pada masa nifas postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tepat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk dijaga. Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut;

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari

depan kebelakang, kemudian membersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.

- c) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- d) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

5. Istirahat dan Tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut;

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan
- b) Sarankan ibu kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal;
 - 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya.

6. Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa postpartum harus memenuhi syarat berikut.

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu-satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7. Latihan dan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut;

- a) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.

- b) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
- c) Dengan tidur terlentang dan lengan disamping, tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.
- d) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukan latihan Keagel.
- e) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- f) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke 6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali
(Saleha, 2009).

J. Kunjungan Nifas

1. Jadwal Kunjungan Nifas

- a) Kunjungan Pertama (6 jam – 3 hari)
- b) Kunjungan Kedua (4 – 28 hari)
- c) Kunjungan Ketiga (29 – 42 hari)

2. Jenis Pelayanan

- a) Periksa kondisi ibu nifas secara umum

- b) Tenakan darah, suhu, respirasi dan nadi
 - c) Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara
 - d) Lokea dan perdarahan
 - e) Pemeriksaan jalan lahir
 - f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
 - g) Pemberian kapsul vitamin A
 - h) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
 - i) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas
3. Nasehat yang di berikan pada ibu
- a) Makanan-makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu beristirahat.
 - e) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
 - f) Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan.

- g) Perawatan bayi yang benar.
 - h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena membuat bayi stress.
 - i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
 - j) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.
- (Kemenkes, 2015).



2.1.4 BBL

A. Pengertian Bayi Baru Lahir/Neonatus

Bayi baru lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang baru tumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin. Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu -42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Vivian, 2010).

B. Penilaian APGAR Score

Klasifikasi klinik nilai APGAR

1. Nilai 7-10 : bayi normal
2. Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
3. Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

Tabel 2.5
APGAR Score

Skor	0	1	2
A: appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P: pulse (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Di atas 100
G : grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
A : activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R : respiration (usaha bernapas)	Tidak ada	Lemah,tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : (Dewi, 2010)

C. Fisiologis Bayi Baru Lahir/Neonatus

Fisiologis merupakan ilmu yang mempelajari fungsi dan proses vital neonatus. Neonatus merupakan individu yang baru tumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin. Selain itu neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh.

1. Sistem Pernafasan

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Sekama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pernafasan pertama terjadi karena beberapa hal berikut.

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- b) Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang komoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik)
- d) Refleksi deflasi Hering Breur.

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan metintih sehingga udara bisa tertahan didalam. Cara neonatus bernafas dengan cara bernafas diagfragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme.

2. Perdarahan Darah

Pada masa fetus, perdarahan dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian kehati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta keseluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru-paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan pada jantung kanan, dan hal tersebutlah yang

membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan (biokimia PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang beroblitasi. Hal ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ m^2 . Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1.96 liter/menit/ m^2 dan bertambahnya pada hari ke dua dan ketiga (3,54 liter/ m^2) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui tranfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.

3. Suhu Tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya.

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagai contoh, konduksi bias terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBl.

b) Konveksi

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

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Sebagai contoh membiarkan bbl dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (radiantwarmer), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok)

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dalam suhu kamar 25°C , maka bayi akan kehilangan panas melalui koveksi, radiasi dan evaporasi yang besarnya 200kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepersepuluhnya

saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka lakukan hal berikut.

- 1) Keringkan bayi secara seksama
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain yang bersih yang kering dan hangat
- 3) Tutup bagian kepala bayi
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- 6) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

4. Metabolisme

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

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapat dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

5. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL mengandung relative banyak air. Kadar natrium juga relative lebih besar dibandingkan dengan kalium karena

ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena:

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- c) *Renal blood flow* relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

6. Imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propria ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL, hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (luvs, toksoplasma, herpes simplek, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A, G, dan M.

7. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestive mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan

dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestive biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas.

8. Hati

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

9. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Vivian, 2010).

D. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir/Neonatus Normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan lahir 2.500-4000 gram
3. Panjang badan 47-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan 11-12 cm

7. Frekuensi denyut jantung 12-160x/mnt
8. Pernafasan \pm 40-60x/mnt
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR > 7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. Reflek *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. Reflek *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek *grasping* (menggenggam) sudah baik
19. Genetalia
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora
20. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

E. Adaptasi Bayi Baru Lahir/Neonatus

1. *Homeostatis* adalah kemampuan adaptasi fisiologi bayi baru lahir dalam mengatasi banyaknya perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan rahim ke lingkungan luar rahim.

a) Homeostatis neonatus ditentukan oleh keseimbangan antara maturitas dan status gizi

b) Kemampuan Homeostatis pada neonatus kurang bulan tergantung masa gestasi

c) Matriks otak belum sempurna sehingga mudah terjadi perdarahan intracranial

d) Proses adaptasi fisiologi yang dilakukan bayi baru lahir perlu diketahui dengan lebih baik oleh tenaga kesehatan, khususnya bidan, perawat maternitas dan perawat perinatologi yang bertanggung jawab terhadap ibu dan bayi baru lahir, saat lahir, bayi baru lahir harus beradaptasi dengan keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri

e) Adaptasi fisiologi bayi baru lahir adalah sangat berguna bagi bayi untuk menjaga kelangsungan hidupnya diluar uterus.

f) Artinya nantinya bayi harus dapat melaksanakan sendiri segala kegiatan untuk mempertahankan kehidupannya

g) Dalam hal ini yang sangat perlu diperhatikan adalah bagaimana upaya untuk menjaga agar bayi tetap terjaga kesehatannya

h) Yang utama adalah menjaga bayi agar tetap hangat, mampu mempertahankan pernafasan dengan spontan dan bayi menyusu sendiri pada ibunya (Maryunani dkk, 2014).

F. Tahapan Bayi Baru Lahir/Neonatus

1. Tahap I : terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada ini digunakan system *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu
2. Tahap II : disebut tahap transional reaktivitas. Pada tahap II di lakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku
3. Tahap III ; disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Nanny, 2010).

G. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir/Neonatus

1. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mengalami salah satu atau tanda-tanda berikut
 - a) Sesak nafas
 - b) Frekuensi pernafasan 60 kali/menit
 - c) Gerak retraksi didada
 - d) Malas minum
 - e) Panas atau suhu badan bayi rendah
 - f) Kurang aktif
 - g) Berat badan rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum

2. Tanda-tanda bayi sakit berat

- a) Sulit minum
- b) Sianosis sentral (lidah biru)
- c) Perut kembung
- d) Periode apneu
- e) Kejang/periode kejang-kejang kecil
- f) Merintih
- g) Perdarahan
- h) Sangat kuning
- i) Berat badan lahir <1500 gram

(Prawirohardjo, 2009).

H. Kunjungan Bayi Baru Lahir/Nonatus

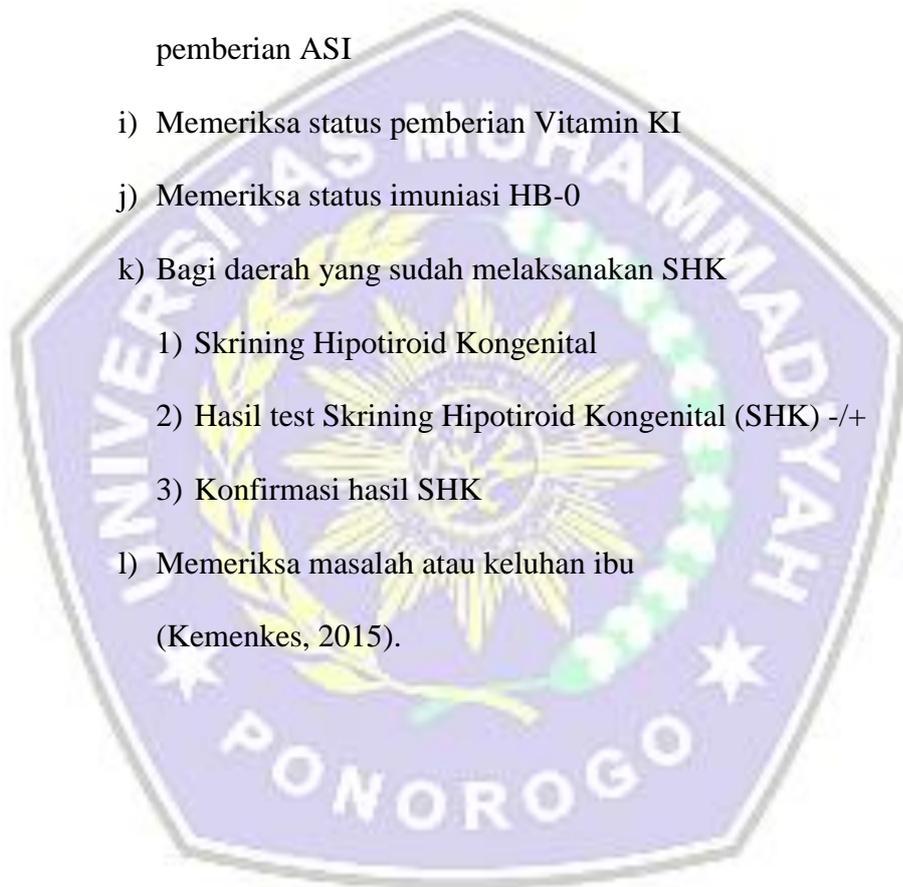
1. Jadwal Kunjungan

- a) Kunjungan Pertama (6 – 48 jam)
- b) Kunjungan Kedua (3 - 7 hari)
- c) Kunjungan Ketiga (8 – 28 hari)

2. Jenis Pemeriksaan

- a) Berat Badan (kg)
- b) Panjang Badan (cm)
- c) Suhu ($^{\circ}\text{C}$)
- d) Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
- e) Memeriksa Kemungkinan Penyakit sangat berat atau infeksi bakteri

- 1) Frekuensi napas (kali/menit)
 - 2) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
 - f) Memeriksa adanya diare
 - g) Memeriksa ikterus
 - h) Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI
 - i) Memeriksa status pemberian Vitamin KI
 - j) Memeriksa status imuniasi HB-0
 - k) Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK
 - 1) Skrining Hipotiroid Kongenital
 - 2) Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+
 - 3) Konfirmasi hasil SHK
 - l) Memeriksa masalah atau keluhan ibu
- (Kemenkes, 2015).



2.1.5 KB

A. Pengertian KB

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Rahayu, 2017).

B. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
2. Meningkatkan jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Imelda, 2018).

C. Sasaran KB

Menurut Handayani (2010), sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan sasaran tidak langsung.

1. Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan
2. Secara tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

Berikut ini merupakan sasaran program keluarga berencana yang tertuang dalam RPJM 2004-2009, meliputi:

- a) Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1.14 per tahun.
- b) Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan
- c) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 persen.
- d) Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen.
- e) Meningkatkan rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- f) Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
- g) Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
- h) Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional (Marmi, 2016).

D. Dampak Program KB Terhadap Kehidupan Sosial

1. Implikasi Program KB Terhadap Bidang Pendidikan

a) Aspek Mikro

Merupakan komposisi penduduk dari komposisi *expensipe* menjadi kemampuan *constructive* dan *stationare*. Perubahan ini

berpengaruh pada pengembangan antara kebutuhan sarana dan prasarana pendidikan dengan kemampuan Negara untuk melaksanakan investasi dibidang pendidikan.

b) Aspek Makro

Dengan ber KB menuju keluarga kecil akan memberi peluang lebih untuk menyekolahkan anak. Ukuran yang lazim dipakai dalam bidang pendidikan adalah;

1) Angka Partisipasi Kasar (APK)

Indikator ini mengukur proporsi anak sekolah pada jenjang pendidikan tertentu dalam kelompok umur jenjang pendidikan tersebut. APK biasanya diterapkan untuk jenjang pendidikan sampai dengan usia 7-12 tahun, (usia 13-15 tahun), dan SLTA (usia 16-18 tahun).

2) Angka Partisipasi Murni (APM)

Indikator ini mengukur proporsi anak yang bersekolah pada kelompok umum tertentu pada tingkat yang sesuai dengan kelompok umur tersebut. APM selalu lebih rendah dibandingkan dengan APK karena pembilangannya lebih kecil sementara penyebutnya sama. Nilai APM yang mendekati 100% menunjukkan hampir semua penduduk bersekolah tepat waktu sesuai dengan usia sekolah pada pendidikannya.

3) Angka Melek Huruf

Angka huruf melek adalah presentase penduduk yang memiliki kemampuan membaca dan menulis huruf latin/dan atau lainnya. Indikator ini menggambarkan mutu SDM yang diukur dalam aspek pendidikan. Semakin tinggi nilai indicator ini, semakin tinggi mutu SDM suatu masyarakat. Untuk memepertajam analisis batasan usia dapat diubah sesuai kebutuhan.

4) Pendidikan Yang Ditawarkan

Indikator ini menunjukkan keterkaitan sistem pendidikan dalam mendidik kelompok dewasa penduduk dewasa.

5) Rata-Rata Lama Sekolah

Rata-rata sekolah dihitung dengan menggunakan dua variabel secara stimulant yaitu tingkat/kelas yang sedang/pernah dijalani dengan jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan.

2. Implikasi Program KB Terhadap Angkatan Kerja

Angkatan kerja (AK) adalah penduduk yang berumur 10 tahun ke atas dan selama seminggu yang lalu mempunyai pekerjaan, baik bekerja maupun sementara tidak bekerja karena suatu sebab seperti sedang menunggu panen, pegawai sedang cuti dan pekerja kelas professional (dukun/dalang) yang sedang menunggu pekerjaan berikutnya. Disamping itu mereka yang tidak

mempunyai pekerjaan akan tetapi sedang mencari pekerjaan dan mendapat imbalan berupa balas jasa.

Pengaruh program kerja terhadap angkatan kerja adalah mereduksi pendidik usia kerja dengan merubah komposisi penduduk usia kerja dengan merubah komposisi penduduk usia kerja dengan merubah komposisi penduduk dari ekspansi menjadi produktif.

3. Pengaruh Implikasi Pelaksanaan Program KB Terhadap Kehidupan Sosial Ekonomi

Kehidupan social ekonomi dalam hal ini tidak lepas dari pengembangan ekonomi. Pembangunan ekonomi dapat ditingkatkan sebagai suatu proses dimana Riil Nasional Income naik secara terus menerus dalam jangka waktu lama. Kenaikan Riil Nasional Income naik secara terus menerus dalam jangka waktu lama. Kenaikan Riil Nasional Income dipengaruhi oleh beberapa faktor dominan, antara lain Pendapatan (Y), Konsumsi (K), Tabungan/Saving (S), dan Investor (I).

Secara makro pengaruh pelaksanaan Program KB terhadap pembangunan ekonomi banyak berkaitan dengan kebutuhan dan kemampuan Negara untuk melakukan investasi (penanaman modal). Semakin tinggi laju pertumbuhan penduduk akan berpengaruh terhadap semakin tingginya akan investasi. Prof. DR. Soemitro Djoyohadikusumo mengemukakan apabila tingkat investasi suatu negara tidak dapat mengimbangi tingkat laju

pertumbuhan penduduknya, maka akan berakibat pada penurunan kualitas kehidupan masyarakatnya.

Setiap 1% penambahan penduduk di Indonesia memerlukan 4% investasi dari GNP nya. Secara makro pengaruh Program KB terhadap kehidupan ekonomi keluarga adalah pada rasionalisme tingkat pengeluaran (konsumsi) keluarga/rumah tangga. Semakin besar jumlah anggota keluarga akan semakin besar pula pemenuhan kehidupannya.

4. Pengaruh Program KB Terhadap Kehidupan Budaya

Aspek budaya yang banyak dipengaruhi dan mempengaruhi pelaksanaan Program KB adalah pada perilaku/tingkah laku/pada pola pikir yang rasional dan bertanggung jawab, kebersihan lingkungan (Noviawati, 2011).

E. Ruang Lingkup KB

1. Ruang lingkup menurut program pelayanan KB, meliputi:

- a) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
- b) Konseling
- c) Pelayanan kontrasepsi
- d) Pelayanan infertilitas
- e) Pendidikan sex (educatio)
- f) Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- g) Konsultasi genetik
- h) Tes keganasan

- i) Adopsi
2. Ruang lingkup program KB secara umum:
- a) Keluarga berencana
 - b) Kesehatan reproduksi remaja
 - c) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
 - d) Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas
 - e) Keserasian kebijaksanaan kependudukan
 - f) Pengelolaan SDM aparatur
 - g) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
 - h) Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur Negara
- (Marmi, 2016).

F. Jenis-Jenis Kontrasepsi

1. KB Metode Sederhana

Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain. Yang termasuk metode KB sederhana adalah kondom, pantang berkala, senggama terputus, dan spremisida. Metode sederhana akan lebih efektif bila penggunaannya diperhitungkan masa subur.

a) Kondom

Kondom, dalam usaha untuk meningkatkan pemeriksaan gerakan keluarga berencana nasional, peran pria sebenarnya sangat penting dan menentukan. Sebagai kepala keluarga pria merupakan tulang punggung keluarga dan selalu terlibat

untuk mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan.

Menurut sejarah, kondom sudah diketahui sejak zaman Mesir kuno dan dibuat dari kulit atau usus binatang. Atas perintah Charles II di Inggris, dokter Condom membuat kondom dari kulit binatang dengan panjang 190 mm, diameter 60 mm dan tebalnya 0,038mm. Teknik dan biaya pembuatannya cukup mahal dan keberhasilannya masih rendah sebagai alat kontrasepsi .

Dokter Fallopio dari Italia membuat kondom linen dengan tujuan utama untuk menghindari infeksi hubungan seksual pada tahun 1564. Dokter Hercule Saxonia pada tahun 1597 membuat kondom dari kulit binatang yang bila hendak dipakai direndam dulu. Kondom terbuat dari karet dikembangkan oleh Dokter Hancock pada tahun 1944 dan oleh Goodyer pada tahun 1970.



Gambar : 2.6
Kondom
Sumber : Marmi (2016).

1) Cara Kerja

Cara kerja kondom adalah menampung spermatozoa sehingga tidak masuk ke dalam kanalis servikalis. Di seluruh dunia, dengan makin meningkatnya perkembangan penyakit hubungan seksual, pemakaian kondom makin meningkat. Konsep kerja kondom adalah menghalangi terumpahnya sperma ke dalam vagina sehingga spermatozoa tidak mungkin masuk ke dalam rahim dan seterusnya. Kegagalan kondom terjadi bila karet kondom bocor atau robek, dan menarik penis setelah lemah sehingga sebagian sperma dapat masuk ke vagina.

2) Keuntungan

Kontrasepsi kondom memiliki harga yang murah, mudah didapatkan (gratis), tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan berpendidikan.

3) Kerugian

Kerugian penggunaan kondom adalah kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisida, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah.

4) Kefektivitasan

Kondom yang dipakai bersamaan dengan metode pantang berkala mempunyai efektivitas yang meningkat.

b) Pantang Berkala

Metode pantang berkala memiliki syarat utamanya adalah patrun menstruasi yang teratur dan kerja sama suami yang baik. metode pantang berkala memiliki tingkat kegagalan tinggi bila patrun menstruasi tidak teratur, apalagi kerja sama dengan suami tidak mungkin dilakukan.

ada dua jenis metode pantang berkala yaitu;

1) Pantang Berkala Dengan Sistem Kalender

Sistem ini dikenal dengan nama system Ogino-Knaus, nama ornag yang meneliti terjadinya ovulasi sekitar 12 sampai 16 hari sebelum menstruasi. Kelemahan system ini sulit menilai menstruasi yang akan datang. Metode ini memerlukan system menstruasi teratur yang teratur sehingga dapat memperhitungkan masa subur untuk menghindari kehamilan system masa subur oleh Ogino-Knaus, metode pantang berkala makin dikenal masyarakat.

Masa subur wanita dapat dihitung dengan melakukan perhitungan minggu subur sebagai berikut;

- (a) Menstruasi wanita teratur antara 26 sampai 30 hari.
- (b) Masa subur dapat diperhitungkan, yaitu menstruasi hari pertama minggu subur dan akhir minggu subur adalah hari pertama menstruasi ditambah 19.

(c)Puncak minggu subur adalah hari pertama menstruasi ditambah 14

2) Pantang Berkala Dengan Sistem Suhu Basal

Telah diketahui bahwa penurunan suhu basal sebanyak 0,5 sampai 1 derajat Celcius pada hari ke 12 sampai ke 13 menstruasi, ketika ovulasi terjadi pada hari ke 14. Setelah menstruasi suhu akan naik lebih dari suhu basal sehingga siklus mesntruasi yang disertai "ovulasi" terdapat temperature "bifasik".

Pantangan berkala dengan system pengukuran suhu basal memerlukan pengetahuan dan metode pengukuran yang akurat, sehingga dapat bermanfaat. Kegagalan system suhu basal sekitar 10% sampai 20%. Kelemahan system pantang berkala adalah pengukuran suhu basal merepotkan dan tidak akurat, hanya dapat digunakan oleh mereka yang terdidik dan hanya berguna pada siklus menstruasi 20 sampai 30 hari.

3) Senggama Terputus

Konsep senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan menjelang terjadinya ejakulasi. Senggama terputus merupakan metode tertua di dunia, karena telah tertulis pada kitab tua dan diajarkan kepada masyarakat. Di prancis adad ke 17, metode senggama terputus merupakan metode utama untuk menghindari kehamilan.

Kekurangan metode ini adalah mengganggu kepuasan kedua belah pihak; kegagalan hamil sekitar 30 sampai 35% karena semen keluar sebelum mencapai puncakkenikmatan, terlambat mengeluarkan kemaluan, semen yang tertumpah diluar sebagian dapat masuk ke genetalia; dan dapat menimbulkan ketegangan kedua belah pihak.

4) Spermisida

Spermisida adalah zat kimia yang dapat melumpuhkan sampai mematikan spermatozoa yang digunakan menjelang hubungan seksual. Setelah pemasangan 5 sampai 10 menit, hubungan seksual dapat dilakukan agar spermasid dapat berfungsi. Metode spermisida telah dikenal pada zaman Yunani Kuno. Metode spermasid tetap dikembangkan oleh berbagai pabrik farmasi seperti foam tablet, krem, atau pasta, supositoria, dan jeli.



Gambar : 2.7
Spermisida
Sumber : Marmi (2016)

Kekurangan spermisida

- (a) Merepotkan menjelang gubungan senggama
- (b) Nilai kepuasan berkurang
- (c) Dapat meinmulkan iritasi atau alergi
- (d) Kejadian hamil tinggi sekitar 30 sampai 35% karena pemasangan tidak sempurna atau terlalu cepat melakukan senggama.

2. KB Efektif

Kontrasepsi hormonal, perkembangan ilmu pengetahuan dan tekonoilhi hormonal telah mempelajari bahwa estrogen dan progesterone memberi umpan baik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamusehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus atau hipofisis estrogen dapat menghambat pengeluaran *follicle stimulating hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan folikel de Graaf tidak terjadi. Disamping itu progesterone dapat menghambat pengeluaran hormone lutenizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltic tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus-endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi.

a) Kontrasepsi Hormonal Pil

Kontrasepsi hormonal pil telah mengalami penelitian panjang, sehingga sebagian besar wanita dapat menerima tanpa kesulitan, dengan patrun menstruasi normal serta durasi antara 4 sampai 6 hari. Disamping durasi 4 sampai 6 hari, masih terdapat patru menstruasi wanita. Wanita tergolong durasi menstruasi kurang dari 4 hari, memerlukan pil KB dengan efek estrogen tinggi. Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek yang rendah.

Berbagai pabrik farmasi telah memastikan pil KB dengan kelebihan dan kekurangannya, sehingga dapat memilih sesuai keberadaan wanita itu. Pada setiap pil terdapat perbandingan kekuatan estrogenic (lebih dominan estrogen) atau progesterogenik (dominan progesterone), melalui penilaian patrun menstruasi.

Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung, tegang, retensi air dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan leukorea, menimbulkan perlunakan serviks. Sedangkan dengan komponen progesterone menyebabkan payudara tegang, akne (kukulan), kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram, liang senggama kering.



Gambar : 2.8
Pill KB
Sumber : Marmi (2016)

1) Keuntungan

Bila pil diminum sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%

(a) Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah :
Ketegangan menjelang menstruasi, Perdarahan menstruasi yang tidak teratur, Nyeri saat menstruasi, Pengobatan pasangan mandul.

(b) Pengobatan penyakit endometriosis

(c) Dapat meningkatkan Libido

2) Kerugian

(a) Harus minum pil secara teratur

(b) Dalam jangka panjang dapat menekan fungsi ovarium

(c) Penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah)

(d) Mempengaruhi fungsi hati

3) Jenis Pill KB

(a) Pill Kombinasi. Sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesterone dan estrogen

(b)Pil Sekuensial. Pil ini mengandung komponen yang disesuaikan dengan system hormonal tubuh. Dua belas pil pertama hanya mengandung estrogen, pil ketiga belas dan seterusnya merupakan kombinasi.

(c)Progesteron. Pil ini hanya mengandung progesterone dan digunakan ibu postpartum.

(d)*After morning pil*. Pil ini digunakan segera setelah hubungan seksual.

Sistem kemasan pil KB diatur dengan sitem 28 dan system 22/21. Sistem 28 (peserta KB pil terus minum pil tanpa pernah berhenti). Sistem 22/21 (peserta KB PIL berehenti minum pil selama 7 hari sampai 8 hari dengan mendapatkan kesempatan menstruasi). Untuk memudahkan masyarakat, pil KB system 28 hari lebih banyak digunakan karena mudah memberikan penjelasan, terutama bagi mereka dengan pendidikan rendah.

4) Petunjuk Pemakaian Pil KB

(a)Minumlah KB pil dengan teratur

(b)Bila lupa, pil KB harus diminum dua buah

(c)Bila perdarahan, tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi

(d)Gangguan ringan dalam bentuk ; mual dan muntah, sebaiknya diatasi.

5) Pedoman untuk Memulai Memberikan Pil KB

- (a) Pada ibu postpartum dapat diberikan Exluton yang mengandung komponen progesterone
- (b) Tidak mengganggu pengeluaran ASI
- (c) Efektif sampai laktasi dihentikan
- (d) Kesulitan dapat menimbulkan; *perdarahan spotting(bercak)*, tidak menstruasi berkepanjangan.
- (e) Post-abortus atau hari kelima menstruasi. Dapat digunakan pil KB system sekuensial atau kombinasi.

6) Ganti cara pemakaian pil KB

- (a) Segera dapat mulai minum pil KB
- (b) Dapat digunakan kombinasi sekuensial
- (c) Dapat terjadi perubahan patrun menstruasi

b) Kontrasepsi Hormonal Suntikan

Metode suntikan KB telah menjadi bagian gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya makin bertambah. Tingginya minat pemakai suntik KB oleh karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pada pasca persalinan.

Dua perusahaan farmasi menemukan suntikan KB hampir bersamaan yaitu Upjohn company (1958) yang menemukan Depo provera yang mengandung medroxyprogesteron acetat 50 mg dan komponen estrogen sedangkan Schering AG (1957)

menemukan Norgest 200 mg yang merupakan derivat testosterone.



Gambar 2.9
Obat suntik KB
Sumber : Marmi (2016)

- 1) Mekanisme kerja komponen progesterone atau derivat testosterone adalah;
 - (a) Menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum
 - (b) Mengentalkan lendir serviks, sehingga sulit menembus spermatozoa
 - (c) Mengganggu peristaltic tuba fallopi, sehingga konsepsi dihambat
 - (d) Mengubah suasana endometrium, sehingga tidak sempurna untuk diimplantasi hasil konsepsi.

2) Keuntungan

- (a) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu
- (b) Tingkat efektifitasnya tinggi
- (c) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas
- (d) Pengawasan medis yang ringan
- (e) Dapat diberikan pasca persalinan, pasca keguguran atau pasca menstrual
- (f) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi
- (g) Suntikan KB Cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi

3) Kerugian

- (a) Perdarahan yang tidak teratur
- (b) Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan
- (c) Masih terjadi kemungkinan hamil
- (d) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB

4) Waktu Pemberian

- (1) Pasca persalinan (segera ketika masih di rumah sakit, jadwal suntikan berikutnya)
- (2) Pasca abortus (segera setelah perawatan, jadwal waktu suntikan diperhitungkan)

(3)Interval (hari kelima menstruasi, jadwal waktu diperhitungkan)

(4)Jadwal waktu suntikan berikutnya diperhitungkan dengan pedoman Depoprovera (interval 12 minggu), Norigest (interval 8 minggu), dan Cyclofem (interval 4 minggu)

c) Kontrasepsi hormonal Susuk (Norplant atau Implan)

Susuk KB yng diperkenalkan di indonesia sejak tahun 1982 dapat diterima masyarakat sehingga Indonesia merupakan Negara terbesar pemakai Norplant. susuk KB di sebut alat KB bawah kulit (AKBK).

1) Teknik pemasangan susuk KB

Prinsip pemasangan susuk KB adalah dipasang pada lengan kiri atas atau pemasangan seperti kipas mekar dengan 6 kapsul.

(a)Rekayasa tempat pemasangan dengan seperti kipas terbuka

(b)Tempat pemasangan di lengan kiri atas, dipatirasa dengan lidokain 2%

(c)Dibuat insisi, sehingga trokar dapat masuk

(d)Trokas ditusukan subkutan sampai batasnya

(e)Kapsul dimasukan ke dalam trokar, dan didorong dengan alat pendorong sampai terasa tidak tahan

(f) Untuk menempelkan bahwa kapsul telah ditempatnya, alat pendorong dimasukan sampai terasa tidak ada tahanan.

(g)Setelah 6 kapsul dipasang, bekas insisi di tutup dengan plaster

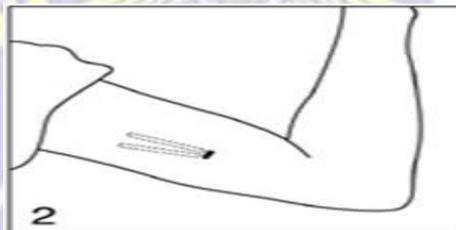
2) Jenis Implan

(a)Norplant. Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang di isi dengan 36 mg Levonogestrel dan lam kerjanya 5 tahun.

(b)Implanon. Terdiri dari satu batang putih lentur dengan 68 mg keto-desogetrel dan lam kerjanya 3 tahun.

(c)Jedan dan Indoplant. Teridir dari 2 batang yang di isi dengan 75 mg Levonorgestrel dengan lama 3 tahun

(Arum dkk, 2011).



Gambar : 2.10

Implan

Sumber : Marmi (2016)

3) Cara kerja

Setiap kapsul susuk KB mengandung 36 mg Levonogestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg. Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH

sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendir serviks dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi.

4) Keuntungan

- (a) Dipasangan selama lima tahun
- (b) Kontrol medis ringan
- (c) Dapat dilayani di daerah pedesaan
- (d) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- (e) Biaya murah

5) Kerugian

- (a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
 - (b) Berat badan bertambah
 - (c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara
 - (d) Liang senggama terasa kering
- 6) Keluhan-keluhan yang sering timbul
- (a) Nyeri kepala
 - (b) Peningkatan/penurunan berat badan
 - (c) Nyeri payudara
 - (d) Perasaan mual
 - (e) Pening/pusing kepala
 - (f) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness)

(g) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan

(h) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS

(i) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan

(j) Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin atau barbiturat)

(k) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan pertahun)
(Arum dkk, 2011).

7) Yang boleh menggunakan Implan

(a) Usia reproduksi

(b) Telah memiliki anak ataupun yang belum

(c) Menghendaki Kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang

(d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi

(e) Pascapersalinan dan tidak menyusui

(f) Pascapersalinan dan tidak menyusui

(g) Pasakeguguran

(h) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi

- (i) Riwayat kehamilan ektopik
- (j) Tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math>, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sicklecell)
- (k) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
- (l) Sering lupa menggunakan pil

8) Yang tidak boleh menggunakan implant

- (a) Hamil atau di duga hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum di ketahui jelas penyebabnya
- (c) Benjolan /kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- (e) Gangguan toleransi glukosa.

9) Mulai penggunaan implant

- (a) Setiap saat selama siklus haid hari ke 2 sampai hari ke 7.
Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan
- (b) Inseri dapat dilakukan setiap saat, asal saja di yakini tidak terjadi kehamilan. Bila diinsersi setelah hari ke 7 siklus haid, klien jangan melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya untuk 7 hari saja
- (c) Bila klien tidak haid, inseri dapat dilakukan setiap saat, asal saja di yakini tidak terjadi kehamilan. Jangan

melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain 7 hari saja

(d) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat bila menyusui penuh klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain.

(e) Setelah 6 minggu melahirkan dan terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat. Tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja.

(f) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil, atau klien menggunakan kontrasepsi terdahulu dengan benar.

(g) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.

(h) Kontrasepsi lain sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implan insersi implan dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu datang bulan berikutnya.

(i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, implan dapat di insersikan pada saat haid hari ke 7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut.

(j) Pascakeguguran implan dapat segera diinsersikan.

10) Cara Pemasangan dan Pencabutan

(a) 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° terhadap bahu dan sendi siku 90° untuk memudahkan petugas melakukan pemasangan

(4) Tentukan tempat pemasangan 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 45^0 , 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 45^0 (saat memasukkan ujung trokar) kemudian turunkan menjadi 30^0 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. Masukkan trokar perlahan-lahan dan hati-hati ke arah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Masuknya trokar akan lancar bila berada tepat dibawah kulit.

(12) Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar. Untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukkan (posisi panah disebelah atas) setelah tanda 1 tercapai dan diputar 180⁰ 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 180⁰ 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 tepat keluarkan 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 dicuci 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.

(b) Pelepasan

(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 larutan anestesi sehingga timbul gelembung kecil pada kulit. Masukkan jarum secara hati-hati ke subdermal di bawah ujung kapsul (1 cm), depositkan anestesi (kira-kira 0,5 ml) untuk mengangkat ujung kapsul.
- (14) Tentukan lokasi insisi yang mempunyai jarak 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 melakukan insisi).

(15) Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi melintang (transversal) yang kecil lebih kurang 4 mm dengan menggunakan skalpel. 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 menggosok-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

mendorongkat 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)

METODE PENCABUTAN LAIN;

TEKNIK 'U' KLASIK

klem yang dipakai mencabut kapsul pada teknik 'U' merupakan modifikasi klem yang digunakan vasektomi tanpa pisau yang diameter ujung klem diperkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm

(25) tentukan lokasi insisi pada kulit diantara kapsul 1 dan 2 lebih kurang 3 mm dari ujung kapsul dekat siku

(26) identifikasi lokasi penjepitan batang kapsul disekitar 3 mm dari ujung kapsul (setelah ditampilkan dengan melakukan infiltrasi lidokain 1% pada bagian bawah ujung kapsul) dan lakukan insisi vertical pada kulit 3mm dari ujung kapsul.

(27)jepit batang kapsul pada 3 mm dari ujung kapsul dengan menggunakan klem 'U' (klem fiksasi) dan pastikan jepitan ini mencakup seluruh lingkaran batang kapsul.

(28)angkat klem 'U' untuk mempresentasikan ujung kapsul dengan baik, kemudian tusukan ujung klem diseksi pada jaringan ikat yang meliputi ujung kapsul.

(29)sambil mempertahankan ujung kapsul dengan klem fiksasi, bersihkan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsul sehingga bagian tersebut dapat dibebaskan dan tambah dengan jelas.

(30)dengan ujung tajam klem diseksi (mengarah ke atas), disisihkan selubung jaringan ikat sehingga ujung kapsul dapat dijepit dengan klem diseksi.

(31)tarikan keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul.

(32)tarik keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul dapat dikeluarkan. letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok.

(33)lakukan langkah 26 dan 32 pada kapsul kedua.

(34)rapatkan bekas diseksi pada kulit, kemudian tutup dengan kasa dan plester.

(35) tutup plester (luka diseksi) dengan kasa gulung untuk menjaga kebersihan luka dan mencegah hematoma akibat perdarahan bawah kulit.

(36) persilahkan klien untuk duduk dan turun dari Rajang, kemudian antar ke petugas untuk mendapatkan konseling dan asuhan mandiri pascapemasangan.

TEKNIK 'U' MODIFIKASI

(37) tentukan lokasi insisi pada kulit di antara kapsul 1 dan 2 kurang 3 mm dari ujung kapsul dekat siku.

(38) lakukan anestesi infiltrasi dengan lidokain 1% pada kulit dekat ujung kapsul dan depositkan sekitar 2-3 ml lidokain 1% pada sepertiga (distal) bawah batang kapsul.

(39) buat insisi kecil (3mm) dengan arah sejajar garis lange (horizontal) pada kulit di ujung kapsul menggunakan ujung skapel.

(40) dorong ujung cranial kapsul ke arah luka insisi hingga ujung distalnya dapat ditampilkan kemudian jepit dengan klem 'U' dari sebelah bawah batang kapsul.

(41) bebaskan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsul dengan klem diseksi sehingga bagian tersebut dapat ditampilkan.

(42)gunakan ujung klem diseksi untuk menjepit kapsul yang sudah terbatas dari jaringan ikat sambil melonggarkan jepitan klem 'U' pada batang kapsul.

(43)tarik keluar ujung kapsul melalui luka insisi sehingga kapsul dapat dikeluarkan secara utuh. bila kapsul tidak bisa keluar dengan mudah, bersihkan kembali jaringan ikat yang mengelilinginya dengan menaruh bagian belakang bisturi/skapel pada jaringan yang menahan ujung kapsul.

(44)letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok. ulangi lagi langkah-langkah sebelumnya untuk mencabut kapsul kedua. pastikan kedua kapsul sudah dicabut. tunjukkan dua kapsul tersebut pada klien bahwa kapsul lama sudah dicabut dan akan dipasang kapsul apabila klien menginginkannya.

TEKNIK 'POP OUT'

untuk menggunakan teknik ini, raba tempat pencabutan secara hati-hati untuk menentukan dan menandai kapsul. selanjutnya cuci tangan dan pakai sarung tangan steril atau DTT. usap lengan dengan larutan antiseptic dan suntikkan obat anestesi local

seperti yang telah diuraikan sebelumnya (pesiapan tindakan sebelum pencabutan)

(45) raba ujung-ujung kapsul di daerah dekat siku untuk memilih salah satu kapsul yang lokasinya terletak ditengah-tengah dan mempunyai jarak yang sama dengan ujung kapsul lainnya. dorong ujung bagian atas kapsul (dekat bahu klien) yang telah diilih tadi dengan menggunakan jari.

pada saat ujung bagian bawah kapsul (dekat siku) tampak jelas dibawah kulit, insisi kecil (2-3mm) di atas ujung kapsul dengan menggunakan scalpel.

(46) lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari dan jari tangan lainnya pada bagian bawah kapsul untuk membuat ujung kapsul tersebut tepat berada di bawah tempat insisi

(47) masukkan ujung tajam sklpel ke dalam luka insisi sampai terasa menyentuh ujung kapsul . bila perlu, potong jaringan ikat yang mengelilingi ujung kapsul sambil tetap memgang kapsul dengan ibu jari dan jari telunjuk

(48) tekan jaringan ika yang sudah tepotong tadi dengan kedua ibu jari sehingga ujung bawah kapsul tampil keluar.

(49) tekan sedikit ujung cranial kapsul sehingga memuat (pop out) pada luka insisi dan dengan mudah dapat dipengang dan dicabut.

setelah kapsul pertama berhasil dicabut, kapsul berikutnya akan muncul dengan menggunakan teknik yang sama.

Pemasangan Setelah Pencabutan Implan

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

Tindakan Setelah Pencabutan

Menutup luka insisi

(51) 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.

(52) 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.

membuat sampai dan limbah

(53) sebelum melepaskan sarung tangan masukkan perataan 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.

(54) bila menggunakan kain penutup harus dicuci digunakan kembali masukkan kain penutup kedalam container yang berpenutup adah anti bocor

(55) 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.

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

(57) cuci tangan dengan sabun

(58) semua sampah yang dibuang harus dibakar atau ditanam.

11) Jadwal kunjungan kembali

Klien tidak perlu kembali ke klinik, kecuali ada masalah kesehatan atau klien ingin mencabut implan, klien di anjurkan kembali ke klinik tempat implan dipasang bila ditemukan hal-hal sebagai berikut :

- (a) Amenorea yang disertai nyeri perut bagian bawah.
- (b) Perdarahan yang banyak dari kemaluan
- (c) Rasa nyeri pada lengan
- (d) Luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah
- (e) Ekspulsi dari batang implan
- (f) Sakit kepala hebat atau penglihatan kabur
- (g) Nyeri dada hebat
- (h) Dugaan adanya kehamilan

3. Kontrasepsi Mekanis

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), atau IUD mempunyai sejarah perkembangan yang panjang sebelum generasi ke III dengan keamanan, efektivitas, dan penyulit yang tidak terlalu besar. Pengetahuan tentang desinfektan dan sterilisasi belum memuaskan sehingga banyak dijumpai infeksi organ kandungan. Di Indonesia telah banyak dicoba AKDR generasi kedua seperti spiral Margulis, Lippes Loop, AKDR M(metal) dengan hasil yang baik. Telah dikembangkan AKDR generasi ke III yang mengandung Cu atau hormonal diantaranya Seven copper,

Multiload, Cupper T 380, Medosa, dan Progestasert (AKDR dengan progesteron).

BKKBN menggunakan Copper T 380 A sebagai standar yang di buat oleh Kimia Farma.

a) Mekanisme Kerja AKDR

Mekanisme kerja local AKDR sebagai berikut.

- 1) AKDR merupakan benda asing dalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbulan leukosit, makrofag, dan limfosit.
- 2) AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin yang menghalangi kapasitas nidasi.
- 3) Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi.
- 4) Ion Cu yang di keluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi.

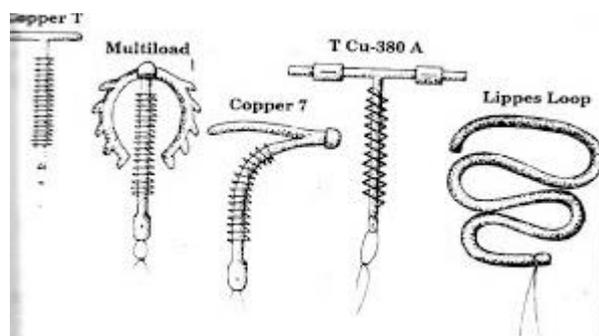
b) Keuntungan

- 1) Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian.
- 2) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit
- 3) Kontak medis yang ringan

- 4) Penyulit tidak terlalu berat
 - 5) Pemulihan kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik
- c) Kerugian
- 1) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ.
 - 2) Terdapat perdarahan (*spotting* dan menometroragia)
 - 3) Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah
 - 4) Dapat terjadi infeksi
 - 5) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandula primer atau skunder dan kehamilan ektopik
 - 6) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual
- d) Cara 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 genitalia 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).
- e) Cara 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).
- f) Beberapa jenis pemasangan AKDR
- 1) Jenis Lippes Loop
 - 2) Jenis Copper atau Seven Copper
 - 3) Jenis Multiload atau Medusa



Gambar 2.11
Jenis IUD
Sumber : Marmi, 2016

g) Informasi lain yang perlu disampaikan

- 18) AKDR yang digunakan tersebut segera efektif
- 19) Pada bulan pertama pemakaian dapat terjadi ekspulsi AKDR
- 20) Pada pemakaian jangka panjang dapat terjadi amenorea
- 21) AKDR dapat saja di cabut setiap saat sesuai dengan keinginan klien
- 22) AKDR tidak dapat melindungi klien terhadap penyakit hubungan seksual dan HIV/AIDS

h) Jadwal khusus untuk pemakai AKDR dengan progestin

- 1) Tidak datang haid disertai keluhan mual, dan nyeri payudara perlu dicurigai terjadi kehamilan
- 2) Nyeri perut bagian bawah perlu dicurigai kemungkinan terjadi kehamilan ektopik
- 3) Kram atau nyeri perut bagian bawah terutama bila disertai tidak enak badan. Demam/menggigil perlu dicurigai kemungkinan terjadi infeksi panggul

- 4) AKDR jenis ini tidak dapat melindungi diri dari penyakit hubungan seksual dan HIV/AIDS

4. Kontrasepsi Mantap

a) Kontrasepsi Mantap Wanita

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi merupakan metode KB yang paling efektif, murah, aman, dan mempunyai nilai demografi yang tinggi. Kontrasepsi mantap sampai saat ini belum masuk program gerakan keluarga berencana nasional Indonesia, namun pelayanan kontrasepsi mantap dapat diterima masyarakat, dan makin lama makin besar jumlahnya dengan usia semakin muda.

1) Peralatan

Alat utama melakukan vasektomi tuba (Ma) adalah “alat vasektomi BKKBN” dan dilengkapi dengan (alat-alat ini lebih sederhana dari peralatan NTTOT)

- (a) Alat laparotomi abdomen
- (b) Sebuah spuit 5 cc
- (c) Chloret atau aquabidest steril
- (d) Untuk penutup tuba; benang sutra tuba, alat termokauter, dan cicin Falope dan aplikatornya.

2) Waktu pelaksanaan tubektomi :

- (a) Masa interval : selesai haid

(b)Pasca persalinan : sebaiknya sebelum 24 jam dan selambat-lambatnya 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari 48 jam maka tindakan tubektomi akan dipersulit oleh oedema tuba, infeksi sehingga dapat mengakibatkan kegagalan sterilisasi. Jika dilakukan 7-10 hari pasca persalinan maka uterus dan alat-alat genital lainnya telah mengecil dan operasi menjadi lebih sulit dilakukan mudah berdarah dan infeksi.

(c)Pasca keguguran (post abortum) : sesudah terjadi abortus dapat langsung dilakukan sterilisasi.

(d)Waktu operasi membuka perut : setiap operasi yang dilakukan dengan membuka perut perlu dipikirkan apakah sudah ada indikasi untuk sterilisasi.

3) Teknik sterilisasi menurut pomeroy ini disukai dan dilakukan dibandingkan teknik yang lain. Angka kegagalan adalah 0-0,4 %.

(a)Cara kroener

Teknik :

(1)Cari tuba lalu angkat pada fibrie dengan klem

(2)Buat dua ikatan dengan benang sutera, satu pada bagian avaskular mesosalping dibawah fimbriae dengan dua kali lilitan, sebuah lagi pada bagian proksimal dari ikatan pertama.

(3) Lakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat. Teknik ini keagalannya sangat kecil bahkan tidak akan terjadi kegagalan kurang disukai karena bisa mengakibatkan perdarahan fungsional karena adanya gangguan intervasi dan sirkulasi indung telur.

(b) Cara irving

Teknik:

(1) Tuba diikat pada dua tempat dengan benang yang diserap catgut crhomic no 0 atau 00, lalu dilakukan tubektomi diantara kedua ikatan.

(2) Dibuat insisi kecil kedalam miometrium di sudut tuba fundus uteri.

(3) Ujung proksimal dibanamkan ke dalam ke ligamentum latum.

Teknik irving ini hanya bisa dilakukan pada laparotomi besar seperti seksio sesarea.

(c) Cara uchida

Teknik ini angka keagalannya kecil. Sterilisasi dilakukan dalam masa pasca persalihan 24-48 jam pasca persalihan dengan keuntungan teknik sederhana dan luka jahit kecil. Tekniknya :

- (1) Tuba dicari dan diikat keluar, pada sekitar ampulla tuba disuntikan larutan saline-adrenalin subserosa sebagai vasokonstriksi dan menyebabkan mesosalping gembung.
- (2) Lakukan insisi kecil di daerah ini, bebaskan serosa sepanjang 4-6 cm sampai terlihat dikemudian diklem.
- (3) Tuba diikat kemudian dipotong.
- (4) Luka pada serosa dijahit sedemikian rupa pada ujung tuba yang menonjol ke arah rongga perut.

4) Cara menjepit saluran telur

- (a) Pemasangan cincin falope (yoon ring?) terbentuk dari silikon.

Tekniknya :

- (1) Bagian isthmus tuba ditarik dan dicincin di pasang ada bagian tuba tersebut. Sesudah terpasang lipatan tuba tampak ke putih-putihan oleh karena tidak mendapat suplai darah dan akan menjadi fibrotik. Pemasangan cincin falope dapat dilakukan pada laparotomi mini. Laporoskopi atau dengan laproskop.

(b) Pemasangan klip

Tekniknya :

- (1) Klip yang digunakan yang memberikan kerusakan minimal pada tuba sehingga memungkinkan dilakukan rekanalisasi.

(2) Klip filshie mempunyai keuntungan dapat digunakan pada tuba yang oedema.

(c) Cara elektro koagulasi dan pemutusan saluran telur banyak digunakan pada tubektomi laparoskop.

Teknik :

(1) Dengan memasukkan grasping forceps melalui laparoskop.

(2) Tuba dijepit kira-kira 2cm dari kornu.

(3) Kemudian angkat tuba menjauhi uterus dan alat-alat panggul lainnya, lakukan kauterisasi.

(4) Tuba terbakar > 1 cm ke proksimal dan distal mesosalping terbakar sejauh 2cm. Saat kauterisasi tuba terlihat putih, mengembung lalu putus.

(d) Sterilisasi endoskopi

Endoskopi merupakan alat untuk melihat bagian dalam tubuh dengan sumber cahaya optik seperti senter. Endoskop yang dimasukkan ke dalam rongga perut melalui insisi kecil disebut laparoskop, yang dimasukkan melalui fornix posterior disebut kuldoskopi, yang dimasukkan ke dalam rongga rahim vagina (kolpos) disebut kolposkopi, yang dimasukkan ke dalam kandung kemih disebut sistoskopi. Sterilisasi pada wanita memakai alat endoskop disebut sterilisasi endoskopi, terdiri atas:

(e) Sterilisasi kuldoskopi

Teknik :

- (1) Vagina dibersihkan dengan larutan antiseptik betadin.
- (2) Buka dengan spekulum sehingga lapangan operasi terbuka, lakukan sayatan kecil forniks posterioe atau disfungsi.
- (3) Masukkan alat kuldoskopi dan dilihat rongga pelvis.
- (4) Setelah tuba diidentifikasi, masukkan cunam penangkap (grasping luka forcep), melalui luka sayatan untuk mengeluarkan tuba.
- (5) Kemudian tuba diikat, dipotong atau ditutup sesuai cara sterilisasi tuba.
- (6) Kembalikan tuba pada tempatnya, lakukan pada ke dua tuba

(f) Sterilisasi laparoscopi

Laparoscopi adalah cara visualisasi rongga perut dan panggul melalui insisi kecil pada perut setelah dibuat pneumoperitonium.

Teknik laparoscopi:

- (1) Akseptor dibaringkan dalam posisi trendelenburg agar usus terdorong ke atas, rongga panggul bebas.
- (2) Lakukan insisi melintang dilipat bahwa pusat kira-kira 1 cm.

(3) Buat pneumo peritoneum dengan memasukkan gas 1-3 liter.

(4) Masukkan trokar secara hati-hati sampai menebus fascia dan peritoneum, kemudian trokar dilepas.

(5) Dengan menggerakkan manipulator uterus dari bawah eksplorasi akan terpasang laparoskop.

(g) Sterilisasi mini laparotomi

Prinsip operasi : suatu cara operasi kecil untuk mencapai saluran telur melalui sayatan mini 1-2 cm di dinding perut.

Saat operasi minilap : pasca persalinan, pasca keguguran dan masa interval.

Lokasi sayatan :

(1) Dibawah lipatan pusat atau di atas lipatan pusat pasca persalinan dini.

(2) Diliea alba pada postpartum dalam 24-48 jam sedang rahim mulai agak mengecil.

(3) Suprapubik pada masa interval dan pasca keguguran.

(h) Teknik mini laparotomi:

Calon aseptor yang sudah dipuaskan 6-8 jam sebelum tindakan diminta berbaring.

(1) Lakukan antisepsis lapangan operasi sekitar pusat.

Tutup dengan kain steril berlobang ditengahnya.

- (2) Anestesi umum dengan anestesi lokal dengan lidokain.
- (3) Dengan posisi operator dikiri calon akseptor dan asisten dikanan, buat insisi kecil sepanjang 2 cm setinggi fundus. Kulit disayat melintang sampai terlihat fascia. Fascia dijepit dengan 2 klem arteri, disayat melintang sampai hampir menembus dengan peritonium. Tembus sekaligus dengan gunting bengkok, lalu lebarkan lubangnya dengan jari telunjuk dan sebuah tang tampon.
- (4) Jika fundus dibawah pusat pada hari 3-5 post partus, lakukan insisi mediana setinggi fundus uteri sepanjang 1-2 cm. Tembus kulit perut dengan pisau, potong lemak dengan gunting mayi sampai fascia otot rektus abdominis, lanjutkan dengan menyayat otot dan peritoneum, jepit peritoneum lalu potong dengan pisau pasang retraktor abdomen.
- (5) Tampilkan tuba dengan menarik retraktor ke arah tuba yang akan dicapai dengan mendorong uterus dalam tuba dengan jari lewat lubang sayatan. Jepit tuba tarik perlahan keluar lubang.
- (6) Jepit 1/3 bagian proksimal tuba dengan klem abbcokc, angkat sampai melipat. Ikat dasar lipatan dengan catgut

no. 0 atau dexon no. 0 masing-masing pada lumen kiri dan kanan. Potong bagian di atas ikatan. Kembalikan ke dalam rongga perut.

- (7) Tutup peritoneum dengan jahitan jelujur cat gut no. 00 dan kulit dengan 1-2 jahitan sutera atau cutgut no. 00 subkutis.

b) Kontrasepsi Mantap Pria

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2011).

1) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2006).

2) Manfaat kontrasepsi

- (a) Sangat efektif
- (b) Permanen
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan risiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (e) Pembedahan sederhana di bawah anastesi local

- (f) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

3) Indikasi

- (a) Pria usia reproduksi <50 tahun
- (b) Yang menginginkan metode sangat efektif
- (c) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan risiko
- (d) Yang memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

4) Kontra Indikasi

- (a) Infeksi kulit local
- (b) Infeksi traktus genitalia
- (c) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (d) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung koroner
- (e) Riwayat perkawinan, psikologi atau seksual tidak stabil.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Kehamilan

A. Data Subyektif

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

- a) Nama: Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).
- b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010).
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010).
- d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010).
- e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola

komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistiyawati, 2010).

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011).

g) Alamat: selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Rahayu, 2017).

2. Keluhan Utama

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010).

3. Riwayat Menstruasi

Anmnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal
- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.

- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Sindrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstrual (Hani dkk, 2011).

4. Riwayat Obstetri

- a) Gravida/Para
- b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)
- c) Kehamilan yang lalu
 - 1) Tanggal persalinan
 - 2) Usia gestasi
 - 3) Tempat lahir
 - 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
 - 5) Masalah obstetric, medis dan social yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang

lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala factor yang mempengaruhi persalinan (Hani dkk, 2011).

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah, 2009).

6. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani dkk, 2011).

7. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal
- g) Penyakit jiwa
- h) Kelainan bawaan
- i) Kehamilan ganda
- j) TB (Tuberkulosis)
- k) Epilepsi

l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)

m) Alergi

n) Kelainan genetik

o) Riwayat keturunan kembar

(Hani dkk, 2011).

8. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang).

Menurut Saiffudin (2011) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam,

ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari peningkatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan.

Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.6
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan hamil/hari	tidak	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori		300-500 kalori
Protein	75 gram		8-12 gram
Lemak	53 gram		Tetap
Fe	28 gram		2-4 gram
Ca	500 mg		60 mg
Vit A	3500 IU		500 IU
Vit C	75 gram		40 mg
Asam folat	180 gram		400 gram

Sumber: Marmi, 2013

Tabel 2.7
Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkuk dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi.

Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil (Rukiyah, 2009).

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuluskeleta: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009).

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan

terakhir, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri (Farrer, 2010).

f) Personal Higien

Menjaga kebersihan diri terutama lipatak kulit(ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saiuddin, 2009).

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan efineprin, dan CO₂ meningkatkat risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alcohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek

potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011).

3) Obat Terlarang

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

9. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan: beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

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

2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010).

b) Kesadaran

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

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2012).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi $> 100x/\text{menit}$ (Marmi, 2011).

3) Suhu

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

4) Pernafasan

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

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah $\geq 145\text{ cm}$ (Marmi, 2014).

(b) Berat Badan

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

(c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah $23,5\text{ cm}$. Jika LILA kurang

dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah *Kurang Energi Kronis* (KEK) (Jannah, 2012).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

b) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

c) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.
- 2) Kesimetrisan gerak napas
- 3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 4) Auskultasi paru(bunyi napas normal, rales, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *spritting*, gesekan, *thrill*)
- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak),

hiperpigmentasi aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

d) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010).

1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Romauli, 2011).

2) Ukuran janin

Dengancara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) $-n \times 155 =$ TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka $n-12$. Bila kepala di atas *ischiadica* maka $n-11 = 11$ (Varney, 2011).

3) Letak dan Presentasi

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

(a) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus

(b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

(c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi).

(d) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul

(Akhmad, 2016).

e) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.

Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Gegor, 2009).

f) 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 (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2012).

g) 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 pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemriksaan Darah

1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haeomoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Rfaser dkk, 2009).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) , kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Frhling* (Romauli, 2011).

d) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli (2011), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: *gestationalsac*) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= *Groun Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

e) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). 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, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014).

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat.

Diagnosa : $G_{1>1}P_{APIAH}$ usia kehamilan 20-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi

kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

D. Perencanaan

Dianosa Kebidanan: G₁/>1P_{APIAH} usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:
 - Tekanan darah :100/70 mmHg
 - Nadi :76-88x/menit
 - Suhu :36,5-37,5⁰C
 - Respirasi Rate :16-24x/menit
4. Pemeriksaan Labolatorium
5. Hb \geq 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
6. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
7. TFU sesuai dengan usia kehamilan
8. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Marmi (2011) 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 meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan higien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

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

d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi:Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehata dengan segera.

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

e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

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

f) Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

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

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

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

Potensi masalah:

1) Masalah I: Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Marmi (2011)

(a)Jelaskan penyebab edema

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

(b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak di tinggikan.

R/ Mengurangi tekanan pada vena dalam panggul

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan tekanan pada vena dalam panggul

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

(e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

2) Masalah 2: Nokturia

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

Kriteria :

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

(b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010)

(a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (2009)

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

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

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

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

(c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/pnas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

(d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur.

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

4) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria : 1. BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak
2. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Pantiawati (2009)

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

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

(b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

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

(c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

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

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memiviu terjadinya hemoroid.

(e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

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

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5) Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologi

(kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Salehah (2009)

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O_2 ke jaringan sel terpenuhi.

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan *massage*.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga sirkulasi darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6) Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan ketidaknyamanan dan kebutuhan O_2 ibu terpenuhi

Kriteria : 1. Frekuensi pernapasan 14-24x/menit
2. Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Salehah (2009)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

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

R/ Menghindari penerkanan diafragma

(c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

(d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menmbah kebutuhan O₂.

(e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7) Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot,

stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria : 1. Pusing berkurang

2. Kesadaran *composmentis*

3. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2010)

(a)Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

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

(b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

(c)Anjurkan ibu untuk menghindari beridri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8) Masalah 8 : Nyeri punggung

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010)

(a)Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebakan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

(c) Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah

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

(e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal

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

9) Masalah 9 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah.

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

Intervensi menurut Sulistyawati (2012)

(a) Kenakan kaos kaki penyokong

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

(b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

(d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

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

(e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

10) Masalah 10 : Panas dan nyeri 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 Sulistyawati (2012)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal

menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

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

(b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

(c) 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.

(d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

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

(e) Hindari berbaring setelah makan

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

(f) Hindari minum selain air putih

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

(g) Tidur dengan kaki ditekankan

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

(h) Beikan antasida

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

11) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : 1.Ibu tampak tenang dan rileks
2.Ibu tampak tersenyu,
3.Suami dan keluarga member dukungan

Intervensi menurut Sulistyawati (2012)

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

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

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

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

12) Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria : 1. Ibu tampak tenang dan rileks

2. Ibu tampak tersenyum

3. Suami dan keluarga member semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2010)

(a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

(b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

(c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membanca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

(d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *ekspansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower* memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

- (e) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/*vertigo* mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- (f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- (g) Berikan informasi tentang perubahan berkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

(h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

(i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

(j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

(k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

(l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.



2.2.2 Persalinan

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011).

b) Usia

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2010).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati, 2009).

f) Suku/Bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati, 2011).

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2011). Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti:

a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan

b) Mengeluarkan lendir dan darah

c) Mengeluarkan cairan (air ketuban)

(Sulistyawati dkk, 2010).

3. Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2014).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi, 2014) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun. Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari. Hari pertama haid terakhir HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang di pakai adalah +7, bulan -3, tahun +1.

b) Riwayat Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) Untuk mengetahui umur khamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP

(Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba, 2010). Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatann yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengann terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2009).

c) Riwayat Kehamilan yang Lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamian yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser, 2009).

Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk, 2009).

d) Riwayat Persalinan

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravid selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran elalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney, 2010).

Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastiakn keadekuatan panggul wanita untuk ukur bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney, 2010).

Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney, 2010). Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney, 2010).

e) Riwayat Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010).

f) Riwayat Kelahiran Bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010).

g) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014).

4. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Verney, 2010). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubemia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009).

b) 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).

c) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis) /partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih beasr (Sarwono, 2009).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2010).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian periatal (Saifuddin, 2010).

f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseluruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009).

g) HIV

Transmisi HIV dari keada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh *treponema pallidum*. Transmisi *treponema* dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetic. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rsa atau etnik yang di perlukan untuk melkukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011). Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009).

6. Data Fungsional Kesehatan

a) Nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin di kandungnya. Selain makan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser, 2009).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011). Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini member gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011).

d) Istirahat dan Tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk

memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009). Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama

e) Personal Higien

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

- 1) Kapan terakhir mandi, karmas dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati, 2010).

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser, 2009).

f) Pola Seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada

trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

g) Ketergantungan

1) Merokok

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

2) Alkohol

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

3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan

menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011).

7. Data Psikososial dan Spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengeahuan tentangg keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengethuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, danpantangan (Kennedy, 2009).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

2) Lemah

Pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati, 2011).

c) Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari

(Varney, 2010). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, 2009). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011).

3) Suhu

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, 2009). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011).

4) Respirasi Rate

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2009).

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser, 2009).

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

d) Pemeriksaan Antropometri

1) Tinggi Badan

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

2) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg,

sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih di anjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011). Kenaikkan berat badan $>0,57$ kg/minggumerupakan faktor risiko timbulnya preeklamsia (Saifuddin,2010). Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

Tabel 2.8
Indek Masa Tubuh

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

Sumber : (Sarwono, 2009)

3) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kalitas maknannya (Romauli, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaa edema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney, 2009). Edema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di ketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2010).

b) Mata

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

c) Mulut dan Gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety, 2012). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Verney, 2009).

d) Leher

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

e) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Verney, 2009).

f) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010). Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- 1) Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).

- 2) Memantau kontraksi uterus, Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi harus di evaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut.
- 3) Memantau denyut jantung janin, Denyut jantung janin (DJJ) yang normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Saifuddin, 2010).
- 4) Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).
- 5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin, Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaanan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:
 - (a) 5/5 bagian terbawah janinn seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
 - (b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
 - (c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasukii rongga panggul.
 - (d) 2/5 jika hanya sebaagiann dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul

(Sriningsih, 2014).

g) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, ekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012).

Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjara skene dan jellenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminata atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011).

h) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak. Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum. (Sulistyawati, 2010).

i) Ekstremitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf. Ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Edema pada kaki biasanya merupakan edema dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Marmi, 2012).

3. Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk meneteukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi danmenentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser, 2009).

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mochtar (2011) usia kehamilan berdasarkan cm sesuia usia kehamilan dalam minggu adalh seperti pada di tabel berikut:

Tabel 2.9
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber: (Rustam, 2011)

Cara menghitung TFU: Menurut Kustmardji (2010), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc.Donald dapat dikatakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurangi 11 atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurangi 12, jika kepala di bawah spina ischiadika maka di kurangi 11.

c) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Janah (2012) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

$$\text{TBJ} = (\text{TFU dalam cm} - n) \times 155 = \dots \text{gram}$$

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

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat di lihat tabel berikut:

Tabel 2.10
Tafsiran Berat Janin

Usia Kehamilan (Bulan)	Berat Badan (Gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : (Manuaba, 2012)

d) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Berikut ini adalah metode lima jari (perlimaan) menurut (Marmi, 2011) dapat dilihat di tabel sebagai berikut:

Tabel 2.11
Penurunan Kepala

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

Sumber : (Marmi, 2011)

e) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin da perlu di lakukan evaluasi segera. Cara menghiung bunyi jantung dapa dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

- 1) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal.
- 2) (10-14-9) kesipulanya tidak teratur, frekuensi 132x/menit, janin dalam keadaan asfeksia.
- 3) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92x/menit, janindalam keadaan asfiksia
(Jannah, 2010).

f) HIS

Pada kala II his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai pada saat terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Marmi, 2011). Kala I persalinan terdiri dari 2 fase yaitu fase aktif dan fase laten (Wiknjastro, 2010).

2) Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjastro, 2010).

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjastro, 2011).

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011).

4. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan Dalam atau *vaginal toucher* (VT) sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala 1 persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dan diketahui juga *efecment*, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi.
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap.
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

(Marmi, 2011).

Menurut pelatihan klinik APN 2010 yang perlu di lakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.

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

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam

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

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf

(d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk

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

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

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

3) Meniali pembukaan dan penipisan serviks.

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

5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

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

b) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010).

c) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	:Tidak anemia
Hb 9-10 g%	:Anemia ringan
Hb 7-8 g%	:Anemia sedang
Hb < 7 g%	:Anemia berat

Pemeriksa darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010)

d) Pemeriksaan Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam

beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser, 2009).

e) Pemeriksaan Urine

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

- 1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- 2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

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

f) Pemriksaan Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar,

dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011).

g) Pemeriksaan Non Stres Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G \geq 1P0/ \geq UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik,

Inpartu:

- a) Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Winknojastro, 2009).
- b) Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - 1) Keletihan (Wiknojastro, 2009).
 - 2) Infeksi (Saifuddin, 2010).
 - 3) Kram tungkai (Wiknojastro, 2009).

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2008) tentang standar asuhan kebidanan

- a) $P_{\geq 1}$ Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sulistyawati, 2011)
- b) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut (Wiknjastro, 2009).
 - 1) Atonia Uteri
 - 2) Robekan vagina, perineum, serviks
 - 3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

D. Perencanaan

Diagnosa : $G_{\geq 1}P0/>$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran *composemtis*.
2. TTV dalam batas normal
 - a. Tekanan Darah : 100/60-130/90 mmHg
 - b. Nadi :80-100 x/menit
 - c. Suhu :36,5-37,5 °C
 - d. Respirasi Rate :16-24 x/Menit
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.
5. Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.
8. Plasenta lahir spontan, lengkap.
9. Perdarahan <500 cc

Intervensi:

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. 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.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energy dalam mengejan.

R/persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang 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.

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

- a) Bila his jarang, bagian terdalam belum masuk pintu atas panggul dan ketuban ∞ 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 O 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 O , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalianna yang terlalu cepat.
R/mempercepat penurunan kepala janin.

5. Observasi TTV dan HBPK

- a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.

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

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6. Anjurkan ibu untuk menggosok kandung kencing tiap 2 jam.

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

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

Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinaan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro, 2009).

Masalah

1. Kala I :

a) Cemas menghadapi proses persalinaan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persaliann

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009)

1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/Proses persalinana merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/ ibu paham untuk diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinaan

Tujuan : Ibu merasa terhadap persaliannya.

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu tidak merasa cemas
- 3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

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

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

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

3) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksi.

4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipis.

R/ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluarkan kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas

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

2. Kala II

a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2010)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 76-100x/menit ,
- 2) Urin jernih, produksi urine 300cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010):

1) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

R/ Pemberian cairan intravena akan cepat di serap oleh tubuh.

3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

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

b) Infeksi (Wiknjosastro, 2010)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (76-10x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5⁰C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010)

1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring memepercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

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

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu menin gkat menyebabkan dehidrasi.

3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxcillin 2 gram /oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sin tesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

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

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

c) Kram tungkai (Wiknojastro, 2010)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas baawah

2) Atur posisi dorsofleksi

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

3) Jangan lukukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh di pijit karena risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

3. Kala III

a) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2010)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010)

- 1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besaar (ukuran 16/18) dan berikn RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
 - 2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
 - 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
 - 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan
 - 5) Tawarkan bantuan walaau ibu telah di rujuk dan memdapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.
- b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010)

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, inta ibu meneran pada setiap kontraksi
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta
- 4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

4. Kala IV

- a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2010)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

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

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010):

- 1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- 2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal . berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin
- 3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah
- 5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum tau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atu serviks dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baikm
- 2) Perdarahan < 500cc

Intervensi:

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulakar perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a)Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
 - (b)Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
 - (c)Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darutrat obstetri.
 - (d)Dampingi ibu ketempat rujukan

2.2.3 Nifas

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010).

3) Agama

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

4) Pendidikan

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

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010).

6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010).

8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012).

b) Keluhan Utama

Menurut Varney (2009) keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus.

Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu 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 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

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

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomi derajat 3 atau 4.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat Obstetri

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan

nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

3) Riwayat Nifas

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013).

4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009). 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 (Manuaba, 2012).

d) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

1) Anemia

Pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010).

3) 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).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012):

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

(b)Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI. Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

e) Pola Kesehatan Fungsional

1) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi 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, 2009).

2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan

overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, 2009). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010).

3) Personal Higiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya.

Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009).

7) Kebiasaan Yang Merugikan

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

(a) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).

(b) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).

(c) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.

(d) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.

(e) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

f) Riwayat Psikososial dan Budaya

Menurut Anggraini (2010), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya

untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya.
- (c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

- (a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(b)ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(c)Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(d)Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 2012).

2) Tanda-tanda vital

(a)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, 2009).

(b)Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal

tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney, 2009).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2009).

b) Pemeriksaan fisik

1) Mata

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

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: putting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009).

4) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009). Pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine 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 diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

(d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

5) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney, 2009). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009).

6) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010).

b) 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 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010).

1) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

(a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.

Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

3. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH...hari...postpartum normal dengan keadaan umum baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009). Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P₁>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik. P₁>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara. (Sulistyawati, 2009).

4. Perencanaan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidencebased* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Diagnosa: P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri

luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
- 3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009)

- 4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- (a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- (b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

- (c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai sterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan.(Sulistyawati, 2009).

5) Involusi uterus normal

Tabel 2.12

Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: (Ambarwati dkk, 2010)

6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009):

(a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012).

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012).

(e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Masalah

1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

(a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

(b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

(c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

2) 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 Sulistyawati (2009) antara lain:

(a) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

(b)Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

(c)Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

3) Masalah 3 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009) antara lain:

(a)Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

(b)Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(c)Berikan analgesik jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

4) Masalah 4 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010) antara lain:

(a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

(c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

(d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

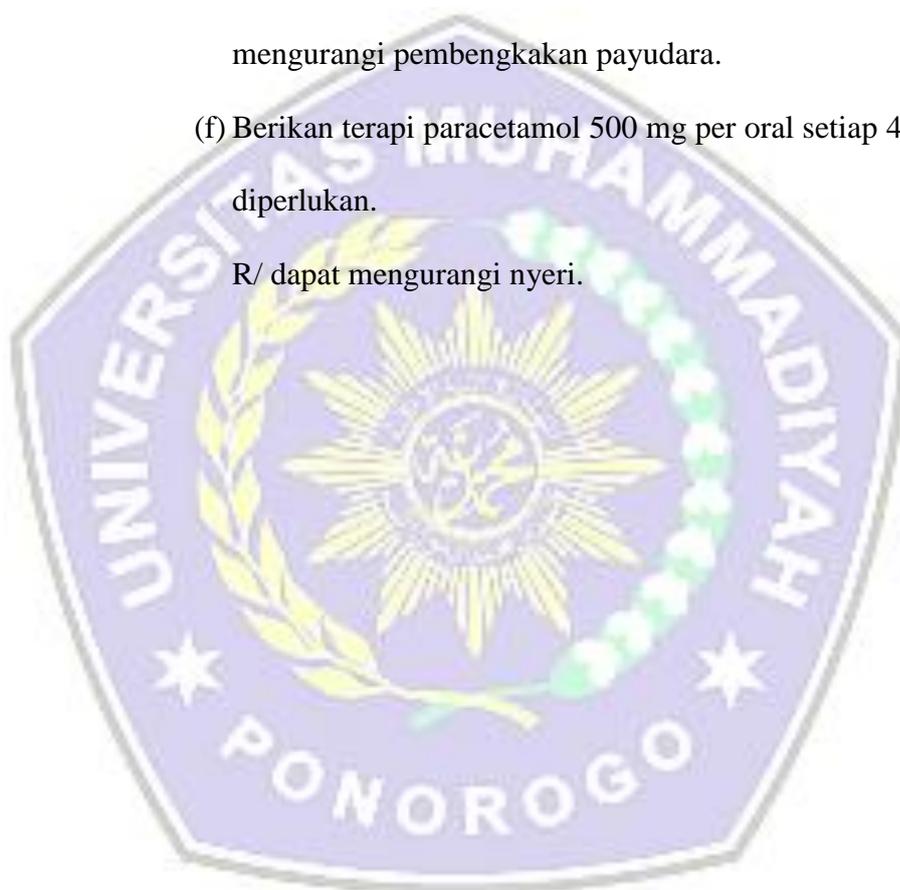
R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

(e) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui. R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang. Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(f) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.



2.2.4 BBL/Neonatus

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2009).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Walsh, 2012).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari.

Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

2) Eliminasi

(a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012).

3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011).

Tabel 2.12
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011)

4) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012).

5) Personal Higiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2012).

g) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011).

2. Data obyektif

a) Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosastro, 2010). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009).

b) Tanda- tanda Vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014).

2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36 - $36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, 2009).

3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi

dan eskpirasi (Saifuddin, 2009). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2009).

4) APGAR SCORE

Tabel 2.14
APGAR Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Resporation (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber :(Rahayu, 2017)

c) Antopometri

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2012). Menurut Varney (2009) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010) ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

(a)Diameter suboksipito-bregmatika :9,5-10 cm

(b)Diameter oksipito-frontalis : 11 cm

(c)Diameter mentop oksipitalis : 12 cm

(d)Diameter mentop oksipitalis :13,5-15cm

(e)Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

(a)Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

(b)Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(c)Cirkumferensial fronto-oksipitalis : ± 34 cm

(d)Cirkumferensial mento-oksipitalis : ± 35 cm

(e)Cirkumferensial suboksipito bregmatika : ± 32 cm

(f) Lingkar dada 30-38 cm

(g)Lingkar lengan 11-12 cm

(Vivian, 2010).

d) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya flukuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014).

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014).

3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti pendarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat mejadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014).

5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2012).

6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantus luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi

keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2012).

7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2012). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014).

8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis doafragma 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, 2014).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2012).

10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014).

11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2010).

12) Genetalia

a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014).

b) 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, 2014).

13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 204).

14) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2010).

15) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak berak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2009). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009).

e) Pemeriksaan Penunjang

1) Refleks melangkah

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014).

2) Refleksi menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2010).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketikan pertama (Marmi, 2014).

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

5) Reflek mencari(*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Refleksi menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014).

7) Refleksi terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8) Refleksi babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014).

9) Refleksi menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014).

10) Refleksi ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2014).

3. Diagnosa Kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014).

4. Intervensi

Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB(48-52 cm)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

a) Kriteria

- 1) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2010: 174).
- 2) Nadi 120-160x/menit
- 3) Suhu bayi 36,5-37,°C
- 4) Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2010).
- 5) Berat badan 2500-4000 gram

b) Intervensi

- 1) Lakukan inform consent
R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.
- 3) Beri identitas bayi
R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan
- 4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut
R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi
- 5) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa
R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

7) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK

R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

c) Potensi Masalah

1) Masalah I: Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014).

(b) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2010).

Intervensi menurut Marmi (2012)

(a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal setres dingin

(b)Kaji tanda tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suati gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian

(c)Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Masalah 2 : Risiko Hipglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

(a)Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl

(b)Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(a) Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor risiko

R/ Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

(b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 20-4 jam hingga stabil

(c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

(d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

3) Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

(a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl

(b) Timbul pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir

(c) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi

(1) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

(2) Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselepati bilirubin (kerniterus).

(3) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

(4)Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

4) Masalah 4 : Sebhorrea

Tujuan : Sebhorrea tidak terjadi

Kriteria :

(a)Cuaca dingin

(b)Jarang mencuci rambut

(c)Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012):

(1)Menyelimuti bayi dan memakaikan baju

R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat

(2)Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa

R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu

(3)Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2%

R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

4.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

6) Alamat

Untuk mengetahui pasien tinggal dimana.(Rahayu, 2017).

b) Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

c) Riwayat Obstetri

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalin insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi,

2012), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil Kb dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012) Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontra indikasi Kb IUD (Affandi, 2012)

3) Riwayat KB

Penggunaan Kb hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

d) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).
- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011)
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak

diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit keturunan meliputi penyakit hipertensi, jantung, asma, diabetes mellitus, dan riwayat keturunan kembar (Rahayu, 2017:146).

f) Data Fungsional Kesehatan

1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013)

3) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Personal Higien

Mandi berapa kali, gosok gigi berapa kali, karmas berapa kali, bagaimana kesehatan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan (Rahayu, 2017).

5) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

6) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1) Tanda-tanda Vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah $< 180/110$ mmHg (Affandi, 2012) Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

b) Pemeriksaan Antropometri

1) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013).

2) Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

c) Pemeriksaan Fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih di daerah muka pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012) Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi, 2012).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron

termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012). Terdapat benjolan/ kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012).

4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

5) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012).

6) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

d) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- (1) Memastikan bimanual serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus
- (3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

3. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010).

4. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- 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):

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ menyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.
R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah

a) Masalah I: *Amenorhea*

Tujuan: setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria: ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012):

1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien

2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

b) Masalah 2 : Pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012):

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c) Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria: keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012):

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

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.