

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir. (Prawirohardjo, 2009)

Masa Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Tresnawati, 2012).

2.1.2 Fisiologi kehamilan

A. Konsepsi

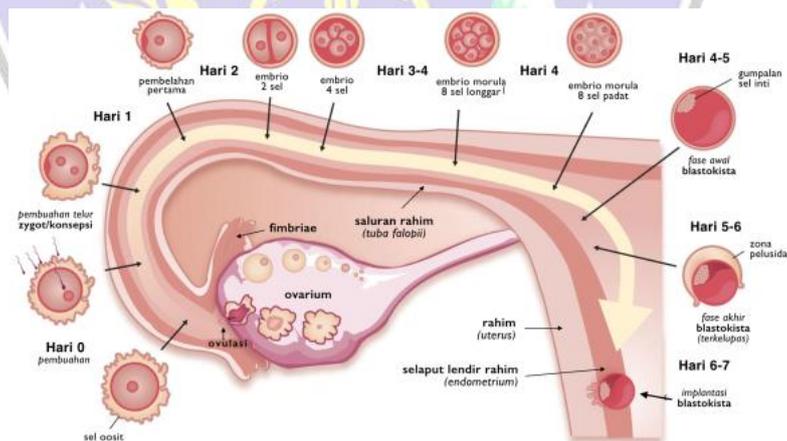
Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi dapat terjadi jika terpenuhi beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut:

- a) Senggama harus terjadi pada bagian siklus reproduksi wanita yang tepat.
- b) Ovarium wanita harus melepaskan ovum yang sehat pada saat ovulasi.
- c) Pria harus mengeluarkan sperma yang cukup normal dan sehat selama ejakulasi.

d) Tidak ada *barrier* atau hambatan yang mencegah sperma mencapai, melakukan penetrasi dan sampai akhirnya membuahi ovum. (Sulistiyawati, 2009).

B. Fertilisasi

Menurut Hutahean (2013), proses kehamilan diawali dengan proses pembuahan (konsepsi). Pembuahan atau konsepsi sering disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma laki-laki dengan ovum perempuan. Spermatozoa merupakan sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang sehingga memungkinkan untuk bergerak ke dalam media cair dan dapat mempertahankan fertilisasinya selama 2 sampai 4 hari. Sel telur (ovum) akan hidup maksimal 48 jam setelah ovulasi. Oleh karena itu agar fertilisasi berhasil, senggama harus dilakukan dalam waktu 5 hari di sekitar ovulasi.



Gambar 2.1

Proses Nidasi atau Implantasi

Sumber : <https://juliantowitkjacksono.com/2015/09/08/ingin-hamil-peran-dan-fungsi-rahim-dalam-kehamilan-normal/>

Pertemuan antara sel telur dan sel sperma yang distimulasi oleh hormon estrogen ini terjadi di sepertiga saluran telur (tuba fallopi). Sementara penghambatan pertemuan antara sel telur dengan sel sperma pada dua pertiga bagian dari saluran telur dilakukan oleh hormon progesterone. Pada saat ovulasi, ovum akan didorong keluar dari folikel deGraf dan kemudian ditangkap oleh fimbriae. Jutaan sperma harus berjalan dari vagina menuju uterus dan masuk ke tuba fallopi. Dalam perjalanan itu, kebanyakan sperma dihancurkan oleh mucus (lendir) asam di vagina, uterus, dan tuba fallopi. Di antara beberapa sel sperma yang bertahan hidup, hanya satu yang dapat masuk menembus dan membuahi ovum. Setelah terjadi pembuahan, membran ovum segera mengeras untuk mencegah sel sperma lain masuk.

Proses pembuahan tidak lepas dari sistem reproduksi pria dan wanita. Reproduksi atau seksualitas adalah suatu karakter yang menjadi bagian dari manusia dan dipengaruhi oleh faktor biologis dan psikologis individu. Pembuahan akan dimulai dengan terbentuknya zigot setelah inti sel telur bertemu dengan inti sel sperma. Sel sperma akan mengeluarkan tiga enzim utama yaitu corona penetrating enzyme (CPE), akrosin, dan hialuronidase. Setelah satu sel sperma masuk, maka sel telur akan membentuk membran (selaput) proteksi (perlindungan) agar sel sperma yang ke-2 (sel sperma yang lainnya) tidak dapat lagi menembus sel telur

(membran ovum mengeras). Persaingan (kompetisi) sangat sportif, di mana 40% sel sperma mati, 30% sel sperma abnormal, 30% bersaing antara 15% sel sperma ke ovum kanan dan atau ke ovum kiri sampai akhirnya sel sperma tinggal 2,5% yang akan membuahi ovum (dibutuhkan hanya 1 sel sperma untuk membuahi ovum).

C. Implantasi

Ovum yang sudah dibuahi (zigot) memerlukan waktu 6 sampai 8 hari untuk berjalan ke dalam uterus. Selama perjalanan tersebut, zigot berkembang melalui pembelahan sel yang sederhana setiap 12 sampai 15 jam sekali, namun ukurannya tidak berubah. Ketika mencapai uterus, zigot yang merupakan massa sel disebut morula kemudian terpisah menjadi dua lapisan yaitu massa sel luar dan massa sel dalam yang disebut blastokist. Sekitar 10 hari setelah terjadi fertilisasi ovum, blastokist akan menanamkan dirinya dalam endometrium yang disebut dengan implantasi. Begitu implantasi terjadi, lapisan uterus (desidua) akan menyelimuti blastokist dan kehamilan terbentuk.

Massa sel luar dari blastokist disebut trofoblast. Trofoblast ini akan melekatkan ovum pada desidua dan berkembang menjadi plasenta serta korion. Dinding massa sel dalam akan berkembang menjadi embrio, tali pusat, dan amnion. Selanjutnya sel-sel trofoblast menyekresikan hormon sendiri yaitu chorionic

gonadotrophin hormone (HCG) ke dalam aliran darah ibu yang hamil tersebut. Pengukuran HCG dalam urine merupakan pemeriksaan pertama menegakkan kehamilan. (Diana, 2017)

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

1. Usia 0 Minggu

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11 (Sulistyawati, 2009)

2. Usia 4-6 Minggu

Panjang janin pada usia 4-6 minggu kira-kira 7,5-10 mm. Terjadi pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru-paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. (Manuaba, 2010)



Gambar 2.2

Janin usia 4 minggu

Sumber: https://i1.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin_1_bulan.png

3. Usia 8 Minggu

Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki, pembentukan usus, pembentukan genitalia dan anus, Jantung mulai memompa darah. (Sulistyawati, 2012)



Gambar 2.3

Janin usia 8 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

4. Usia 9-10 Minggu

Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin dan kelopak mata yang tak akan membuka mata sampai usia kandungan 28 minggu. (Saifuddin, 2010)

5. Usia 11-12 Minggu

Embrio berubah menjadi janin, Usus lengkap, Genetalia dan anus sudah terbentuk, Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut membuka, BB 15-30 gram. (Sulistyawati, 2012)



Gambar 2.4

Janin usia 12 minggu

Sumber : <https://i1.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-12-minggu.jpg>

6. Usia 13-16 Minggu

Gerakan fetal pertama (quickening), sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa, Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melaksanakan kontrol, pembuluh darah berkembang cepat, tangan janin dapat menggenggam, kaki menendang dengan aktif, semua organ mulai matang. Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan doppler, berat janin 0,2 kg. (Rahayu, 2017)



Gambar 2.5

Janin usia 16 minggu

Sumber : <https://i2.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-16-minggu.jpg>

7. Usia 17-24 Minggu

Janin berukuran sekitar 30-32 cm, dimana kulit menebal, kelopak mata jelas, alis dan bulu tampak (Manuaba, 2010). Sidik jari terbentuk, seluruh tubuh terdapat verniks caseosa (lemak) dan janin memiliki refleksi. (Saifuddin, 2010)



Gambar 2.6

Janin usia 24 minggu

Sumber : <https://i2.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-24-minggu.jpg>

8. Usia 25-28 Minggu

Kira-kira panjang janin 35 cm, berat badan sekitar 1.000 gram (Manuaba, 2010). Masuk ke trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata mulai membuka. (Saifuddin, 2010)



Gambar 2.7

Janin usia 28 minggu

Sumber : <https://i1.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-28-minggu.jpg>

9. Usia 29-32 Minggu

Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Mulai menyimpan zat

besi, kalsium, dan fosfor, Bayi sudah tumbuh 38-43 cm.

(Sulistyawati, 2012)



Gambar 2.8

Janin usia 32 minggu

Sumber : <https://i1.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-32-minggu.jpg>

10. Usia 36 Minggu

Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak. Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri.

(Rahayu, 2017)



Gambar 2.9

Janin usia 36 minggu

Sumber : <https://i1.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-36-minggu.jpg>

11. Usia 37-40 minggu

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



Gambar 2.10

Janin usia 40 minggu

Sumber : <https://i0.wp.com/www.lusa.web.id/wp-content/uploads/2011/06/janin-40-minggu.jpg>



Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi (minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru, jari-jari telah terbentuk, namun masih tergegang, jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan genetalia eksterna, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna, sirkulasi melalui tali pusat dimulai, tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2, kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban, telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus, jantung berdenyut 120-150x/menit
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks keseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka, kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%), tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus, air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : Saifuddin, 2014.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut Norman F. Gant dan F. Gary Cunningham (2011), Diagnosis kehamilan didasarkan pada gejala dan tanda yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan laboratorium. Gejala dan tanda kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga kelompok: dugaan (presumptive evidence), kemungkinan (probable sign), dan tanda positif.

A. Bukti dugaan adanya kehamilan

Bukti dugaan adanya kehamilan terutama didasarkan pada gejala-gejala subyektif, seperti: Mual dengan atau tanpa muntah, gangguan berkemih, kelelahan, persepsi gerakan janin. Tandanya meliputi: penghentian haid, perubahan anatomik di payudara, diskolorasi mukosa vagina, peningkatan pigmentasi kulit dan pembentukan stria abdomen, dan yang terpenting, kepercayaan pasien bahwa ia hamil. (Cunningham, 2011)

B. Tanda tidak pasti kehamilan

1. Pembesaran perut

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

2. Tanda hegar

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

3. Tanda Chadwick, yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva. (Sulistyawati, 2012)

4. Tanda Piskacek, yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut. (Sulistyawati, 2012)

5. Braxton Hicks

Selama kehamilan, terdapat kontraksi uterus yang dapat teraba tapi tidak nyeri; intervalnya tidak teratur dan timbul sejak awal masa gestasi. Frekuensi dan amplitude kontraksi Braxton-Hicks ini dapat meningkat bila uterus dipijat (Cunningham, 2011).

6. *Basal Metabolism Rate* (BMR) meningkat.

7. *Ballottement* positif

Jika dilakukan pemeriksaan palpasi di perut ibu dengan cara menggoyang-goyangkan di salah satu sisi, maka akan terasa “pantulan” di sisi yang lain.

8. Tes urine kehamilan (tes HCG) positif

Tes urine dilaksanakan minimal satu minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar hormone gonadotropin dalam urine. Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan. (Sulistyawati, 2012)

C. Tanda-tanda pasti

Tanda-tanda pasti ialah tanda-tanda yang memastikan bahwa wanita itu pasti hamil. Tanda-tanda pasti ini diketahui setelah wanita hamil 16 minggu atau lebih.

1. Terdengarnya bunyi jantung janin tanda-tanda pasti ini baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas 4 bulan. Jika dengan ultrasound bunyi jantung janin dapat didengar pada kehamilan 12 minggu.
2. Melihat, meraba atau mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan.
3. Melihat rangka janin pada sinar Ro atau dengan ultrasound.(Sunarti, 2013)

2.1.4 Perubahan fisiologis kehamilan

A. Uterus

1. Ukuran

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desiadua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.(Sulistyawati, 2009)

2. Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu).

3. Bentuk dan konsistensi

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat. Pada kehamilan empat bulan berbentuk bulat, sedangkan pada akhir kehamilan berebentuk bujur telur. Ukuran rahim kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan dua bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan tiga bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim hipertrofi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lunak (soft), keadaan ini disebut tanda Hegar. Pada kehamilan lima bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban dan dinding rahim terasa tipis. Hal itu karena bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

4. Posisi rahim

- a) Pada permulaan kehamilan, dalam letak antefleksi atau retrofleksi.
- b) Pada empat bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
- c) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.
- d) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdominal kanan atau kiri.

5. Vaskularisasi

Arteri uterin dan arteri ovarika bertambah dalam diameter panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.

6. Gambaran besarnya rahim dan tuanya kehamilan

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan, mengetahui perkembangan kehamilan (Romauli, 2011).

a) Leopold I:

Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan.

Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).

Tujuan: Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.

Teknik:

- 1) Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki ditekuk 45^o atau lutut bagian dalam diganjal bantal) dan pemeriksa menghadap ke arah ibu
- 2) Menengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping umbilical
- 3) Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan TFU

- 4) Meraba bagian Fundus dengan menggunakan ujung kedua tangan, tentukan bagian janin.



Gambar 2.11

Leopold 1

Sumber: <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>

Tabel 2.2

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri.

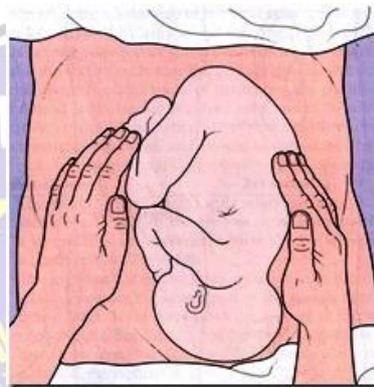
Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas simpisis	12 minggu
1/2 di atas simpisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simpisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4cm) dibawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : (Prawirohadjo, 2009)

b) Leopold II

Leopold II berguna untuk menentukan bagian janin yang berada di samping kanan dan kiri perut ibu. Cara pemeriksaan salah satu sisi samping perut ibu dengan menekan sisi lainnya. Hasil pemeriksaan berupa punggung

kiri (PUKI) atau punggung kanan (PUKA), bagian punggung teraba rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan. Bagian-bagian kecil (tangan kanan dan kiri) akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif atau pasif. (Kamariyah, 2014)



Gambar 2.12
Leopold II

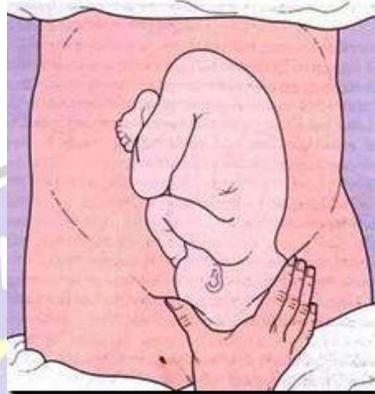
Sumber :<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>

c) Leopold III

Pengkajian Leopold III digunakan untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum (Kamariyah, 2014). Teknik:

- 1) Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu.
- 2) Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu

- 3) Menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menentukan bagian terbawah bayi
- 4) Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terbawah janin.



Gambar 2.13
Leopold III

Sumber :<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>

Hasil:

- 1) Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.
- 2) Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bias (seperti ada tahanan).

d) Leopold IV

Mengetahui seberapa jauh bagian presentasi janin masuk PAP. Pada tahap pemeriksaan Leopold II bisa juga digunakan untuk melakukan pemeriksaan DJJ karena

letaknya antara punggung dan kepala(Kamariyah, 2014).

Teknik :

- 1) Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus
- 2) Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis.
- 3) Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jarijari tangan yang meraba dinding bawah uterus.
- 4) Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen)
- 5) Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi)
- 6) Memfiksasi bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.



Gambar 2.14
Leopold IV

Sumber : <https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>

Hasil :

- 1) Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)
- 2) Penurunan kepala dinilai dengan: 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP)

B. Serviks uteri

Pada minggu ke-6 sampai ke-8, serviks sering menjadi cukup lunak. Pada primigravida, konsistensi jaringan serviks di

sekitar os eksternal lebih menyerupai konsistensi bibir daripada tulang rawan hidung, seperti perempuan yang tidak hamil. Seiring dengan kemajuan kehamilan, kanalis servikalis menjadi cukup terbuka sehingga cukup dimasuki ujung jari pemeriksa (Cunningham, 2011).

C. Ovarium (indung telur)

Saat ovulasi terhenti masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (kira-kira pada kehamilan 16 minggu dan korpus luteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm). kadar relaksin di sirkulasi maternal dapat ditentukan dan meningkat dalam trimester pertama. Relaksin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm. (Sulistyawati, 2009)

D. Vagina dan Vulva

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perenium dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. (Prawirohardjo, 2009)

E. Dinding perut (abdominal)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic di bawah kulit sehingga timbul *striae gravidarum*. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut *linea nigra*. (Sulistyawati, 2009)

F. Payudara (mammae)

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormone prolaktin ditekan oleh *prolactine inhibiting hormone*. (Prawirohadjo, 2014)

G. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. (Saifuddin, 2014)

Tabel 2.3

Komponen Pertambahan Berat Badan Ibu selama Kehamilan.

Komponen	Jumlah dalam (kg)
Jaringan ektrauterin	1
Janin	3-3,8
Cairan amnion	1
Plasenta	1-1,1
Payudara	0,5-2
Tambahan darah	2-2,5
Tambahan cairan jaringan	1,5-2,5
Tambahan jaringan lemak	2-2,5
Total	11,5-16

Sumber:(Ari Sulistyawati, 2009)

H. Fisiologi system kardiovaskular

1. Jantung

Perubahan-perubahan pada jantung adalah sebagai berikut.

- a. Curah jantung, jumlah darah yang dikeluarkan dari jantung per menit meningkat 30-50% karena adanya peningkatan volume darah.
- b. Sebagian besar dari peningkatan curah jantung terjadi karena peningkatan stroke volume, jumlah darah yang dikeluarkan per detakan jantung.
- c. Namun ada juga yang dipengaruhi oleh peningkatan detak jantung.
- d. Pada wanita dengan ukuran jantung yang kecil atau dengan berat badan besar, detak jantung akan meningkat sekitar 90-100 detakan/denyut per menit dan mereka juga mengalami kesulitan dalam menghadapi perubahan

kardiovaskuler dalam kehamilan. Oleh karena itu, dapat terlihat penambahan beban pada jantung selama kehamilan. Pada kelainan hipertensi dalam kehamilan terjadi vasospasme yang meningkatkan beban jantung.

2. Tekanan darah

Penurunan tahanan vascular perifer selama kehamilan terutama disebabkan karena relaksasi otot polos sebagai akibat pengaruh hormone progesterone. Penurunan tersebut mengakibatkan penurunan tekanan darah selama usia kehamilan pertama. Ada sedikit penurunan sistolik (5-10 mmHg) dan diastolic (10-15 mmHg). Tekanan darah sedikit demi sedikit akan naik ke level sebelum hamil pada saat usia kehamilan lanjut (aterm).

I. System respirasi

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas pendek. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil akan menggunakan napas dada (*thoracic breathing*). (Sulistyawati, 2009)

J. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul BAK. Keadaan ini hilang dengan tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar

dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, kehamilan bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering BAK akan timbul lagi karena kandung kemih mulai tertekan kembali. (Sulistyawati, 2009)

K. Fisiologi system Integumen

1. Striae gravidarum

Terjadi bulan-bulan terakhir kehamilan, garis-garis sedikit cekung kemerahan umumnya timbul pada kulit abdomen, terkadang pada kulit paha dan payudara. Terjadi pada separuh wanita hamil. Pada wanita multipara sering kali ditemukan bersamaan dengan sikatriks striae kehamilan sebelumnya.

2. Diastasis rektiter

Terkadang otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang diberikan kepadanya dan muskuli rekti terpisah di garis tengah sehingga membentuk *diastasis rekti* dengan lebar yang bervariasi. Jika berat banyak bagian dari dinding uterus anterior yang hanya tertutup oleh kulit, fasia yang menipis, dan peritoneum.

3. Perubahan-perubahan vascular kulit

a. Trimester I

- 1) Palmar eritema (kemerahan di telapak tangan) dan spider nevi.
- 2) Linea alba/nigra.

b. Trimester II dan III

- 1) Chloasma dan perubahan warna areola.
- 2) Striae gravidarum (bulan ke 6-7).

L. System endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti berikut.

1. Kelenjar tiroid: dapat membesar sedikit.
2. Kelenjar hipofisis: dapat membesar terutama lobus anterior.
3. Kelenjar adrenal: tidak begitu terpengaruh.

M. System musculoskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigs dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan persaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

(Saifuddin, 2014)

2.1.5 Perubahan Psikologis Kehamilan

A. Trimester pertama

1. Ibu untuk membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.

2. Mencari secara aktif apakah benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakan.
3. Sedangkan bagi suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

B. Trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang.

C. Trimester ketiga

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu merasa dirinya aneh dan jelek. Selain itu, ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil.

2.1.6 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

A. Kebutuhan fisik ibu hamil

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil mengalami peningkatan, respon tubuh terhadap peningkatan metabolisme untuk menambah masa jaringan payudara, hasil konsepsi, dan masa uterus, peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20%. (Putranti, 2018)

2. Nutrisi

Nutrisi adalah ikatan kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energy, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses kehidupan. Nutrisi adalah salah satu dari banyak factor yang mempengaruhi akhir kehamilan.

a) Kalori

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energy yang meningkat. Energy ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme. Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 kalori tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil.

b) Protein

Tambahan protein diperlukan selama kehamilan untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Asupan yang dianjurkan adalah 60 g per hari. Asupan tinggi protein tidak dianjurkan selama kehamilan. Diduga kelebihan asupan protein menyebabkan maturasi janin lebih cepat dan menyebabkan kelahiran dini.

c) **Zat Besi**

Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1.000 mg, 350 mg untuk pertumbuhan janin dan plasenta, 450 mg untuk peningkatan massa sel darah merah ibu, dan 240 mg untuk kehilangan basal. Tambahan zat besi dalam bentuk garam *ferrous* dengan dosis 30 mg per hari, biasanya dimulai sejak kunjungan prenatal pertama guna mempertahankan cadangan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin (Ayu, 2016).

d) **Vitamin**

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi (Kusmiati, 2013).

3. Personal Hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah *genetalia*) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual

selama hamil dapat memperburuk hygiene mulut dan menimbulkan karies gigi. (Kusmiati, 2013)

4. Pakaian selama kehamilan

Pada dasarnya pakaian apa saja bisa dipakai, baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, serta bahan yang mudah menyerap keringat. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran dan kecenderungan menjadi *pendulans*. (Kusmiati, 2013)

5. Eliminasi

Wanita perlu mempelajari cara menjaga kebersihan alat kelamin, yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali berkemih atau buang air besar, dan harus menggunakan tisu atau lap, atau handuk bersih setiap kali melakukannya.

Membersihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rectum ke muara uretra dan meningkatkan resiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan menyerap air, lebih baik yang berwarna putih, tidak diberi wewangian, karena tisu yang kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi(Kusmiati, 2013).

6. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat

sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila:

- a) Terdapat perdarahan pervaginam;
- b) Terdapat riwayat abortus berulang;
- c) Abortus/partus prematurusnimmimens;
- d) Ketuban pecah;
- e) Serviks telah membuka(Kusmiati, 2013).

7. Mobilisasi dan Body Mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. (Kusmiati, 2013)

8. Istirahat / tidur

Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam. Ibu hamil harus menghindari posisi duduk dan berdiri dengan menggunakan ke dua ibu jari, dilakukan 2 kali sehari selama 5 menit. (Kusmiati, 2013)

9. Imunisasi

Vaksinasi terhadap tetanus (TT) di Indonesia diberikan 2 kali. Sebaiknya setelah bulan ketiga dengan jarak sekurang-

kurangnya 4 minggu. Vaksinasi kedua sebaiknya diberikan kurang dari 1 bulan sebelum anak lahir agar serum antitetanus mencapai kadar optimal.

Tabel 2.4
Imunisasi Tetanus (TT)

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjunganantenatalpertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun / seumur hidup	

Sumber : (Kusmiati, 2013)

B. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Menurut (Romauli, 2011), kebutuhan psikologis ibu hamil diantaranya:

1. Keluarga

Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga. Karena konsepsi merupakan awal, bukan saja bagi janin yang sedang berkembang, tetapi juga bagi keluarga, yakni dengan hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, maka setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasikannya berdasarkan kebutuhan masing-masing.

2. Support dari Tenaga Kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan adaptasipsikologis adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal. Bidan harus bekerjasama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara bidan dan klien. Keterbukaan ini akan mempermudah bidan memberikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi klien(Kusmiati, 2013).

3. Rasa Aman dan Nyaman Selama Kehamilan

Orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil biasanya ialah ayah sang anak. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangan prianya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama masa nifas.

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil. Kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua ialah merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut ke dalam keluarga menyatakan

bahwa wanita hamil harus memastikan tersedianya akomodasi sosial dan fisik dalam keluarga dan rumah tangga untuk anggota baru tersebut. (Romauli, 2011)

4. Persiapan menjadi orang tua

Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga. Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua dan Bagi pasangan yang sudah mempunyai lebih dari satu anak, dapat belajar dari pengalaman mengasuh anak sebelumnya. Selain persiapan mental, yang tak kalah pentingnya adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota, bertambah pula kebutuhannya. (Romauli, 2011)

2.1.7 Tanda Bahaya Kehamilan

A. Kehamilan Muda

1. Perdarahan per vaginam
2. Hipertensi gravidarum
3. Nyeri perut bagian bawah (Hani dkk, 2011).

B. Kehamilan Lanjut

1. Perdarahan per Vagina
2. Sakit kepala yang hebat

3. Penglihatan kabur
4. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
5. Keluar cairan per Vagina
6. Gerakan janin tidak terasa
7. Nyeri perut yang hebat. (Sulistyawati, 2012)

2.1.8 Pelayanan ANC

A. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :

1. Penapisan dan pengobatan anemia,
2. Perencanaan persalinan,
3. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.

B. Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk :

1. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya,
2. Penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP,
3. Mengulang perencanaan persalinan.

C. Kunjungan III (36 minggu sampai lahir)

1. Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III,
2. Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi,
3. Memantapkan rencana persalinan,
4. Mengenali tanda-tanda persalinan. (Prawirohardjo, 2009)

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2009).

Persalinan adalah proses pengeluaran konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Jannah, 2015).

2.2.2 Teori Penyebab Persalinan

A. Teori penurunan hormone

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

B. Teori plasenta menjadi tua

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

C. Teori distensi rahim

1. Otot-otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu tertentu.
2. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

D. Teori iritasi mekanis

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

E. Teori oksitosin

1. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
2. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
3. Menurunnya konsentrasi progesterone karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

F. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula superarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

G. Teori prostaglandin

Prostaglandin dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan.

H. Induksi persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut :

1. Gagang laminaria: dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
2. Amniotomi: pemecahan ketuban.
3. Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

(Sulistyawati, 2010)

2.2.3 Jenis persalinan

A. Jenis Persalinan

1. Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri melalui jalan lahir.
2. Persalinan buatan, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep / dilakukan operasi section caesarea.
3. Persalinan anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2010).

B. Jenis persalinan berdasarkan lama kehamilan dan berat janin :

1. Abortus

Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram dan umur kehamilan <20 minggu.

2. Persalinan Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

3. Persalinan Prematuritas

Merupakan persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

4. Persalinan Aterm

Yaitu persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.

5. Persalinan Serotinus atau Postmaturust atau Post Date

Merupakan persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

6. Persalinan Presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam. (Marmi, 2016)

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

A. Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.

Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Kontraksi adalah gerakan memendek dan menebalnya otot-otot rahim yang terjadi diluar kesadaran (involuter) dan dibawah pengendalian syaraf simpatik. Retraksi adalah pemendekan otot-otot rahim yang bersifat menetap setelah adanya kontraksi.

His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.

His yang normal mempunyai sifat : kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim, kontraksi bersifat simetris, fundal dominan yaitu menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim, otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim, bersifat involunter yaitu tidak dapat diatur oleh parturient.

Tenaga meneran merupakan kekuatan lain atau tenaga sekunder yang berperan dalam persalinan, tenaga ini digunakan pada saat kala II dan untuk membantu mendorong bayi keluar, tenaga ini berasal dari otot perut dan diafragma. Meneran memberikan kekuatan yang

sangat membantu dalam mengatasi resistensi otot-otot dasar panggul.

Persalinan akan berjalan normal, jika his dan tenaga meneran ibu baik. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic/atonia uteri dan hypertonic/tetania uteri. (Wardanurfa, 2018)

B. Passanger (Muatan)

Passenger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala. (Wardanurfa, 2018)

Menurut Marmi (2016), faktor passenger terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban, dan plasenta.

1. Janin

a) Anatomi Kepala Janin

Tulang-tulang penyusun kepala terdiri dari :

- 1) Bagian tengkorak
 - (a) Os Frontal atau tulang dahi
 - (b) Os parietal atau tulang ubun-ubun
 - (c) Os Occipital atau tulang belakang kepala
 - (d) Os Temporal atau tulang pelipis
- 2) Bagian Muka
 - (a) Os nasalis atau tulang hidung

- (b) Os maxilialis atau tulang rahang atas
 - (c) Os mandibularis atau tulang rahang bawah
 - (d) Os zygomatic atau tulang pipi
- 3) Sutura (sela ruang antara dua tulang)
- (a) Sutura frontalis, antara kedua tulang frontal
 - (b) Sutura sagitalis, antara kedua tulang parietal kiri dan kanan
 - (c) Sutura koronalis, antara tulang parietal dan fronta
 - (d) Sutura lamboidea, antara tulang parietal dan oksipital
- (Marmi, 2016)

b) Moulage (moulase) kepala janin

Moulage atau moulase adalah suatu keadaan dimana adanya celah antara tulang kepala janin yang memungkinkan terjadinya penyisipan (tumpang tindih) antar bagian tulang (overlapping) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. (Marmi, 2016)

c) Presentasi

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir pada saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi janin yang utama adalah kepala (96%), bokong (3%), bahu (1%). Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan saat

melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin. (Marmi, 2016)

d) Letak janin

Hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu, misalnya situs memanjang atau membujur adalah sumbu panjang janin sesuai dengan sumbu panjang ibu, dapat pada letak kepala atau letak bokong, situs melintang adalah sumbu panjang janin melintang terhadap sumbu panjang ibu, situs miring adalah sumbu panjang janin miring terhadap sumbu panjang ibu. (Sarwono, 2014)

e) Sikap janin (habitus)

Adalah hubungan bagian-bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi ke arah dada dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan. (Marmi, 2016)

f) Posisi janin

- 1) Untuk indicator atau menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (materal-pelvis).
- 2) Untuk menentukan presentasi dan posisi janin. (Marmi, 2016)
- 3) Ada 6 variasi dari penunjuk arah (indicator) dari bagian terbawah janin:

(a) Letak Belakang Kepala (LBK)

Indicator : ubun-ubun kecil (uuk)

Variasi posisi :

- (1) Ubun-ubun kecil melintang kiri : uuk.mel-ki
- (2) Ubun-ubun kecil kanan depan : uuk.ka-dep
- (3) Ubun-ubun kecil kanan belakang: uuk.ka-bel
- (4) Ubun-ubun kecil melintang kanan : uuk.mel-ka

(b) Presentasi Dahi

Indicator : teraba dahi dan ubun-ubun besar (uub)

Variasi posisi :

- (1) Ubun-ubun besar kiri depan : uub.ki-dep
- (2) Ubun-ubun besar kiri belakang : uub.ki-bel
- (3) Ubun-ubun besar melintang kiri : uub.mel-ki
- (4) Ubun-ubun besar kanan depan : uub.ka-dep
- (5) Ubun-ubun besar kanan belakang : uub.mel-ka

(c) Presentasi Muka

Indicator : dagu (meto)

Variasi posisi :

- (1) Dagu kiri depan : d.ki.dep
- (2) Dagu kiri belakang : d.ki.bel
- (3) Dagu melintang kiri : d.mel-ki
- (4) Dagu kanan depan : d.ka-dep
- (5) Dagu kanan belakang : d.ka-bel
- (6) Dagu melintang belakang : d.mel-ka

(d) Presentasi Bokong

Indicator adalah *sacrum*.

Variasi posisi :

- (1) Sakrum kiri depan : s.ki-dep
- (2) Sakrum kanan depan : s.ka-dep
- (3) Sakrum kanan belakang : s.ka-bel
- (4) Sakrum melintang kanan : s.mel-ka

(e) Letak Lintang

Menurut posisi kepala

- (1) Kepala kiri : LLi I
- (2) Kepala kanan : LLi II

Menurut arah punggung

- (1) Punggung depan (*dorso-anterior*) : PD
- (2) Punggung belakang (*dorso-posterior*) : PB

(3) Punggung atas (*dorso-superior*) : PA

(4) Punggung bawah (*dorso-inferior*) : PB

(f) Presntasi Bahu

(1) Bahu kanan : Bh.ka

(2) Bahu kiri : Bh.ki

Tangan menumbang :

(1) Tangan kiri : ta-ki

(2) Tangan kanan : ta-ka

Indikator adalah ketiak (*axilla*)

(1) Ketiak menutup/membuka ke kanan

(2) Ketiak menutup/membuka ke kiri

g) Air Ketuban

Waktu persalinan air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput anak yang diatas ostium uteri yang menonjol waktu his disebut ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks.

(Marmi, 2016)

h) Plasenta

Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

(Marmi, 2016)

C. Passage (Jalan Lahir)

Passage adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Rongga-rongga panggul yang normal adalah : pintu atas panggul hampir berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak menonjol ke depan, kedua spina ischiadica tidak menonjol kedalam, sudut arcus pubis cukup luas (90-100), ukuran conjugata vera (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah simpisis ke promontorium) ialah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran melintang pintu atas panggul) 12-14 cm, diameter oblique (ukuran sserong pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran muka melintang 10-10,5 cm.

Jalan lahir dianggap tidak normal dan kemungkinan dapat menyebabkan hambatan persalinan apabila : panggul sempit seluruhnya, panggul sempit sebagian, panggul miring, panggul seperti corong, ada tumor dalam panggul.

Dasar panggul terdiri dari otot-otot dan macam-macam jaringan, untuk dapat dilalui bayi dengan mudah jaringan dan otot-otot harus lemas dan mudah meregang, apabila terdapat kekakuan pada jaringan, maka otot-otot ini akan mudah ruptur.

Kelainan pada jalan lahir lunak diantaranya disebabkan oleh serviks yang kaku (pada primi tua primer atau sekunder dan serviks yang cacat atau skiatrik), serviks gantung (OUE terbuka lebar, namun OUI tidak terbuka), serviks konglumer (OUI terbuka, namun OUE tidak terbuka), edema serviks (terutama karena kesempitan panggul, sehingga serviks terjepit diantara kepala dan jalan lahir dan timbul edema), terdapat vaginal septum, dan tumor pada vagina. (Wardanurfa, 2018)

D. Psyche (Psikologis)

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar.

Menurut Pritchard, dkk perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama. (Wardanurfa, 2018)

E. Penolong

Peran penolong adalah memantau seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik. (Marmi, 2016)

F. Posisi saat bersalin

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak member sejumlah keuntungan. Mengubah

posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. (Marmi, 2016)

2.2.5 Mekanisme persalinan

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada persentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Mekanisme jalan lahir menurut (Ujiningtyh, 2009) di antaranya adalah :

A. Penurunan (Kepala masuk PAP)

Kepala masuk melintasi pintu atas panggul (promontorium), sayap sacrum, linea inominata, ramus superiorost pubis dan pinggir atas simpisis) dengan sutura sagitalis melintang, dalam sinklitismus arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. dapat juga terjadi keadaan :

1. Asinklitismus anterior adalah arah sumbu kepala membuat sudut lancip kepan dengan pintu atas panggul.
2. Asinklitismus posterior adalah arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan pintu atas panggul.

B. Fleksi

Fleksi yaitu posisi dagu bayio menempel dada dan ubun-ubun kecil rendah dari ubun-ubun besar. kepala memasuki ruang panggul

dengan ukuran paling kecil (diameter suboksipitobregmatika = 9,5) dan di dasar panggul kepala berada dalam fleksi maksimal.

C. Putar paksi dalam

Kepala yang turun menemui diapragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. kombinasi elastisitas dipragma pelvis dan tekanan intrauterin oleh his yang berulang-ulang mengadakan rotasi ubun-ubun kecil berputar ke arah depan di bawah simpisis.

D. Defleksi

Setelah kepala berada di dasar panggul dengan ubun-ubun kecil di bawah simpisis (sebagai hipomoklion), kepala mengadakan defleksi berturut-turut lahir bregma, dahi, muka dan akhirnya dagu.

E. Putar paksi luar

Gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

F. Ekspulsi

Putaran paksi luar bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring dan menyesuaikan dengan bentuk panggul, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah lahir bahu berada dalam posisi depan belakang dan bahu depan lahir dahulu, baru kemudian bahu belakang. mekanisme persalinan fisiologis penting di pahami, bila ada penyimpangan koreksi manual dapat dilakukan sehingga tindakan operatif tidak dapat dilakukan. (Wardanurfa, 2018)

2.2.6 Tahapan persalinan

A. Kala I

Merupakan tahapan awal pada proses persalinan disebut juga sebagai kala satu. Kala satu dimulai dari pembukaan 0 cm sampai 10 cm. bayi tidak akan keluar dari jalan lahir apabila pembukaan serviks belum mencapai 10 cm. jika tidak ada penyulit yang menyertai, pada ibu primigravida membutuhkan waktu kurang lebih 13 jam. Sedangkan pada ibu multigravida (sudah pernah melahirkan sebelumnya) membutuhkan waktu kurang lebih 7 jam. (Yesa, 2017) Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat samapi mencapai ukuran diameter 3 cm.

2. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu:

- a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

- b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

- c) Fase deselerasi, pembukaan sangat lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

(Marmi, 2016).

B. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluarang, Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

Gejala utama dari kala II adalah:

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
2. Menjelang akhir kala I ketuban pecah ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser.
4. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
6. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 - a) Kepala dipegang pada osocciput dan dibawah dagu, ditarik cunam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.

- b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban.
7. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam. (Marmi, 2016).

C. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan placentanya pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

1. Uterus menjadi bundar.
2. Uterus terdorong keatas karena placenta dilepas di segmen bawah rahim.
3. Tali pusat bertambah panjang.
4. Terjadi perdarahan. (Marmi, 2016).

D. Kala IV

Kala IV dimulai dari setelah plasenta lahir hingga dua jam post partum (pasca persalinan). Dalam fase ini kondisi ibu akan sering dipantau oleh tenaga kesehatan. Yaitu 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada satu jam berikutnya. Adapun observasi yang dilakukan berupa :

1. Pemeriksaan tekanan darah

2. Pemeriksaan denyut nadi
3. Pemeriksaan fundus uteri
4. Pemeriksaan suhu tubuh
5. Pemeriksaan kontraksi
6. Pemeriksaan jumlah perdarahan yang keluar
7. Pemeriksaan kandung kemih (Yesa, 2017)

2.2.7 Tanda Bahaya Persalinan

Menurut Asri dan Cristine (2012), tanda bahaya kala II persalinan meliputi:

A. Tanda bahaya bagi janin

1. Takikardi
2. Bradikardia
3. Deselerasi
4. *Meconium staining*
5. Hiperaktif
6. Asidosis

B. Tanda-tanda bahaya bagi ibu

1. Perubahan tekanan darah
2. Abnormalitas nadi
3. Abnormalitas kontraksi
4. Cincin retraksi patologis
5. Abnormalitas kontur perut bawah
6. Gelisah atau kesakitan

2.2.8 Perubahan Fisiologis Persalinan

A. Kala I

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Sejak kehamilan yang lanjut uterus terbagi menjadi 2 bagian, yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh corpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk oleh isthmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya, segmen bawah rahim (SBR) memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang. (Lailiyana dkk, 2011)

b) Bentuk rahim

Pada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang berkurang. Hal ini mengakibatkan:

(1) Tulang punggung janin menjadi lebih lurus sehingga bagian atas janin tertekan pada fundus dan bagian bawah janin masuk PAP.

(2) Otot-otot memanjang diregang dan menarik pada SBR dan serviks.

c) Perubahan Serviks

Perubahan pada serviks meliputi :

(1) Pendataran

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis.

(2) Pembukaan

Pembukaan adalah pembesaran dari ostium eksternum yang semula berupa satu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. Serviks dianggap membuka lengkap setelah 10 cm (Lailiyana, 2011).

Tabel 2.5
Perbedaan fase yang dilalui antara primigravida dan multigravida

Primigravida	Multigravida
<ul style="list-style-type: none"> • Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilates. • Berlangsung 13-14 jam 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviks mendatar dan membuka bisa bersamaan. • Berlangsung 6-7 jam

Sumber : (Marmi, 2016).

d) Vagina dan dasar panggul

Pada kala satu persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peranan penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun, setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian terbawah janin.

Perubahan yang paling nyata terdiri atas peregangan serabut-serabut m.levator ani dan penipisan bagian tengah perineum, yang berubah bentuk dari massa jaringan berbentuk baji setebal 5 cm menjadi (kalau tidak dilakukan episiotomy) struktur membrane tipis hamper transparan dengan tebal kurang dari 1 cm. Ketika perineum teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang 2 sampai 3 cm dan disini dinding anterior rectum menonjol. Jumlah dan besar pembuluh darah yang luar biasa yang memelihara vagina dan dasar panggul menyebabkan kehilangan darah yang amat besar kalau jaringan ini robek. (Marmi, 2016)

2. Kardiovaskular

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus, (sistolik meningkat 20 mmHg dan diastolic meningkat 5-10 mmHg). Diantara kontraksi tekanan darah kembali normal seperti sebelum persalinan. Perubahan posisi ibu dari arah terlentang menjadi miring, dapat mengurangi peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah ini juga dapat disebabkan oleh rasa takut dan khawatir.

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak

jantung meningkat dibandingkan sebelum persalinan.
(Lailiyana, 2011)

3. Metabolisme

Menurut Varney (2008), selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerobik naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

Hal ini bermakna bahwa peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta ditindaklanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

4. Pernapasan

Peningkatan laju pernapasan selama persalinan adalah normal. Hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Hiperventilasi yang lama adalah tidak normal dan dapat menyebabkan alkalosis. Sulit untuk mendapatkan penemuan angka yang akurat mengenai pernapasan karena angka dan iramanya dipengaruhi oleh rasa tegang, nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik-teknik pernapasan.

Observasi pernapasan ibu dan membantunya dalam mengendalikan pernapasan tersebut untuk menghindari hiperventilasi yang terlalu lama. (Lailiyana, 2011)

5. Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5-1^{\circ}$ C, karena hal ini mencerminkan terjadinya peningkatan metabolisme. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, merupakan indikasi adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena suhu meningkat yang disertai ketuban pecah merupakan indikasi infeksi (Varney, 2008).

6. Gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung sangat lambat. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan lambung dalam tempo yang biasa. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan. (Lailiyana, 2011)

7. Hematologi

Hemoglobin akan meningkat 1,2gr/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar kurang lebih 5.000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastic pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktifitas otot dan rangka. (Varney, 2008)

8. Endokrin

System endokrin akan diaktifkan selama persalinan karena terjadi penurunan kadar progesterone dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin, dan oksitosin. (Lailiyana, 2011)

9. Integument

Adaptasi system integument khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan. Walaupun tanpa episiotomy atau laserasi, robekan kecil pada kulit sekitar introitus vagina mungkin terjadi. (Lailiyana, 2011)

10. Musculoskeletal

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam-basa cairan tubuh dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. (Lailiyana, 2011)

2.2.9 Perubahan psikologis ibu bersalin

Bentuk-bentuk perubahan psikologis:

a. Perasaan takut hendak melahirkan

Merupakan hal yang wajar, apalagi bagi mereka yang baru pertama kali melahirkan.

b. Perasaan cemas pra melahirkan

Menjelang proses melahirkan, tidak sedikit calon ibu yang mengalami rasa takut saat proses kelahiran. Padahal rasa cemas itulah justru memicu rasa sakit saat melahirkan.

c. Rasa sakit

Muncul karena saat mau melahirkan, mereka merasa tegang dan takut, akibat telah mendengar berbagai cerita seram seputar melahirkan. Perasaan ini selanjutnya membuat jalur lahir (*birth canal*) menjadi mengeras dan menyempit. Pada saat kontraksi alamiah mendorong kepala bayi untuk mulai melewati jalur lahir, terjadi resistensi yang kuat. Ini menyebabkan rasa sakit yang dialami seorang wanita.

d. Depresi

Depresi merupakan penyakit psikologis yang cukup berbahaya.

Agar ibu melahirkan tidak mengalami depresi, ia harus ditemani anggota keluarga karena ibu yang melahirkan rawan depresi.

e. Perasaan sedih jika persalinan tidak berjalan sesuai dengan harapan ibu dan keluarga.

f. Ragu-ragu dalam menghadapi persalinan.

g. Perasaan tidak enak, sering berfikir apakah persalinan akan berjalan normal.

h. Menganggap persalinan sebagai percobaan.

i. Sering berfikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.

j. Sering berfikir apakah bayinya normal atau tidak.

k. Keraguan akan kemampuannya dalam merawat bayinya kelak.

2.2.10 Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

A. Pengambilan keputusan klinik

Keputusan klinik yang dibuat bidan sangat menentukan dalam memastikan kelahiran yang aman. Dengan menggunakan proses penatalaksanaan kebidanan/langkah-langkah dalam manajemen kebidanan yang benar, para bidan dapat secara sistematis mengumpulkan data, menilai data, dan membuat keputusan sehubungan dengan asuhan yang dibutuhkan pasien. (Lailiyana, 2012)

B. Aspek sayang ibu yang berarti sayang bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan harus diperhatikan para bidan adalah :

1. Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenankan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
2. Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.
3. Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian Air Susu Ibu harus dianjurkan untuk dikerjakan.
4. Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
5. Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
6. Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan member jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
7. Penolong persalinan harus cukup fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
8. Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila dilakukan.

9. Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan.
10. Tindakan-tindakan medic yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomy, pencukuran, dan klisma). (Marmi, 2016)

C. Pencegahan infeksi

Dalam memberikan asuhan yang bermutu tinggi, bidan harus melindungi pasien, diri sendiri, dan rekan kerjanya dari infeksi.

Cara praktis, efektif dan ekonomis dalam melakukan pencegahan infeksi meliputi mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, dan menggunakan pelindung, serta pengolahan dan pembuangan sampah yang aman harus betul-betul diikuti oleh bidan selama penatalaksanaan asuhan kebidanan. (Lailiyana dkk, 2012)

Menurut Marmi (2016), cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik, ataupun kimia yang meliputi :

1. Cuci tangan

Cuci tangan adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Cuci tangan harus dilakukan :

- a) Segera setelah tiba di tempat kerja

- b) Sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir.
- c) Setelah kontak fisik dengan ibu atau bayi baru lahir.
- d) Sebelum memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- e) Setelah melepas sarung tangan (kontaminasi melalui lubang atau robekan sarung tangan).
- f) Setelah menyentuh benda yang mungkin terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh lainnya atau setelah menyentuh selaput mukosa (misalnya hidung, mulut, mata, vagina) meskipun saat itu sedang menggunakan sarung tangan.
- g) Setelah ke kamar mandi.
- h) Sebelum pulang kerja (Sriningsih, 2018).

2. Pakai sarung tangan

Pemakaian sarung tangan dilakukan apabila melakukan tindakan klinik, apabila memegang alat medik dan membuang sampah medik. Untuk setiap pasien harus digunakan sarung tangan yang berbeda guna mencegah kontaminasi silang dan apabila sarung tangan bekas pakai akan digunakan lagi maka harus di dekontaminasi terlebih dahulu dengan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian dicuci, selanjutnya sarung tangan dikeringkan dengan otoklaf atau desinfeksi tingkat tinggi dengan menguapkan atau merebus. (Saifuddin, 2013)

3. Pemrosesan alat bekas

a) Pencucian dan pembilasan

Pencucian dan pembilasan pencucian adalah langkah pertama paling efektif untuk membunuh mikroorganisme pada peralatan dan perlengkapan yang kotor yang sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun disinfeksi tingkat tinggi kurang efektif tanpa proses pencucian segera setelah dikontaminasi. Bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci tangan dengan 7 langkah. (Saifuddin, 2008)

b) Dekontaminasi

Dekontaminasi yaitu segera setelah alat-alat itu digunakan, tempatkan benda-benda tersebut dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, yang akan secara cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV. Larutan klorin cepat sekali berubah keadaanya, oleh sebab itu setiap hari harus diganti atau dibuat baru apabila larutan tersebut tampak kotor (kotor). (Marmi, 2016). Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair menurut Saifuddin (2013) yaitu:

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{\% \text{ Larutan Konsentrat}}{\% \text{ Larutan Yang Diinginkan}} - 1$$

Campur 1 bagian konsentrat pemutih dengan jumlah bagian air yang dibutuhkan.

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

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{5\%}{0,5\%} - 1 = 10 - 1 = 9$$

Tambahkan 9 bagian air ke dalam 1 bagian larutan klorin.

Sedangkan rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bentuk bubuk klorin kering menurut Saifuddin (2013) yaitu :

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{\% \text{Larutan yang di inginkan}}{\% \text{Konsentrat}} \times 1000$$

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

$$\frac{\text{Gram}}{\text{liter}} = \frac{0,5\%}{35\%} \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$$

Tambahkan 14 gram (pembulatan 14,3) bubuk klorin kedalam 1 liter air bersih.

c) Sterilisasi atau Desinfeksi Tingkat Tinggi

1) DTT dengan cara Merebus :

- (a) Gunakan panci dengan penutup yang rapat.
- (b) Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
- (c) Rendam peralatan didalam air sehingga semuanya terendam dalam air.
- (d) Mulai panaskan air.

- (e) Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
 - (f) Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai.
 - (g) Rebus selama 20 menit.
 - (h) Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus.
 - (i) Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan (jika peralatan dalam keadaan lembab maka keadaan disinfeksi tingkat tinggi tidak terjaga).
 - (j) Pada saat peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah disinfeksi tingkat tinggi dan berpenutup. Peralatan bisa disimpan sampai satu minggu asalkan penutupnya tidak dibuka.
- (Sriningsih, 2018)
- 2) DTT dengan Mengukus
 - 3) DTT Kimiawi

Menurut Sriningsih (2018), langkah-langkah pada disinfeksi tingkat tinggi secara kimia termasuk:

- (a) Letakkan peralatan dalam keadaan kering (sudah deontaminasi dan cuci bilas) ke dalam wadah dan tuangkan desinfektan. Ingat: jika peralatan basah sebelum direndam dalam larutan kimia maka akan

terjadi pengenceran larutan tersebut sehingga dapat mengurangi daya kerja dan efektifitasnya.

- (b) Pastikan peralatan terendam seluruhnya dalam larutan kimia.
- (c) Rendam peralatan selama 20 menit.
- (d) Catat lama waktu peralatan direndam dalam larutan kimia di buku khusus.
- (e) Bilas peralatan dengan air matang dan angin-anginkan samapai kering di wadah desinfeksi tingkat tinggi berpenutup.
- (f) Setelah kering, peralatan dapat segera digunakan atau disimpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi berpenutup rapat.

D. Pencatatan

Dokumentasi memberikan catatan permanen mengenai manajemen pasien dan dapat menjadi pertukaran informasi (alat komunikasi) antar petugas kesehatan. (Lailiyana dkk, 2012)

E. Rujukan

Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood. Singkatan BAKSOKUDA menurut Marmi (2016) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi, yaitu:

1. B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanaan gawat darurat obstetric dan BBL untuk di bawa ke fasilitas rujukan.
2. A (Alat): Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.
3. K (Keluarga): Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk, jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga ke fasilitas rujukan.
4. S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil; penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
5. O (Obat): Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.

6. K (Kendaraan): Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
7. U (Uang) : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
8. Da (Darah dan Doa): Persiapan Darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan. (Marmi, 2016)

2.2.11

Teori Partograf

A. Pengertian Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. (Marmi, 2016)

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan. (Depkes, 2008)

B. Tujuan Partograf

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan pada pembukaan serviks melalui periksa dalam (PD).
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal dan sebagai deteksi dini terjadinya partus lama.
3. Mencatat kondisi ibu dan janin.
4. Untuk membuat keputusan klinik. (Sriningsih, 2018)

C. Penggunaan Partograf

1. Semua ibu dalam fase aktif kala I sebagai elemen penting asuhan persalinan baik normal maupun penyulit.
2. Semua tempat selama persalinan dan kelahiran (di Institusi pelayanan kesehatan BPM ataupun di rumah).
3. Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran. (Sriningsih, 2018)

D. Halaman Depan Partograf

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk :

1. Informasi tentang ibu:
 - a) Nama, umur;
 - b) Gravid, para, abortus (keguguran);
 - c) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas;

- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
- e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

(Marmi, 2016)

2. Kondisi janin

a) DJJ

Frekuensi detak jantung janin (DJJ); normal digaris tebal 100-180. Waspada DJJ < 120 atau > 160 beri tanda titik, hubungkan titik satu dengan titik yang lain dengan garis tidak terputus. Gawat janin DJJ <100 atau >180 : dirujuk.

(Sriningsih, 2018)

b) Warna dan adanya air ketuban

Warna dan adanya air ketuban (lamanya pecah, jumlah air ketuban, kekeruhan warnanya). Pencatatan ketuban dengan tanda :

- 1) U : Air Ketuban masih utuh
- 2) J : Air Ketuban Jernih
- 3) M : Air Ketuban bercampur Mekonium
- 4) D : Air Ketuban bercampur Darah
- 5) K : Tidak ada Air Ketuban / Kering. (Sriningsih, 2018)

c) Penyusupan (molase) kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau

tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (*Chepalo Pelvic Disproportion-CPD*). Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Tanda yang dicantumkan pada kolom molase adalah

- 1) 0 : Tulang kepala janin / sutura terpisah
- 2) 1 :Tulang kepala janin / sutura hanya saling bersentuhan.
- 3) 2 : Sutura saling tumpang tindih, tetapi dapat diperbaiki.
- 4) 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

Sutura/tulang kepala saling tumpang tindih mendakan kemungkinan adanya CPD (*Chepalo Pelvic Disproportion*). (Sriningsih, 2018)

3. Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Tiap angka mrmpunyai lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1cm skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Tiap kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit. (Saifuddin, 2014)

a) Pembukaan serviks

- 1) Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).
- 2) Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setaip temuan dari setiap pemeriksaan.
- 3) Tanda “X” harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.
- 4) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil periksa dalam.
- 5) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks) dari hasil periksa dalam harus dicantumkan.
- 6) Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil periksa dalam harus dicantumkan tanda “X” pada odinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.
- 7) Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus). (Sringsih, 2018)

b) Penurunan bagian terbawah atau presntasi janin

Perununan kepala janin melalui abdomen diukur dengan jari.

Mengacu pada bagian kepala dibagi 5 bagian yang teraba di

simfisis pubis. Catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan. (Sriningsih, 2018)

4. Jam dan Waktu

- a) Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- b) Jam : catat jam sesungguhnya. (Saifuddin, 2009)

5. Kontraksi

Catat setiap setengah jam; lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing dalam hitungan detik. (Prawirohardjo, 2009)

- a) Kurang dari 20 detik.
- b) Antara 20-40 detik.
- c) Lebih dari 40 detik.

6. Obat-obatan dan Cairan yang Diberikan

- a) Oksitosin

Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

- b) Obat-obatan lain dan cairan I.V

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

(Saifuddin, 2014)

7. Kesehatan dan Kenyamanan Ibu

Bagian terakhir lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu.

a) Nadi, Tekanan Darah, dan Temperatur Suhu

Angka disebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (lebih sering dicurigai adanya penyulit) beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai (.)

2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

3) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh yang sesuai.

b) Volume urine, Protein, atau Aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin. (Saifuddin, 2014)

E. Halaman Belakang Partograf

Halaman partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). (Marmi, 2016)

1. Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping saat merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara member tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

2. Kala I

Kala I terdiri dari pernyataan-pernyataan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut.

3. Kala II

Kala II terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. (Marmi, 2016)

4. Kala III

Kala III terdiri atas lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, pemijatan fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, laserasi, atonia

uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, pentalaksanaan dan hasilnya. Isi jawapan pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak disamping jawapan yang sesuai. (Saifuddin, 2014)

5. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya. (Sriningsih, 2018)

6. Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, suhu tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama menilai apakah terdapat resiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama melahirkan dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. (Saifuddin, 2014)

2.2.12 **Perubahan psikologis ibu bersalin**

A. Perasaan takut hendak melahirkan

Merupakan hal yang wajar, apalagi bagi mereka yang baru pertama kali melahirkan.

B. Perasaan cemas pra melahirkan: menjelang proses melahirkan, tidak sedikit calon ibu yang mengalami rasa takut saat proses

kelahiran. Padahal rasa cemas itulah justru memicu rasa sakit saat melahirkan.

C. Rasa sakit

Muncul karena saat mau melahirkan, mereka merasa tegang dan takut, akibat telah mendengar berbagai cerita seram seputar melahirkan. Perasaan ini selanjutnya membuat jalur lahir (*birth canal*) menjadi mengeras dan menyempit. Pada saat kontraksi alamiah mendorong kepala bayi untuk mulai melewati jalur lahir, terjadi resistensi yang kuat. Ini menyebabkan rasa sakit yang dialami seorang wanita.

D. Depresi

Depresi merupakan penyakit psikologis yang cukup berbahaya. Agar ibu melahirkan tidak mengalami depresi, ia harus ditemani anggota keluarga karena ibu yang melahirkan rawan depresi.

E. Perasaan sedih jika persalinan tidak berjalan sesuai dengan harapan ibu dan keluarga.

F. Ragu-ragu dalam menghadapi persalinan.

G. Perasaan tidak enak, sering berfikir apakah persalinan akan berjalan normal.

H. Menganggap persalinan sebagai percobaan.

Sering berpikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.

I. Sering berpikir apakah bayinya normal atau tidak.

J. Keraguan akan kemampuannya dalam merawat bayinya kelak.

2.2.13 **Kebutuhan dasar persalinan**

Menurut Sumaroh (2008), kebutuhan ibu saat proses persalinan diantaranya:

A. Kebutuhan fisiologis

1. Oksigen.
2. Makan dan minum.
3. Istirahat selama tidak ada his.
4. Kebersihan badan terutama genitalia.
5. Buang air kecil dan buang air besar.
6. Pertolongan persalinan yang terstandar.
7. Penjahitan perineum bila perlu.

B. Kebutuhan rasa aman

1. Memilih tempat dan penolong persalinan.
2. Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan.
3. Posisi tidur yang dikehendaki ibu.
4. Pendampingan oleh keluarga.
5. Pantauan selama persalinan.
6. Intervensi yang diperlukan.

C. Kebutuhan dicintai dan mencintai

1. Pendampingan oleh suami/keluarga.
2. Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)

3. Masase untuk mengurangi rasa sakit
4. Berbicara dengan suara yang lembut dan sopan.

D. Kebutuhan harga diri

1. Merawat bayi sendiri dan menetekinya.
2. Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu.
3. Pelayanan yang bersifat empati dan simpati.
4. Informasi bila akan melakukan tindakan.
5. Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan.

E. Kebutuhan aktualisasi diri

1. Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan.
2. Memilih pendamping selama persalinan.
3. *Bounding and attachment.* (Sumarah, 2008)

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian

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)

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

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahapan, diantaranya:

A. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

B. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

C. Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat

berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.
(Sulistyawati, 2009)

2.3.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

A. Perubahan system reproduksi

1. Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilicus dan simfisis, atau mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk ke dalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar.

Tabel 2.6
Tinggi Fundus Uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jbpst*	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber :

2. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas dibagi menjadi 4 tahapan:

- a) Lochea rubra/merah : muncul pada hari 1 sampai 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena

berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) Lochea sanguinolenta: cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

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

d) Lochea alba/putih: mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokia alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. (Ambarwati, 2010)

3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. (Ambarwati, 2010)

4. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari

pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil. Dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol. (Sulistyawati, 2009)

B. Payudara

Setelah persalinan estrogen dan progesteron menurun drastis sehingga dikeluarkan prolaktin untuk memproduksi ASI. ASI kemudian dikeluarkan oleh sel otot halus di sekitar kelenjar payudara yang mengkerut dan memeras ASI keluar, hormon oksitosin yang membuat otot-otot mengkerut. (Heryani, 2012)

C. System perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfingter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. (Sulistyawati, 2009)

D. System pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini dikarenakan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong pada waktu melahirkan, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan,

hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. (Kumalasari, 2015)

E. System musculoskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. (Kumalasari, 2015)

F. System endokrin

1. Hormone plasenta

Hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan, HCG (Human Chorionic Gondotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai *onset* pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 post partum.

2. Hormone pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3. Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh factor menyusui. Seringkali menstruasi

pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI. (Sulistyawati, 2009)

G. System hematologi dan kardiovaskular

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa postpartum. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien kira-kira 200-500 ml selama masa persalinan, 500-800 ml hilang selama minggu pertama post partum, dan terakhir 500 ml selama sisa masa nifas. (Saleha, 2009).

2.3.4 Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Menurut Reva Rubin dikutip dari Ari Sulistyawati (2009) adaptasi psikologis ibu nifas dibagi menjadi 3 bagian periode, antara lain:

A. Periode "Taking In"

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan kurang istirahat.

B. Periode “Taking Hold”

Periode ini berlangsung hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi lebih perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.

C. Periode “Letting Go”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini

2.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

A. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi:

1. Mengkonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari.
2. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
3. Mengkonsumsi tablet besi selama 40 hari post partum.
4. Mengkonsumsi vitamin A 200.000 intra unit.

B. Ambulasi

Ambulasi dini adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. (Nugroho, 2014)

C. Eliminasi

Buang air sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setrap 3-4 Jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena springter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. atau dikarenakan oedem kandung kemih selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB/obstipasi, lakukan diet teratur; cukup cairan; konsumsi makanan berserat; olahraga, berikan obat rangsangan per oral/per rektal atau lakukan klisma bilamana perlu.

D. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi Infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut:

1. Mandi teratur minimal 2 kali sehari
2. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
3. Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
4. Melakukan perawatan perineum
5. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari
6. Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia

F. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain.

1. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
2. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
3. Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur

Kurang istirahat dapat menyebabkan:

1. Jumlah ASI berkurang
2. Memperlambat proses involusio uteri
3. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri.

G. Seksual

Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang.

H. Latihan/senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan

dengan cara senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari kesepuluh. Manfaat senam nifas adalah:

1. Membantu memperbaiki sirkulasi darah
2. Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
3. Memperbaiki otot tonus, pelvis dan peregangan otot abdomen
4. Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
5. Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan

2.3.6 Tanda bahaya Ibu Nifas

A. Perdarahan post partum

Perdarahan post partum adalah lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2009). Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian, yaitu:

1. Perdarahan post partum *primer* (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir, terbanyak dalam 2 jam pertama.
2. Perdarahan post partum *sekunder* (*Late Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke-5 sampai ke-15 post partum. Penyebab utama robekan jalan lahir dan sisa plasenta. (Yudiana, 2016)

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah:

- a) GrandeMultipara
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan: pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa. (Manuaba, 2009).

B. Sub Involusi Uterus (pengecilan rahim yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berta rahim dari 1000gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut Sub Involusi. (Yudiana, 2016). Penyebab Sub Involusi uterus antara lain:

1. Terjadi infeksi pada endometrium
2. Terdapat sisa plasenta dan selaputnya
3. Terdapat bekuan darah
4. Mioma uteri. (Sriningsih, 2018)

Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

C. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada masa nifas atau *sepsis puerperalis* adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*Rupture membran*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut: nyeri pelvik, demam $38,5^{\circ}\text{C}$ atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni, 2009).

D. Keadaan abnormal pada payudara

1. Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah bendungan air susu karena penyempitan duktus latiferi atau kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan putting susu. Payudara terjadi karena hambatan aliran darah vena atau saluran kelenjar getah bening akibat ASI terkumpul dalam payudara. Kejadian ini timbul karena produksi berlebihan sementara kebutuhan bayi pada hari pertama sedikit. (Sriningsih, 2018)

2. Mastitis dan Abses Mamae

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada mamae, pematatan pada mamae dan terjadi perubahan warna kulit mamae (Haryani, 2010)

2.3.7 Kunjungan Masa Nifas

Menurut (Kemenkes RI, 2016) pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu:

1. 6 jam - 3 hari setelah melahirkan
2. Hari ke-4-28 hari setelah melahirkan
3. Hari ke 29-42 hari setelah melahirkan

Pelayanan ibu nifas meliputi:

1. Menanyakan kondisi nifas ibu secara umum.
2. Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan dan nadi.
3. Pemeriksaan lochea dan perdarahan.
4. Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi.
5. Pemeriksaan kontraksi Rahim dan tinggi fundus.
6. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif.
7. Pemberian kapsul vitamin A.
8. Pelayanan kontrasepsi persalinan.
9. Konseling.
10. Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.
11. Memberikan nasehat yaitu:
 - a. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein, hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan.

- b. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan kedua adalah 14 gelas/hari dan 6 bulan kedua adalah 12 gelas/hari.
- c. Menjaga kebersihan diri termasuk kebersihan daerah kelamin, ganti pembalut sesering mungkin.
- d. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- e. Ibu yang melahirkan secara operasi harus menjaga luka kebersihan luka bekas operasi.
- f. 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 konsultasi dengan tenaga medis untuk pelayanan KB setelah persalinan.

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 - 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat. Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi psikologik mulai terjadi pada tubuh bayi baru lahir, karena perubahan dramatis ini, bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan bagaimanaia membuat suatu transisi yang baik terhadap kehidupannya diluar uterus. Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) merupakan proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Rahardjo, 2015).

2.4.2 Klasifikasi Bayi

A. Klasifikasi menurut berat lahir yaitu:

1. Bayi Berat Lahir Rendah
2. Bayi Berat Lahir Cukup / Normal
3. Bayi Berat Lahir Lebih

B. Klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan yaitu:

1. Masa gestasi atau umur kehamilan:

Masa sejak terjadinya konsepsi samapi dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir.

2. Berat lahir: Berat bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir.

3. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR):

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir <2500gram tanpa memandang masa gestasi.

4. Bayi Berat Lahir Cukup / Normal:

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir > 2500 – 4000gram.

5. Bayi Berat Lahir Lebih:

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir > 4000 gram.

6. Bayi Kurang Bulan (BKB) :

7. Bayi dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (<259 hari).

8. Bayi cukup Bulan (BCB) :

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi antara 37-42 minggu (259-293hari).

9. Bayi Lebih bulan (BLB) :

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari).

10. Bayi Kecil Untuk Masa Kehamilandisebut juga “Small for Gestational age / SGA”.

Bayi dilahirkan dengan berat lahir (<10 persentil) menurut grafik Lubchenco.

11. Bayi Besar Untuk Masa kehamilandisebut juga “Large for Gestational age / LGA” yaituBayi yang dilahirkan dengan berat lahir >10 persentil menurut grafik Lubchenco

2.4.3 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

- A. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- B. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- C. Panjang badan 48-52 cm.
- D. Lingkar dada 30-38 cm.
- E. Lingkar kepala 33-35 cm.
- F. Lingkar lengan 11-12 cm.
- G. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
- H. Pernapasan \pm 40-60x/menit.
- I. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- J. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- K. Kuku agak panjang dan lemas.
- L. Nilai APGAR > 7.
- M. Gerak Aktif.
- N. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- O. Reflex rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- P. Reflex sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- Q. Reflex morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- R. Reflex grasping (menggenggam) sudah baik.

S. Genetalia.

1. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
2. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

T. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan. (Nanny, 2012)

Tabel 2.7
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 menyeringai	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: (Rahayu, 2017)

2.4.4 Penanganan Bayi Baru Lahir

Penanganan bayi baru lahir menurut Saifuddin (2009), antara lain adalah:

A. Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan cara :

1. Letakkan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat.
2. Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur sedikit tengadah ke belakang.
3. Bersihkan hidung, rongga, mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
4. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis. (Prawirohardjo, 2009)

B. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak menentukan dan tidak mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dibuat ikatan baru. (Prawirohardjo, 2009)

C. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi

merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya stabil. Suhu tubuh bayi harus dicatat.

D. Memberi Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM.

E. Profilaksis mata

Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual seperti gonorre dan klamidiasis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin. Saat ini silver nitrat tetes mata tidak dianjurkan lagi karena sering terjadi efek samping berupa iritasi dan kerusakan mata. (Prawirohardjo, 2009)

F. Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. (Saifuddin, 2009)

2.4.5 Perubahan fisiologis bayi baru lahir

A. System pernapasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanisme akhirnya bayi mulai aktivasi napas pertama kali.

Tekanan intratoraks yang negative disertai dengan aktivasi napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas untuk yang pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas

B. System peredaran darah

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 jantung kanan, dan 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 berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

C. System metabolisme dan pengaturan suhu

Luas permukaan tubuh neonates 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 didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

D. System gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan mulai mengisap dan menelan. Reflex muntah dan refleks batuk yang matur sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonates. kapasitas lambung sendiri sangat terbatas, yaitu kurang dari 30 cc pada bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan meningkat secara lambat bersamaan dengan pertumbuhan bayi (Astuti, *et al.*, 2011).

Dengan kapasitas lambung yang masih terbatas ini, sangat penting bagi ibu untuk mengatur pola asupan cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit, tetapi sering.

E. System ginjal

Janin membuang toksin dan homeostatis cairan/elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostatis cairan/elektrolit. Lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam, dan memproduksi urin 1-2 ml/kg/jam. Pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu.

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:

1. Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
2. Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
3. *Renal blood flow* relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

F. System 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 neonates juga

belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kg/BB/hari menimbulkan *grey baby syndrome*. (Lia, 2011)

G. System neurologi

System nuerologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang secara sempurna. Bayi baru lahir akan menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu labil, kontrol otot buruk, mudah terkejut, dan tremor pada eksterimitas.

Perkembangan neonatus terjadi cepat, saat bayi tumbuh perilaku yang lebih kompleks misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan akan berkembang. Reflek bayi merupakan indikator yang sangat penting bagi perkembangan bayi. (Jenny, 2013)

H. Sitem imunologi

Sel fagosit, granulosit, monosit mulai berkembang sejak usia gestasi 4 bulan. Setelah lahir imunitas neonates cukup bulan lebih rendah dari orang dewasa. Usia 3-12 bulan adalah keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi. Neonates kurang bulan memiliki kulit yang masih rapuh, membrane mukosa yang mudah cedera, pertahanan tubuh lebih rendah sehingga berisiko infeksi yang lebih besar.

Perubahan beberapa kekebalan alami meliputi perlindungan oleh kulit membrane mukosa, fungsi jaringan saluran napas, pembentukan

koloni mikroba oleh kulit dan usus, dan perlindungan kimia oleh asam lambung.

2.4.6 Kebutuhan Bayi Baru Lahir

A. Nutrisi

Kebutuhan energi bayi baru lahir 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 bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari. (Sulistyawati, 2012).

B. Eliminasi

Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga sampai ke lima kelahiran, feses mengalami tahapan transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. (Fraser, 2009).

C. Istirahat dan Tidur

Dalam waktu 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi. (Vivian, 2011).

D. Kebersihan Kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar di jaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu (Vivian, 2011)

E. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. (Saifuddin, 2010).

F. Keamanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apa pun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi (Vivian, 2011).

2.4.7 Tanda bahaya bayi baru lahir

Tanda bahaya bayi baru lahir menurut Yesa (2017), meliputi:

A. Suhu tubuh $<36,5^{\circ}\text{C}$ dan $> 37,5^{\circ}\text{C}$

Suhu tubuh yang rendah, dibawah 36,5 derajat celcius (hipotermi) serta di atas normal yaitu diatas 37,5 derajat celcius. Ini merupakan salah satu tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ciri hipotermi yang bisa lihat secara langsung adalah kulit menjadi kebiruan, tubuh menggigil, bibir pucat atau kebiruan. Sedangkan pada hipertermi, adanya demam, merupakan pertanda bahwa bayi mengalami infeksi. Sehingga membuat suhu tubuhnya panas. Jika dibiarkan bayi bisa mengalami kejang dan kehilangan kesadaran.

B. Bayi mengalami kejang

Penyebab paling sering terjadi adalah bayi mengalami demam. Adapula disebabkan oleh tetanus neonatorum. Kejang pada bayi bisa mengancam keselamatan bayi, kejang pada bayi bisa dikenali, salah satu contohnya yaitu tubuh bayi kaku atau salah satu bagian tubuh bayi kaku dan bola mata terbalik keatas.

C. Warna kemerahan pada tali pusat dan bau tidak sedap

Ini merupakan salah satu adanya infeksi talipusat. Normalnya tali pusat yang tidak mengalami infeksi, tidak berbau, tidak keluar pus (nanah), tidak kemerahan. Infeksi tali pusat bisa disebabkan oleh berbagai hal, contohnya ketidaktahuan orang tua mengenai cara membersihkan tali pusat.

D. Lemas dan bayi tidak mau menyusui (letargi)

Jika tubuh bayi terlihat lemas dan tidak mau menyusui biasanya bayi sedang mengalami sakit. Salah satu cirinya, bayi tidak merespon ketika telah dirangsang.

E. Bayi merintih

Kesulitan bernafas atau bernafas cepat $>60x$ /menit

Kesulitan bernafas dapat dilihat pergerakan dadanya, bila bayi bernafas lebih dari $60x$ /menit tentu bayi akan terlihat sedang mengambil napas cepat. Dadanya akan sering naik turun dari biasanya. Keadaan seperti ini bisa diakibatkan oleh aspirasi makanan, hipotermi, dan yang lainnya.

F. Mata bernanah

Nanah pada mata bayi mengindikasikan terjadinya infeksi. Bersihkan bagian mata bayi dengan kapas lembut secara hati-hati.

G. Kulit bayi kuning (ikterus)

Dikatakan ikterus apabila terlihat perubahan warna kulit bayi menjadi kuning. Pada 24 jam pertama setelah bayi lahir dan setelah lima hari pada bayi premature (bayi lahir sebelum waktunya).

H. Bayi sering BAB, berdarah atau bayi tidak BAB dan BAK setelah 24 jam lahir.

BAB yang lebih sering dari biasanya dengan konsistensi yang cair dari biasanya merupakan pertanda bahwa mengalami diare. Terlebih lagi jika BAB yang keluar disertai darah. Selain itu bayi yang tidak BAB

san BAK dalam 24 jam pertama dicurigai terdapat masalah dalam saluran cernanya.

I. Mata cekung dan turgor kulit menurun.

Merupakan pertanda bayi mengalami dehidrasi (kekurangan cairan).

Biasanya sering ditemui pada bayi yang mengalami diare. Semakin lama bayi mengalami dehidrasi bisa berujung pada kematian.



2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian

A. Keluarga Berencana

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

B. Kontrasepsi

Yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. (Mulyani, 2013)

2.5.2 Jenis Metode Kontrasepsi

A. Non-Hormonal

1. Teknik pantang berkala

Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lender encer di liang vagina.

Untuk perhitungan masa subur digunakan rumus siklus terpanjang dikurangi 11, siklus terpendek dikurangi 18 antara kedua waktu.

a) **Manfaat:**

- 1) Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan.

- 2) Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- 3) Tidak ada efek samping.
- 4) Murah atau tanpa biaya. (Novianti, 2011)

2. Coitus Interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional/alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

a) **Manfaat:**

Alamiah, efektif bila dilakukan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu.

b) **Cara Kerja:**

Alat kelamin dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina, maka tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah. Ejakulasi di luar vagina untuk mengurangi kemungkinan air mani mencapai rahim

c) **Efektifitas:**

Efektif bila dilakukan dengan benar dan konsisten.

d) **Keterbatasan:**

- 1) Adanya pengeluaran air mani sebelum ejakulasi.

- 2) Terlambatnya pengeluaran penis dari vagina.
- 3) Pengeluaran semen dekat dengan vulva.

(Saifuddin, 2014)

3. Metode Amenore Laktasi (MAL)

a) Pengertian

Mal adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif artinya hanya diberikan asi tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya kecuali obat. Mal dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Menyusui secara penuh lebih efektif bila pemberian kurang lebih 8 kali sehari.
- 2) Belum haid
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan
- 4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode lainnya.

b) Keuntungan mal

- 1) Efektif tinggi (kebersihan 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
- 2) Segera efektif
- 3) Tidak mengganggu senggama
- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 5) Tidak perlu pengawasan medis
- 6) Tidak perlu obat atau alat

- 7) Tanpa biaya
- c) Keterbatasan
 - 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
 - 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
 - 3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBF dan HIV/AIDS.

(Affandi, 2011)

- d) Efektivitas

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar, jika dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. (Kemenkes RI, 2013)
- e) Yang dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui ASI secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

- f) Keadaan
 - 1) Ketika mulai memberikan makanan pendamping secara teratur
 - 2) Ketika haid sudah kembali

- 3) Bayi menghisap susu tidak sering atau jika kurang dari 8 X sehari
- 4) Bayi berumur 6 bulan atau lebih
- g) Yang seharusnya tidak dipakai
 - 1) Sudah mendapat haid setelah persalinan
 - 2) Tidak menyusui secara eksklusif
 - 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

(Affandi, 2011).

4. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) yang dipakai di penis saat hubungan seksual. (Novianti, 2011)

a) **Manfaat:**

- 1) Efektif bila digunakan dengan benar.
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- 4) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- 5) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.
- 6) Dapat mencegah penularan IMS.
- 7) Mencegah ejakulasi dini. (Novianti, 2011)

b) Keuntungan:

- 1) Mencegah kehamilan
- 2) Memberi perlindungan dari penyakit-penyakit akibat hubungan seks (PMS).
- 3) Dapat diandalkan.
- 4) Sederhana, ringan, disposable. (Fitri, 2015)

c) Kerugian:

- 1) Angka kegagalan relative tinggi.
- 2) Perlu memperhatikan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasang kondom.
- 3) Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus selama senggama.(Fitri, 2015)

d) Efektifitas:

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun. (Novianti, 2011)

B. Hormonal

1. Pil

a) Mini pil (Pil Progestin)

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah. Mini pil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis yang digunakan 0.03-0,05 mg per tablet.

1) Cara kerja:

- (a) Menghambat ovulasi.
- (b) Mencegah implantasi.
- (c) Mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- (d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu.

2) Keuntungan:

- (a) cocok sebagai alat kontrasepsi untuk perempuan yang sedang menyusui.
- (b) Sangat efektif untuk masa laktasi.

3) Kerugian:

- (a) Memerlukan biaya
- (b) Harus selalu tersedia
- (c) Efektifitas kurang apabila menyusui juga berkurang.

- (d) Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.
- (e) Harus diminum setiap hari.
- (f) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.

b) Pil kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormone estrogen dan progesterone, sangat efektif (bila diminum setiap hari). Pil harus diminum setiap hari pada jam yang sama.

1) Cara kerja:

- (a) Estrogen sebagai kontrasepsi: bekerja dengan jalan menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium, menghambat perjalanan ovum/implantasi.
- (b) Progesterone sebagai kontrasepsi: bekerja dengan cara membuat lender serviks menjadi kental sehingga transportasi sperma menjadi sulit, menghambat kapasitas sperma, menghambat perjalanan ovum ke tuba, menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium.

2) Manfaat:

- (a) Memiliki efektifitas yang tinggi bila digunakan setiap hari.
- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (c) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang.
- (d) Dapat digunakan jangka panjang selama wanita masih ingin menggunakan untuk mencegah kehamilan.

3) Kelemahan:

- (a) Mahal dan membosankan.
- (b) Mual terutama 3 bulan pertama penggunaan.
- (c) Pusing.
- (d) Nyeri pada payudara.
- (e) BB naik sedikit pada perempuan tertentu, kenaikan BB justru memiliki dampak positif.
- (f) Tidak mencegah IMS.
- (g) Dapat meningkatkan tekanan darah.

4) Indikasi

- (a) Usia produktif
- (b) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak
- (c) Gemuk atau kurus.

(d) Pasca keguguran, riwayat kehamilan ektopik dan kelainan payudara jinak.

(e) Nyeri haid hebat dan siklus haid tidak teratur.

5) **Kontra indikasi:**

(a) Hamil dan dicurigai hamil

(b) Menyusui eksklusif

(c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.

(d) Perokok dengan usia <35 tahun

(e) Riwayat jantung, stoke atau tekanan darah.

(f) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis.

2. Injeksi/Suntikan

a) Suntik Kombinasi (1 bulan)

Kontrasepsi suntik bulanan merupakan metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan jalan penyuntikan secara intramuscular sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesterone dan esterogen pada wanita usia subur. (Mulyani, 2013)

1) Cara kerja:

(a) Menekan ovulasi

(b) Lender serviks menjadi kental

(c) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi.

(d) Menghambat transport ovum dalam tuba falopii.

2) Keuntungan:

(a) resiko terhadap kesehatan kecil.

(b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

(c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.

(d) Pasien tidak perlu menyimpan obat. (Mulyani, 2013)

b) Suntik Tribulan atau Progestin

Suntik tribulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan.

1) Keuntungan:

Efektivitas tinggi, pemakaiannya sederhana, cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4x setahun), reversible, dan cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anak. (Prawirohardjo, 2014)

2) Kekurangan:

Sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur (*spotting breakthrough bleeding*), dapat menimbulkan amenorea. (Prawirohardjo, 2014)

3. Implant

Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon (polydimethylsiloxane) dan dipasang di bawah kulit.

a) Cara kerja:

- 1) Mengentalkan lender serviks.
- 2) Menghambat proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Melemahkan transportasi sperma.
- 4) Menekan ovulasi.

b) Keuntungan:

- 1) Daya guna tinggi.
- 2) Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun.
- 3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan implant.
- 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- 5) Bebas dari pengaruh estrogen.
- 6) Tidak mengganggu produksi ASI.

c) Kekurangan:

- 1) Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan.
- 2) Petugas kesehatan harus dilatih khusus.
- 3) Harga implant yang mahal.

- 4) Implant sering mengubah pola haid.
- 5) Implant dapat terlihat di bawah kulit.

d) 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° , buat insisi dangkal hanya untuk sekedar menembus kulit.
- 9) Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas. Tanda 1 dekat dengan pangkal menunjukkan batas masuknya trokar sebelum memasukan setiap kapsul. Tanda 2 dekat ujung menunjukkan batas pencabutan trokar setelah memasang setiap kapsul.
- 10) Dengan trokar dimana posisi angka (implant-2) dan panah (Implan-2 plus) menghadap ke atas masukan ujung trokar pada luka insisi dengan posisi 45° (saat memasukkan ujung trokar) kemudian turunkan menjadi 30° saat memasuki lapisan subdermal dan sejajar permukaan kulit saat mendorong hingga tanda 1 (3-5 mm dari pangkal trokar)
- 11) Untuk meletakkan kapsul tepat di bawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat. Masukan trokar perlahan-lahan dan hati-hati kearah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit

selama pemasangan. Masuknya trokar akan lancar bila berada tepat dibawah kulit.

- 12) Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar. untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukan (posisi panah disebelah atas) setelah tanda 1 tercapai dan diputar 180° searah jarum jam hingga terbebas dari tahanan karena ujung pendorong memasuki alur kapsul yang ada didalam saluran trokar.
- 13) Masukan kapsul pertama kedalam trokar, Gunakan pinset atau klem untuk mengambil kapsul dan memasukan ke dalam trokar. Lekatakan satu tangan dibawah kapsul untuk menangkap bila kapsul tersebut jatuh. Langkah ini tidak dilakukan pada implant-2 plus karena kapsul sudah didalam trokar.
- 14) Dorong kapsul sampai seluruhnya masuk kedalam trokar dan masukan kembali pendorong.
- 15) Gunakan pendorong untuk mendorong kapsul kearah ujung trokar sampai terasa ada tahanan (jika setengah bagian pendorong masuk kedalam trokar). Untuk implant -2 plus setelah pendorong masuk jalur kapsul maka dorong kapsul hingga terasa tahanan.
- 16) Tahan pendorong ditempatnya kemudian tarik trokar dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk mendekati

pangkal pendorong sampai tanda 2 muncul diluka insisi dan pangkalnya menyentuh pegangan pendorong. Untuk implan-2 plus pangkal trokar tidak akan mencapai pangkal pendorong (tertahan ditengah) karena terhalang oleh ujung pendorong.

17) Saat pangkal pendorong trokar menyentuh pegangan pendorong tanda 2 harus terlihat ditepi luka insisi dan kapsul saat itu kelua dari trokar tepat berada dibawah kulit. Raba ujung kapsul saat itu keluar dengan jari untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.

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

dengan arah jarum jam hingga ujungnya mencapai pangkal kapsul kedua dan trokar ditarik kembali ke arah 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) Pastikan ujung kedua kapsul harus cukup jauh dari luka insisi, harus dicabut dengan hati-hati dan dipasang kembali ditempat yang tepat.

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

- 24) Temukan tepi insisi dan gunakan *band aid* atau plester dengan masa steril untuk menutup luka insisi. luka insisi tidak perlu dijahit karena dapat menimbulkan jaringan parut.
- 25) Periksa adanya perdarahan. Tutup daerah pemasangan dengan pembalut untuk hemostatis dan mengurangi memar (perdarahan subkutan).
- 26) Sebelum melepas sarung tangan masukan alat-alat ke wadah yang berisi larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi. Dekontaminasi juga jarum dan alat suntik, pendorong dan trokar.
- 27) Kain penutup (bila digunakan) harus dicuci sebelum dipakai lagi. Trusmi 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.

e) Pencabutan

1) Persilahkan klien mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air yang mengalir, serta membilasnya hingga bersih.

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

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

- 16) Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar atau yang terdekat tempat insisi.
- 17) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak pada luka insisi.
- 18) Saat ujung kapsul tampak pada luka insisi, masukan klem lengkung (*mosquito* atau *crile*) dengan lengkungan klem mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan ujung klem tersebut.
- 19) Membebaskan kapsul dari jaringan ikat yang melingkarinya, dapat dilakukan dengan jalan 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 mendorong jepitan klem pertama pada batang kapsul.
- 21) Jepit kapsul bebas jaringan ikat dengan klem kedua.
- 22) melepaskan klem (pertama) penjepit kapsul.
- 23) Pilih kapsul berikutnya yang tampak paling mudah dicabut. Gunakan teknik yang sama untuk mencabut kapsul berikutnya.

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

PEMASANGAN SETELAH PENCABUTAN IMPLAN

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

TINDAKAN SETELAH PENCABUTAN

- 26) Menutup luka insisi bila klien tidak ingin melanjutkan pemakaian implant 2, bersihkan tempat insisi dan sekitarnya dengan menggunakan kasa berantiseptik. rapatkan tepi luka insisi selama 10 menit sampai 15 detik, kemudian dilanjutkan dengan membalut luka insisi.

- 27) tutup luka insisi dengan band-aid/ kasa steril dan plester. luka insisi tidak perlu dijahit. karena kemungkinan dapat menimbulkan jaringan parut. periksa kemungkinan adanya perdarahan.

- 28) sebelum melepaskan sarung tangan masukkan 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.

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

30) bila menggunakan sarung tangan sekali pakai, sebelum melepaskan sarung tangan, celupkan tangan kedalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan buang ke tempat sampah.

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

32) cuci tangan dengan sabun

33) semua sampah yang dibuang harus dibakar atau ditanam.

4. Intrauterine Device (IUD/AKDR)

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan reversible yang terbuat dari plastic atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis. (Fitri, 2018)

a) Cara kerja:

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Novianti, 2011)

b) Keuntungan:

- 1) AKDR yang mengandung Cu: ekspulsi lebih jarang. Kehilangan darah haid lebih sedikit, ukuran tabung inserter lebih kecil.
- 2) AKDR yang mengandung hormonal dapat mengurangi volume darah haid (dapat sampai dibawah tingkat pra-insersi). Tidak memerlukan kontrasepsi tiap hari atau setiap bulan. (Fitri, 2018)

c) Kerugian:

Tidak ada alat kontrasepsi AKDR yang member perlindungan terhadap HIV atau penyakit menular.

d) Pemasangan

- 1) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersiapkan klien mengajukan pertanyaan
- 2) Sampaikan pada klien kemungkinan timbul rasa nyeri saat pemasangan dan petugas akan menjelaskan kembali hal tersebut saat pemasangan.
- 3) Pastikan klien telah mengkosongkan kandung kemihnya.
- 4) Periksa genetalia eksterna
- 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) 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).

C. Kontrasepsi Mantap

1. Tubektomi (MOW)

Tubektomi (Metode Operasi Wanita/ MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falupii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. (BKKBN, 2018)

a) Waktu Penggunaan:

- a. Idealnya dilakukan dalam 48 jam pasca persalinan
- b. Dapat dilakukan segera setelah persalinan atau setelah operasi sesar

c. Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, ditunda 4-6 minggu

b) Manfaat:

1. Kontrasepsi:

(a) Efektivitasnya tinggi 99,5%

(b) Tidak mempengaruhi proses menyusui

(c) Tidak bergantung pada faktor sanggama

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

(e) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

(f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

2. Non Kontrasepsi:

Berkurangnya risiko kanker ovarium

c) Keterbatasan:

Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi). (BKKBN, 2018)

2. Vasektomi

Vasektomi (Metode Operasi Pria/MOP) adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi

sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

a) Waktu:

Bisa dilakukan kapan saja

b) Keuntungan:

- 1) Efektivitas tinggi 99,6-99,8%
- 2) Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka panjang
- 3) Morbiditas dan mortalitas jarang
- 4) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- 5) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

c) Keterbatasan:

- 1) Tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi)
- 2) Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi. (BKKBN, 2018)

2.6 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

2.6.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

A. Data Subjektif

Data subjektif, berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

1. Biodata

Mengumpulkan semua data yang di butuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan yang terdiri dari data ibu dan suami meliputi:

a) Nama

Untuk dapat mengenai atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama. (Romauli, 2011).

b) Umur

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) Suku/bangsa.

Data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan. (Marmi,2011)

d) Agama.

Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama Islam memanggil ustad dan sebagainya.

e) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan memengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.

f) Pekerjaan

Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasihat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan, dan lain-lain.

g) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal di mana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana

hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita. (Romauli, 2011).

2. Keluhan Utama

Apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksa kehamilannya. Keluhan utama yang sering terjadi pada ibu hamil trimester III, diantaranya:

a) Suhu badan meningkat

Perubahan metabolisme tubuh pada trimester ketiga ini masih berlanjut. Perubahan ini merupakan upaya penyesuaian yang dilakukan tubuh agar bisa mendukung bayi yang semakin membesar. Perubahan ini menyebabkan naiknya suhu tubuh. (Sibagariang, 2010).

b) Sering Kencing

Akibat Ureter yang semakin membesar, tonus otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesterone. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi meningkat hingga 60-70%. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun, namun ini dianggap normal (Asrinah dkk, 2010).

c) Sulit tidur

Ada beberapa faktor yang bisa membuat ibu hamil sulit tidur memasuki trimester tiga. Yang pertama jelas karena perut yang semakin membesar sehingga sulit mencari posisi tidur yang nyaman. Selanjutnya gerakan bayi yang semakin lincah dan tertekannya kandung kemih, memaksa untuk mengambil posisi miring di saat tidur, dan mengganjal kaki yang di atas agar rileks dan tidak menekan kaki yang bawah. (Sibagariang, 2010).

d) Kram pada kaki

Kram kaki sering dialami pada trimester kedua dan ketiga. Kejang yang menimbulkan rasa nyeri ini seringkali terjadi di malam hari. Ada beberapa pendapat mengenai penyebabnya. Ada yang mengatakan ini dikarenakan rahim yang membesar mengakibatkan tekanan yang mengganggu sirkulasi darah pada kaki dan menyebabkan tekanan pada saraf tertentu, ada juga pendapat yang mengatakan ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan kalsium dan fosfor dalam tubuh. (Sibagariang, 2010).

e) Sesak napas

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia

kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya. (Asrinah dkk, 2010).

f) Pusing/sakit kepala

Pada kehamilan uterus menekan vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Curah jantung mengalami pengurangan sampai 25-30% dan tekanan darah bisa turun 10-15% yang bisa menyebabkan pusing (Asrinah dkk, 2010).

g) Varises pada kaki

Varises umumnya terjadi pada kehamilan dan merupakan predisposisi yang menyebabkan thrombosis vena profunda. Ibu hamil harus ditanya kemungkinan sakit pada kaki, area kemerahan pada betis mungkin terjadi karena varises, flebitis, atau thrombosis vena profunda (Asrinah dkk, 2010).

3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

a) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui apakah dahulu ibu mempunyai penyakit yang berbahaya bagi kehamilannya. Selain itu untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi yang berhubungan dengan organ reproduksinya atau tidak, karena akan berpengaruh pada kehamilannya. (Romauli, 2011).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah pada saat sekarang ini ibu benar-benar dalam keadaan sehat, tidak menderita suatu penyakit kronis seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, ginjal, DM dan lainnya, karena apabila ada gangguan kesehatan pada saat ibu hamil akan secara tidak langsung berpengaruh pada kehamilannya baik itu pada diri ibu sendiri maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang dikandungnya (Romauli, 2011). Penyakit dan infeksi yang menyertai kehamilan menurut Rukiyah dan Yulianti (2010) antara lain:

1) HIV/AIDS

HIV adalah penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan AIDS adalah kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah lahir. Penularan HIV terjadi kalau ada cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti hubungan seks dengan pasangan yang mengidap HIV, jarum suntik dan alat penusuk lainnya yang tercemar HIV dan ibu hamil yang mengidap HIV kepada janin atau disusui oleh wanita yang mengidap HIV. Bayi yang dilahirkan oleh ibu yang terkena HIV lebih mungkin tertular.

2) Tuberkulosis Paru (TB)

Tuberkulosis Paru (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman menyerang Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain. Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan napas, dengan demikian penyakit paru-paru penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran CO₂ dan O₂.

3) Penyakit jantung

Penyakit jantung memang banyak menyerang siapa saja dengan usia tidak tentu, ironisnya ibu yang sedang mendapatkan kehamilan dapat terkena penyakit jantung.

Penyakit jantung pada wanita hamil bisa memengaruhi janin, janin kemungkinan dilahirkan prematur, penyakit jantung berat pada wanita hamil tiba-tiba memburuk janin bisa mati, bayi lahir dengan apgar rendah.

4) Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit kelainan metabolisme di mana tubuh penderita tidak bisa secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Pada kehamilan terjadi perubahan metabolisme endokrin

dan karbohidrat untuk makanan janin dan persiapan menyusui, bila tidak mampu meningkatkan produksi insulin (hypoinsulin) yang mengakibatkan hyperglikemia atau DM kehamilan (DM yang timbul hanya dalam masa kehamilan).

5) Hipertensi

Hipertensi karena kehamilan yaitu tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg yang disebabkan karena kehamilan itu sendiri, memiliki potensi yang menyebabkan gangguan serius pada kehamilan.

4. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, jugastatusnya (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 genetic
- o) Riwayat keturunan kembar.(Hani, 2011)

5. Riwayat Kebidanan

a) Riwayat haid

Beberapa hal yang perlu dikaji di dalam riwayat haid meliputi umur menarche, siklus haid (teratur atau tidak), lama haid, dysmenorrheal (ya atau tidak) dan HPHT (Haid Pertama Haid Terakhir). Dengan diketahuinya HPHT maka bidan dapat menentukan HPLnya (Hari Perkiraan Lahir), usia kehamilan sehingga keadaan kehamilannya dapat dipantau, terutama untuk memantau penambahan BB, TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan frekuensi gerak anak, karena hal tersebut dapat mendukung dalam penegakkan diagnose kehamilan, selain melalui palpasi dan USG. (Romauli, 2011).

b) Riwayat Obstetri

(Gravida (G).... Para(P).... Abortus (Ab).... Anak hidup (Ah)....), meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi <2500 gram atau >4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu (Muslihatun dkk, 2009).

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi lain, kesehatan fisik dan emosi terakhir harus diperhatikan. Pengkajian meliputi:

1) Usia gestasi

Usia gestasi saat bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi dan karena beberapa wanita mengalami kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayi yang dihospitalisasi dalam waktu yang lama.

2) Tipe kelahiran

Catat kelahiran terdahulu apakah pervaginam, melalui bedah sesar, dibantu forsep atau vakum. Jika wanita pada kelahiran terdahulu menjalani bedah sesar, untuk kelahiran saat ini ia mungkin metahirkan pervaginam. Keputusan ini, biasanya diambil berdasarkan lokasi insisi di uterus, kemampuan unit persalinan di rumah sakit untuk berespon segera bila rupture uteri terjadi, dan keinginan calon ibu. Jika insisi uterus ada dibagian bawah dan melintang,

bukan vertikal maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervaginam.

3) Lama persalinan

Lama persalinan merupakan faktor yang penting karena persalinan yang lama juga mencerminkan suatu masalah dapat berulang. Kemungkinan ini semakin kuat jika persalinan yang lama merupakan pola yang berulang.

4) Berat lahir

Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan (BKMK) atau bayi besar untuk masa kehamilan (BBMK), suatu kondisi yang biasanya berulang, apabila persalinan pervaginam, berat lahir mencerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal.

5) Gender/jenis kelamin

Pengkajian jenis kelamin bayi terdahulu, klinisi memiliki kesempatan untuk menanyai klien tentang perasaannya terhadap anak laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan pasangannya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandungnya saat ini.

6) Komplikasi

Komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi

berulang. Kondisi lain yang cenderung berulang adalah anomali kongenital, diabetes gestasional, preeklampsie, retardasi pertumbuhan intrauterin, depresi paska partum, dan perdarahan paska partum.

6. Riwayat kehamilan sekarang

Hal-hal yang perlu dikaji di dalamnya antara lain berapa kali ibu sudah melakukan ANC, di mana ibu memperoleh ANC, apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan berapa kali mendapatkannya, apakah ibu teratur minum tablet tambah darah, kalsium dan vitamin yang ibu peroleh setiap kali kontrol, apakah ada keluhan atau komplikasi selama ibu hamil dan apakah ibu mempunyai kebiasaan-kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan, merokok, minum jamu, dan alkohol dan sebagainya, sehingga bidan dapat memantau perkembangan kehamilannya. Pada kehamilan, pemeriksaan ANC harus lebih sering guna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandung (Romauli, 2011).

7. Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, sudah berapa kali klien menikah, berapa umur klien dan suami pada saat menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan. Selain itu secara normal juga untuk mengetahui apakah anak yang dikandungnya sah secara

hukum atau anak hasil hubungan di luar nikah karena dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu terhadap kehamilannya (Romauli, 2011).

8. Riwayat Keluarga Berencana

Meliputi, jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti (Muslihatun dkk, 2009).

9. Polafungsi kesehatan

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya sehari-hari atau belum. Pola-pola yang dikaji di dalamnya, meliputi:

a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu hamil (klien) sudah makan teratur 3x sehari atau belum, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk-pauk, sayur dan buah) atau belum, karena asupan nutrisi waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Romauli,2011).

Makan hendaknya beraneka ragam dan berganti-ganti. Zat-zat yang diperlukan adalah protein, karbohidrat, lemak, mineral, terutama kalsium, fosfor, zat besi (Fe), vitamin dan air. Semua zat tersebut diperoleh dari makanan sehari-hari. Jika kurang, ditambahkan suplemen. Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori perhari. (Kusmiyati dkk, 2009)

b) Pola eliminasi

Eliminasi yang dikaji adalah BAB dan BAK. BAB perlu dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB setiap harinya dan bagaimana konsistensi warna fecesnya, biasanya pada ibu hamil kemungkinan besar terkena sembelit karena pengaruh dari hormon progesterone dan juga warna dari fecesnya terkadang hitam yang disebabkan oleh tablet Fe yang dikonsumsi selama hamil (Romauli, 2011).

c) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup dan tenang setiap harinya atau tidak, karena dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya apabila tidak mempunyai cukup waktu untuk beristirahat. (Romauli, 2011).

Ibu hamil setidaknya memiliki jam istirahat/tidur yang cukup. Kurang istirahat/tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Ibu hamil dianjurkan tidur malam kurang lebih

8 jam dan tidur siang kurang lebih 1 jam. (Nugroho, dkk, 2014).

d) Pola personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya. Kebersihan diri yang paling dan harus diperhatikan oleh ibu hamil adalah kebersihan alat kelamin (genetalia), apabila ibu tidak menjaga genetalia akan memudahkan masuknya kuman ke dalam kandungan. (Romauli, 2011).

e) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah selama hamil ibu melakukan hubungan seksual atau tidak, karena pada dasarnya hubungan seksual boleh dilakukan selama hamil, asal umur kehamilan ibu cukup besar, karena hubungan seksual yang dilakukan pada saat hamil muda akan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dikandung. (Romauli, 2011).

1) Frekuensi

Melakukan hubungan seksual 2/3 kali dalam seminggu.

2) Gangguan

Bidan dapat menanyakan apakah pasien mengalami gangguan dalam melakukan hubungan seksual, misalnya tidak puas dengan suami dan adanya rasa nyeri yang timbul saat berhubungan. (Sulistyawati, 2009).

10. Riwayat Psikososial

Dikaji meliputi, pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu. (Muslihatun, 2009).

B. Data Objektif

Pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan. Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut. (Romauli, 2011).

1. Pemeriksaan Umum:

a) Keadaan Umum

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 dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan

dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Romauli, 2011).

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 sadar). (Sulistyawati, 2010)

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah:

Penentuan tekanan darah sangat penting pada masa hamil karena peningkatan tekanan darah dapat membahayakan kehidupan ibu dan bayi. Pada kehamilan normal, tekanan darah sedikit menurun sejak minggu ke delapan. Kondisi ini menetap sepanjang trimester kedua dan kemudian mulai kembali ke tekanan darah sebelum hamil. Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70 sampai 130/90 mmHg wanita yang tertekan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita tersebut adalah nulipara dengan sistolik lebih dari 120 mmHg, ia beresiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2014).

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) Pernapasan:

Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan. Normalnya 16-24 x/menit. (Romauli, 2011).

4) Suhu tubuh:

Suhu tubuh yang normal adalah $36,5^{\circ}\text{C}$. Suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai karena bersamaan dengan meningkatnya suhu, tubuh akan mengeluarkan zat-zat peradangan yang akan mengganggu kehamilan yang bisa berakibat buruk bagi kehamilan atau janin (Romauli, 2011).

d) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Karena tinggi yang pasti sering kali tidak diketahui dan tinggi badan berubah seiring peningkatan usia wanita, tinggi badan harus dikukur pada saat kunjungna awal. (Marmi,2014).

e) Berat Badan

Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Penambahan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50

kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai 16,50 kg. (Romauli, 2011)

f) LILA (Lingkar Lengan Atas)

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

2. Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan Inspeksi

Pemeriksaan inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang. Tujuannya untuk melihat keadaan umum klien, gejala kehamilan, dan adanya kelainan (Romauli, 2011).

Inspeksi/pemeriksaan pandang tersebut meliputi:

1) Kepala

(a) Rambut

Bentuk kepala, rambut lurus/keriting, rambut rontok atau tidak, karena secara normal sekitar 85-95% rambut wanita berada dalam fase pertumbuhan, tetapi perubahan

hormone selama hamil menstimulasi peningkatan prosentase rambut yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak bumil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil.

(b) Muka

Melihat apakah muka pucat atau tidak, terdapat cloasma gravidaruma atau tidak, oedem atau tidak, pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring.

(c) 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 conjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi. (Romauli, 2011).

(d) Hidung

Melihat apakah Ada sekret atau tidak, ada polip atau tidak, ada pernapasan cuping hidung atau tidak, jika ada menandakan adanya asfiksia pada ibu.

(e) Mulut

Bibir pucat/tidak, bibir kering/tidak, stomatitis/ tidak, caries gigi/tidak, karena gigi dan mulut ibu hamil yang infeksi seperti infeksi periodonatal (jaringan pendukung gigi) dapat melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan dapat mengakibatkan prematur.

2) Leher

Adakah pembesaran kelenjar tiroid. Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran kira-kira 31% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas (Asrinah, 2010).

3) Payudara

Membesar simetris/tidak, puting susu menonjol/ datar atau tenggelam, ada benjolan/tidak, hiperpigmentasi areola/tidak, ini terjadi karena perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophorestimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis.

4) Abdomen

Melintang/membujur, tegak/lembek, menggantung/menonjol, perubahan kulit pada abdomen juga ditemukan. Tanda bergaris kehamilan terdahulu terlihat menjadi seperti perak dan garis kehamilan terdahulu terlihat menjadi seperti perak dan yang baru tampak merah muda. Linea nigra mungkin terlihat, ini adalah garis gelap normal karena adanya pigmentasi yang arahnya longitudinal di bagian tengah abdomen bawah dan kadang di atas umbilicus. Adanya jaringan parut menunjukkan adanya pembedahan obstetrik atau abdominal terdahulu (Asrinah, 2010).

5) Genetalia

Adakah tanda Chadwicks, karena adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividea), pembuluh darah pada alat genetalia interna membesar, bila terdapat kecelakaan pada kehamilan atau persalinan, maka perdarahan akan banyak sekali, sampai mengakibatkan kematian. Kondiloma atau tidak, kebersihan, keputihan, tanda-tanda infeksi, jaringan parut pada perineum (Romauli, 2011).

6) Ekstrimitas

Normalnya simetris, apakah ada gangguan pergerakan, apakah oedem atau tidak, adanya pembengkakan pada kaki

dan tangan merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring.

7) 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. (Geger, 2007)

b) Pemeriksaan Palpasi

Palpasi adalah Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan, mengetahui perkembangan kehamilan (Romauli, 2011). Pemeriksaan palpasi tersebut meliputi:

1) Leher

Untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid. Pembesaran kelenjar limfe dan ada tidaknya bendungan pada vena jugularis.

2) Dada

Putting susu kaku atau tidak, adakah benjolan atau tidak. Kelenjar susu pada ibu hamil akan mempersiapkan dirinya untuk menghasilkan air susu. Pada proses ini terkadang ada kelenjar susu yang tersumbat dan membengkak. Kelenjar susu yang tersumbat biasanya menimbulkan benjolan yang keras, merah, dan nyeri saat disentuh.

3) Abdomen:

Pemeriksaan Leopold dengan variasi KNEBEL, BUDIN, DAN AHLFELD diantaranya :

(a) Leopold I

Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.

(1) Menurut LEOPOLD :

- Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki ditekuk 45° atau lutut bagian dalam diganjal bantal) dan pemeriksa menghadap ke arah ibu.
- Menengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping umbilical
- Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan TFU.

- Meraba bagian Fundus dengan menggunakan ujung kedua tangan, tentukan bagian janin.

Tabel 2.8
TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesus xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: (Manuaba, 2010)

(2) Variasi menurut KNEBEL

Menentukan letak kepala/bokong dengan 1 tangan difundus dan tangan lain di simfisis.

(b) Leopold II

Leopold II berguna untuk menentukan bagian janin yang berada di samping kanan dan kiri perut ibu.

(1) Menurut LEOPOLD:

- Cara pemeriksaan salah satu sisi samping perut ibu dengan menekan sisi lainnya.
- Hasil pemeriksaan berupa punggung kiri (PUKI) atau punggung kanan (PUKA), bagian punggung teraba rata, cembung, kaku/tidak

dapat digerakkan. Bagian-bagian kecil (tangan kanan dan kiri) akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif atau pasif.

(Kamariyah, 2014)

(2) Variasi menurut BUDIN

Menentukan letak punggung dengan 1 tangan menekan fundus.

(3) Variasi menurut AHFELD

Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak ditengah perut.

(c) Leopold III

Pengkajian Leopold III digunakan untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum. (Kamariyah, 2014).

(1) Teknik

- Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu.
- Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu.
- Menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menentukan bagian terbawah bayi.

- Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terbawah janin.

(2) Hasil:

- Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.
- Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bias (seperti ada tahanan).

(d) Leopold IV

Mengetahui seberapa jauh bagian presentasi janin masuk PAP. Pada tahap pemeriksaan Leopold II bisa juga digunakan untuk melakukan pemeriksaan DJJ karena letaknya antara punggung dan kepala. (Kamariyah, 2014)

(1) Teknik :

- Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus.
- Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis.

- Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.
- Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen)
- Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi)
- Memfiksasi bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

(2) Hasil:

- Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP).
- Penurunan kepala dinilai dengan:

- 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP),
- 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai
- 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP)

c) Auskultasi

Normal terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau dibagian kanan). Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 160 x/menit. (Romauli, 2011).

d) Perkusi

Normal: tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

2. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Panggul

Menurut Muslihatun (2009), indikasi pemeriksaan ukuran panggul adalah pada ibu hamil yang diduga panggul sempit, yaitu: pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4

minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obstetric jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kiposis, skliosis, kaki pincang atau cebol.

1) Pemeriksaan Panggul Luar

(a) Distansia spinarum (DS):

Cara mengukur: jarak antara Spina Anterior Superior (SIAS) kanan dan kiri. Ukuran normal: 23-26 cm.

(b) Distansia cristarum (DC):

Cara mengukur: jarak terjauh antara cristailiaka kanan dan kiri, terletak kira-kira 5 cm di belakang SIAS. Ukuran normal: 26-29 cm.

(c) Conjugata eksterna/ Boudeloque (CE):

Cara mengukur: jarak antara atas simfisis pubis dan ujung procesus spinous vertebra lumbal V. Ukuran normal: 18-20 cm.

(d) Distansia tuberum:

Cara mengukur: ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber ischiadicum kanan dan kiri. Ukuran normal: 10,5-11 cm.

2) Lingkar panggul

Cara mengukur: menggunakan pita pengukur, diukur dari tepi atas simfisis pubis, dikelilingkan melalui pertengahan

antara SIAS dan trochanter mayor kanan ke ruas lumbal V dan kembali sepihak. Ukuran normal: 80-90 cm (Hani dkk, 2014)

b) Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Hemoglobin

Tujuannya adalah untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dan menentukan anemia atau tidak. Penilaian haemoglobin dapat digolongkan sebagai berikut:

- (a) Hb 11 gr % : tidak anemi
- (b) Hb 9-10 gr % : anemi ringan
- (c) Hb 7-8 gr % : anemi sedang
- (d) Hb <7 gr% : anemi berat (Romauli, 2011).

Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan yang adanya anemia. Bila kadar Hb ibu kurang dari 11 gr% berarti ibu dalam keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb kurang dari 8% gr berarti ibu anemia berat. Wanita yang mempunyai Hb kurang dari 10gr/100ml bam disebut menderita anemia dalam kehamilan. Pemeriksaan Hb minimal dilakukan dua kali selama hamil, yaitu pada trimester I dan trimester III (Romauli, 2014).

2) Pemeriksaan golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran,

amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser et al, 2009).

3) Pemeriksaan WR dan VDRL

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu hamil terkena sifilis (Romauli, 2011).

4) Urine

Pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urine dan kadar albumin dalam urine sehingga diketahui apakah ibu menderita preeklamsi atau tidak (Romauli, 2014).

(a) Urine Albumin

Pemeriksaan urine albumin digunakan untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan pada air kemih, misal: gejala pre-eklampsia, penyakit ginjal, radang kandung kencing.

(b) Urine Reduksi

Pemeriksaan urine reduksi bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, sehingga dapat mendeteksi penyakit DM pada ibu hamil yang merupakan faktor risiko dalam kehamilan maupun persalinan.

-	: Tetap biru atau hijau jernih
+	: Kuning
++	: Oranye
+++	: Merah bata/coklat

5) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG digunakan untuk membuktikan kehamilan, usia kehamilan, ukuran plasenta, dan lokasinya, kemungkinan bayi kembar, serta beberapa abnormalitas.

6) Pemeriksaan Hbs Ag

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya virus hepatitis didalam darah baik dalam kondisi aktif maupun sebagai carier (Romauli, 2011).

C. Analisis

(Gravida(G)... Para(P)...Abortus (Ab) Anak hidup (Ah)....) Usia kehamilan...tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ekstrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak. (Hani dkk, 2010)

D. Perencanaan

1. Diagnosa kebidanan

(Gravida(G)... Para(P)...Abortus (Ab) Anak hidup (Ah)....)
Usia kehamilan...tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ekstrauterin, keadaan jalan

lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak. (Hani dkk, 2010)

2. Masalah

Ibu merasa cemas dengan keluhan yang dirasakan, seperti: sering buang air kecil, konstipasi, nyeri pinggang, sesak napas, kram otot, edema.

3. Kebutuhan

- a) Suport mental pada ibu.
- b) Informasi tentang kebutuhan nutrisi
- c) Informasi tentang tanda-tanda persalinan

4. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1x30 menit diharapkan keadaan ibu dan janin baik.

5. Kriteria Hasil

- a) Keadaan umum baik
- b) Kesadaran composmentis
- c) Tanda-tanda vital normal

TD : 100/70-130/90 mmHg,

N : 76-88x/mnt,

S : 36,5-37,5⁰C,

RR : 16-24 x/mnt).

- d) Pemeriksaan laboratorium

Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)

- e) DJJ 120-160x/mnt, kuat, irama teratur
- f) TFU sesuai dengan usian kehamilan
- g) Situs bujur dan presentasi kepala.

(Manuaba, 2012)

6. Intervensi:

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

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

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

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

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

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

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

e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

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

f) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

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

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

7. Masalah 1 : Edema dependen

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

b) Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

c) Intervensi :

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

5) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul. (Varney et al, 2008)

8. Masalah 2 : nokturia

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

b) Kriteria :

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

c) Intervensi:

1) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

(Manuaba, 2012)

9. Masalah 3: Konstipasi

a) Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

b) Kriteria: bisa BAB 1-2x/hari

c) Intervensi:

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

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

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

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

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

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB.

- 4) 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. (Pantiawati, 2009)

10. Masalah 4 : Hemoroid

- a) Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

- b) Kriteria :

- 1) BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak
- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

- c) Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007):

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

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

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

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

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

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memicu terjadinya hemoroid.

- 5) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

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

- 6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

11. Masalah 5 : Kram pada kaki

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

b) Kriteria :

- 1) kram pada kaki berkurang
- 2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

c) Intervensi:

- 1) Jelaskan penyebab kaki kram.

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

- 2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

- 3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- 6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang. (Varney *et al*, 2008)

12. Masalah 6 : Sesak nafas

- a) Tujuan : Ibu mamou beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

- b) Kriteria :

- 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/mnt
- 2) Ibu menggunakan pernapasan perut.

- c) Intervensi:

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

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

R/ Menghindari penekan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

- 5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Peregangan tulang meringankan penarikan nafas.

(Varney *et al*,2008).

13. Masalah 7 : Nyeri punggung bawah

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

b) Kriteria : Nyeri punggung berkurang

c) Intervensi :

- 1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu keki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bengkit dari posisi setenagh jongkok.

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

- 3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut di ganjal bantal.

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

- 4) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

- 5) Gunakan kasur yang menyongkong dan posisikan badan dengan menggunakn bantal sebagai pengganjal.

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan terikan dan regangan. (Varney *et al*, 2008).

14. Masalah 8 : Varises

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

b) Kriteria : tidak terdapat varises

c) Intervensi:

1) Kenakan kaos kaki penyokong.

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

2) Hindari mengenakan pakainya ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korest.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul. (Varney *et al*, 2008)

E. Implementasi

Penatalaksanaan tindakan yang mengacu pada intervensi yang telah dijabarkan pada langkah sebelumnya. (Norma, 2013)

F. Evaluasi

Sebagai langkah mengidentifikasi hasil akhir setelah dilakukan asuhan kebidanan terhadap klien. (Norma, 2013)

2.6.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Data Subjektif

1. Biodata

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda. (Manuaba, 2008)

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak.

Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan di atas usia 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinana lama dan kematian janin (Varney, 2008).

c) Agama

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

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 klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin(Marmi, 2011). Mengetahui pekerjaan ibu, gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut(Ambarwati,2009).

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu. (Roumali, 2011).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan utama pada ibu bersalin:

a) His/kontraksi

His persalinan merupakan kontraksi otot otot rahim yang fisiologis, namun kontraksinya bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya yaitu bersifat nyeri. Perasaan nyeri bergantung pada ambang nyeri penderita yang ditentukan oleh keadaan jiwanya (Jannah, 2015).

b) Ketuban pecah

Pecah ketuban secara spontan paling sering terjadi sewaktu waktu pada persalinan. Pecah ketuban secara khas tampak jelas sebagai semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh hampir tidak berwarna dengan jumlah yang bervariasi (Prawirihardjo, 2008).

3. Riwayat Menstruasi

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.

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir): Untuk mengetahui umur kehamilan 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).

4. Riwayat Obstetri yang Lalu

Menurut Manuaba (2012), riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm

lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara.

5. Riwayat Kehamilan Ini

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 untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan *antepartum* yang disebabkan oleh plasenta previa. (Prawirohardjo, 2010)

6. 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).

7. Riwayat Kesehatan Klien dan Penyakit Klien

a) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Untuk mengetahui apakah dahulu ibu mempunyai penyakit yang berbahaya bagi kehamilannya. Selain itu untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi yang berhubungan dengan organ reproduksinya atau tidak, karena akan berpengaruh pada kehamilannya (Romauli, 2011).

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui apakah pada saat sekarang ini ibu benar-benar dalam keadaan sehat, tidak menderita suatu penyakit kronis seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, ginjal, DM dan lainnya, karena apabila ada gangguan kesehatan pada saat ibu hamil akan secara tidak langsung berpengaruh pada kehamilannya baik itu pada diri ibu sendiri maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang dikandungnya (Romauli, 2011). Penyakit dan infeksi yang menyertai kehamilan:

1) HIV/AIDS

HIV adalah penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan AIDS adalah kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah lahir. Penularan HIV terjadi kalau ada cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti hubungan seks dengan pasangan yang mengidap HIV, jarum suntik dan alat penusuk lainnya yang tercemar HIV dan ibu hamil yang mengidap HIV kepada janin atau disusui oleh wanita yang mengidap HIV. Bayi yang dilahirkan oleh ibu yang terkena HIV lebih mungkin tertular.

2) Tuberkulosis Paru (TB)

Tuberkulosis Paru (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman menyerang Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain. Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan napas, dengan demikian penyakit paru-paru penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran CO₂ dan O₂.

3) Penyakit jantung

Penyakit jantung memang banyak menyerang siapa saja dengan usia tidak tentu, ironisnya ibu yang sedang mendapatkan kehamilan dapat terkena penyakit jantung. Penyakit jantung pada wanita hamil bisa memengaruhi janin, janin kemungkinan dilahirkan prematur, penyakit jantung berat pada wanita hamil tiba-tiba memburuk janin bisa mati, bayi lahir dengan apgar rendah.

4) Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit kelainan metabolisme di mana tubuh penderita tidak bisa secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Pada kehamilan terjadi perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat untuk makanan janin dan persiapan menyusui, bila tidak mampu meningkatkan produksi insulin (hypoinsulin) yang mengakibatkan hyperglikemia atau DM kehamilan (DM yang timbul hanya dalam masa kehamilan).

5) Hipertensi

Hipertensi karena kehamilan yaitu tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg yang disebabkan karena kehamilan itu sendiri, memiliki potensi yang menyebabkan gangguan serius pada kehamilan.

8. Riwayat kesehatan keluarga

Hal penting yang perlu dikaji bila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, PMS) yang dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lain. Juga perlu dikaji bila ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami seperti jantung, DM, asma, hipertensi, dan lainnya, karena dapat menurunkan kepada anggota keluarga yang lain dan dapat membahayakan apabila penyakit-penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil (Romauli, 2011).

9. Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen *herediter* (Marmi, 2011).

10. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Data ini penting untuk mengetahui ibu mendapatkan asupan gizi dan cairan yang cukup. Pemberian makan dan cairan

selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi.

b) Pola eliminasi

Pada pola eliminasi yang perlu dikaji adalah BAK dan BAB. Selama proses persalinan kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam, karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin. Sedangkan rektum yang penuh juga akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin. Namun bila ibu merasakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II (Walyani dkk, 2015).

c) Pola Istirahat

Kebutuhan istirahat ibu selama proses persalinan sangat diperlukan untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I. Data yang perlu ditanyakan adalah kapan terakhir tidur dan berapa lama (Sulistyawati & Nugraheny, 2010).

d) Personal hygiene.

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, keramas, dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baidur dan pakaian dalam.

(Sulistyawati, 2013)

11. Riwayat Psikososial dan Budaya

Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2010).

B. Data Objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Bidan melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati, 2013).

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Bagaimana keadaan umum penderita, kesadaran 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 dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri. (Sulistyawati, 2013).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Menurut Marmi (2016), tekanan darah diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg. Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Lailiyana dkk, 2011).

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan distolik rata rata 5-10 mmHg. Di antara kontraksi kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya maka

diperlukan pengukuran tekanan darah diluar kontraksi (Sumarah, 2009).

2) Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini di anggap normal asal tidak melebihi $0,50^{\circ}\text{C}$ bila kenaikan suhu berlangsung lama mengindikasikan adanya dehidrasi (Sumarah, 2009). Suhu tubuh normal $36-37,5^{\circ}\text{C}$ (Marmi, 2016).

3) Denyut Nadi

Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90x/menit (Marmi, 2016). Nadi yang normal menunjukan wanita dalam kondisi yang baik, jika lebih dari 100 kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, atau perdarahan. Peningkatan nadi juga salah satu tanda rupture uteri. Nadi diukur tiap 1-2 jam pada awal persalinan (Lailiyana, Dkk. 2011).

4) RR

Pernapasan yang normal adalah 16-24 x/menit. Selama persalinan pernapasan ibu akan mengalami peningkatan, hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Observasi pernapasan ibu dan membantunya dalam mengendalikan

pernapasan untuk menghindari hiperventilasi yang terlalu lama (Lailiyana, 2011).

d) Tinggi Badan :deteksi adanya panggul sempit.

e) Berat Badan

Kenaikan normal 12-15 kg. Kenaikan ≤ 12 kg deteksi bayi lahir dengan berat lahir rendah.

f) LILA

Mengetahui status gizi ibu. Normal 23,5 cm. Lila $< 23,5$ cm kemungkinan besar ibu mengalami perdarahan. (Sulistyawati, 2013)

2. Pemeriksaan Umum

a) Kepala

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

b) Mata

Menurut Romauli (2011), pemeriksaan 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 conjunctivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi.

c) Mulut

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies, gingivitis, dan sebagainya. Bila kerusakan-kerusakan gigi ini tidak diperhatikan dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan komplikasi seperti sepsis puerperalis karena infeksi di rongga mulut. (Wiknjosastro, 2009).

d) Leher

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

e) Payudara

Pembesaran, puting susu menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting, ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal. (Dewi, 2014)

f) Abdomen:

- 1) Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat).

- 2) Linea nigra (garis vertikal berwarna gelap yang terlihat di perut ibu selama kehamilan).
- 3) TFU untuk mengetahui tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak.
- 4) Leopold untuk mendeteksi letak janin

(a) Leopold I

Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan.

Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.

(b) Leopold II

Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu: punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

(c) Leopold III

Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan mengetahui presentasi atau bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu.

(d) Leopold IV

Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP. (Romauli, 2014)

5) His (Kontraksi uterus)

His persalinan merupakan kontraksi otot otot rahim yang fisiologis. Hal-hal yang harus diobservasi pada his persalinan antara lain:

- (a) Frekuensi/jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per 10 menit
- (b) Amplitudi atau intensitas adalah kekuatan his diukur dengan mmHg
- (c) Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.
- (d) Datangnya his apakah sering, teratur atau tidak
- (e) Interval adalah masa relaksasi (Eniyati, 2012).

6) Tafsiran berat janin (TBJ)

Untuk mengetahui taksiran berat janin. Johnson dan Tosbach (1954) menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran (TFU) tinggi fundus uteri atau

dikenal dengan rumus Johnson-Thousack yang terbagi tiga berdasarkan penurunan kepala janin.

(a) Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 13) x 155, bila kepalajenin masih floating.

(b) Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 12) x 155, bila kepalajenin sudah memasuki pintu atas panggul/H II.

(c) Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 11) x 155, bila kepalajenin sudah melawati H III

7) DJJ

Terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau kanan). Normalnya: 120-160xmenit. (Marmi, 2016)

g) Genetalia

1) Vulva dan vagina

Bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada fluor albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar bartholilini dan skene atau tidak, ada condilomalata atau tidak, ada condiloma acuminata atau tidak, kemerahan atau tidak.

2) Perineum

Ada luka bekas episiotomi atau tidak. (Marmi, 2016)

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).

h) Anus

Ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak. (Marmi, 2016)

i) Ekstremitas

Normalnya simetris, apakah ada gangguan pergerakan, apakah oedem atau tidak, adanya pembengkakan pada kaki dan tangan merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring. (Romauli, 2011)

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan dalam (VT)

Vaginal Toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, deminator, hodge (Marmi, 2016).

Melakukan Pemeriksaan Dalam (VT) menurut Sulis Diana (2017), untuk mengetahui:

1) Pembukaan:

(a) 1 cm-3 cm: fase laten

(b) 4 cm-5 cm: fase aktif akselerasi

(c) 6 cm-9 cm: fase aktif delatasi maksimal

(d) 9 cm-10 cm: fase deselerasi

2) Pendataran (effacement) berapa persen.

3) Presentasi dan posisi janin

Digunakan untuk menyebutkan bagian janin yang masuk di bagian bawah rahim. Presentasi ini dapat diketahui dengan cara palpasi atau pemeriksaan dalam. Jika pada pemeriksaan didapatkan presentasi kepala, maka pada umumnya bagian yang menjadi presentasi oksiput. Sementara itu, jika pada pemeriksaan didapatkan presentasi bokong, maka yang menjadi presentasi adalah sacrum, sedangkan pada letak lintang, bagian yang menjadi presentasi adalah skapula bahu (Sondakh, 2013).

4) Bagian terendah janin & posisinya, ubun-ubun kecil sudah teraba apa belum.

5) Penurunan bagian terbawah janin yaitu untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan dapat digunakan bidang Hodge.:

(a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

(b) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(c) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

(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 ke dalam rongga panggul

(f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Sondakh, 2012).

6) Air Ketuban (utuh/pecah)

Untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.

7) Penyusupan kepala janin/molase

b) Pemeriksaa penunjang lain

1) Urine

Urine yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress meternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetic yang baru saja

mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia. (Fraser *et al*, 2009)

2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011).

3) USG

menentukan usia gestasi, ukuran janin, gerakan jantung janin, lokasi plasenta, indeks cairan amnion berkurang (Mansjoer, 2008).

C. Analisis

1. Diagnosis

GPAPIAH, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II

2. Masalah Ibu selama persalinan:

a) Ibu merasa takut akan rasa sakit selama proses persalinan

- b) Merasa bingung apa yang harus dilakukan ibu selama proses meneran.
- c) Takut akan rasa nyeri saat kontraksi selama proses persalinan
- d) Merasa tidak mampu untuk meneran dengan kuat.
- e) Bingung untuk memilih posisi meneran nyaman. (Sulistyawati, 2010)

3. Kebutuhan:

- a) Memberikan KIE pada ibu tentang masalah yang dihadapi ibu selama proses persalinan.
- b) Membimbing ibu mengontrol pernapasan selama proses persalinan.
- c) Memberikan posisi ibu senyaman mungkin untuk meneran(Sulistyawati, 2010).

D. Perencanaan

GPAPIAH UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

1. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

2. Kriteria:

- a) KU baik, kesadaran composmentis

b) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

c) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

d) Kala I pada primigravida < 13 jam, pada multigravida < 7 jam

e) Kala II pada primigravida < 2 jam, pada multigravida < 1 jam

f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.

h) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan <500 cc.

3. Intervensi

a) Kala I

Menurut Jannah (2014), rencana asuhan kala I persalinan meliputi:

1) Penuhi kebutuhan nutrisi ibu

R/ pemenuhan nutrisi yang cukup dapat menambah tenaga ibu pada proses persalinan dan mencegah dehidrasi.

2) Pantau kondisi ibu

R/ memantau kondisi ibu dapat mengenali bila terjadi indikasi.

3) Pantau denyut jantung janin

R/ mengetahui bagaimana kondisi janin, dan dapat menemukan tempat di mana detak janin terdengar paling keras dapat membantu untuk mengetahui bayi berada di bawah, sungsang, atau melintang.

4) Pantau kemajuan persalinan dengan partograf

R/ mengobservasi pasien menggunakan partograf dapat dipantau kemajuan persalinan dan segera menentukan keputusan bila terjadi masalah.

5) Berikan dukungan pada ibu

R/ membantu ibu untuk tetap semangat selama proses persalinan.

6) Menciptakan rasa aman dan nyaman pada ibu

R/ menciptakan kenyamanan pada ibu selama proses persalinan sangat membantu ibu tetap rileks dan nyaman.

b) Kala II

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal

Wiknjosastro (2008):

1) Mengenali tanda dan gejala kala II

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

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c) Perenium menonjol
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dank eras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 whatt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

- (a) Menggelar kain diatas perut ibu dan temapt resusitasi, serta ganjal bahu bayi
- (b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam pertus set.

3) Pakai celemek plastic

R/Celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008).

4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

R/Mencegah adanya perhiasan atau benda yang melukai ibu.

5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

R/Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular untuk darah (Varney, 2008).

6) Masukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/Memudahkan petugas dalam melakukan tindakan

7) Bersihkan vulva dan perenium, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

(a) Jika introitus vagina, perenium atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang

- (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
- (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

R/ Mempermudah melakukan Vagina Torch

8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan bayi baik

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture porsio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

- (a) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap
- (b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

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

R/ Melakukan pencegahan infeksi

10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga kooperatif

- 11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava inferior ibu. berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008).

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

R/ Mempermudah ibu untuk meneran

- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

(a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif

(b) Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara meneran tidak sesuai

- (c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - (d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum disela-sela kontraksi
 - (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
 - (f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum)
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda
 - (h) Segera rujuk apabila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam meneran untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam untuk multigravida)
R/ Bayi dapat segera dilahirkan
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
R/ Mempermudah ibu untuk meneran
- 15) Persiapkan pertolongan kelahiran janin
R/ Mempersiapkan trmpat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong
- 16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi sudah di vulva dengan diameter 5-6 cm

R/ memudahkan petugas untuk mengelap bayi ketika sudah lahir

17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dibagian bawah bokong ibu

R/ mempermudah tindakan stenen

18) Buka tutup pertus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ mempermudah petugas dalam tindakan

19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ sebagai salah satu alat pelindung diri dan pencegahan infeksi

20) Persiapan pertolongan kelahiran

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perineum

Kelahiran kepala

21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

R/Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008).

22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

R/Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008)

(a) Jika tali pusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

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

23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara spontan

R/ Mencegah adanya laserasi yang lebar

Lahirnya bahu

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya his. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai

- 25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
- 26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing maka kaki dengan ibu jari dan jari lainnya

Penanganan bayi baru lahir

- 27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu:
- (a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan
 - (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif
 - (c) Apakah kulit bayi berwarna merah
- 28) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering.
- R/mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.
- 29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus ibu.

R/ mencegah adanya maltindakan.

30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ adanya kepercayaan antara ibu dan petugas

31) Dalam 1 menit setelah bayi lahir lakukan penyuntikan oksitosin 10-unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin).

R/ menstimulus untuk kontraksi baik.

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

R/ memudahkan tindakan PTT

33) Pemotongan dan ikat tali pusat

(a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut.

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

(c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan (larutan klorin).

34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakkan bayi tengkurap didada ibu. luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ bayi dan ibu terjadi bonding attachment.

35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ menjaga bayi tetap hangat dan mencegah hipotermi.

c) Kala III

Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosatro,2008)

Penanganan tali pusat

R/ untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu

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

38) Setelah terus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain ats (dorso karnial) secara hati – hati (untuk mencegah inervia uteri). Jika plasenta tida lahir setelah 30 – 40 detik hentikan penegangan tali pusat

dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

Mengeluarkan Plasenta

39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso karnial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso karnial)

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

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

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10-unit IM.

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

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

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

40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sia selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang teringgal.

Rangsangan Taktil (Masaese Uterus)

R/Masaese Uterus merangsang kontraksi

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

42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan prineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

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

d) Kala IV

Melakukan prosedur pasca salin

44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

45) Biarkan bayi melakukan kontrak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

R/ mengetahui adakah kelainan pada bayi

47) Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksi dan vitamin K₁ berikan 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral

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

(a) Letakkan bayi didalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan

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

48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.

- (a) 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- (b) Setiap 15 pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi

R/informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum

- (a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum
- (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

- 52) periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60s/menit) serta suhu normal (36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$).
- 53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- 54) Buang bahan – bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- 55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu membersihkan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- 57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

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

E. Implementasi

Penatalaksanaan tindakan yang mengacu pada intervensi yang telah dijabarkan pada langkah sebelumnya. (Norma, 2013)

F. Evaluasi

Sebagai langkah mengidentifikasi hasil akhir setelah dilakukan asuhan kebidanan terhadap klien. (Norma, 2013)



2.6.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Masa Nifas

A. Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2008)

b) 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)

c) Agama

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

d) Pendidikan

Dikaji untuk menyesuaikan dalam memberi pengetahuan sesuai tingkat pendidikannya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku kesehatan seseorang. (Norma, 2013)

e) Alamat

Alamat ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama, memudahkan menghubungi keluarga, dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah. (Marmi, 2016)

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan utama yang dirasa Ibu nifas menurut Nanny (2014) yaitu:

a) After Painatau Kram Perut

Hal ini disebabkan karena kontraksi dan relaksasi yang terus menerus pada uterus banyak yang terjadi pada multipara. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih, tidur tengkurap dengan bantal dibawah perut dan bila perlu di beri obat analgesic (Nugroho, 2014).

b) Nyeri perineum

Nyeri perinium dapat disebabkan oleh episiotomi, laserasi atau jahitan.

c) Payudara terasa penuh

Pembengkakan payudara terjadi karena adanya gangguan antara akumulasi air susu dan meningkatnya vaskularitas dan kongesti. Hal tersebut menyebabkan penyumbatan pada saluran limfe dan vena terjadi pada hari ke 3 postpartum. (Bahiyatun, 2009)

d) 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. (Varney *et al*, 2007)

3. Riwayat Menstruasi

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)

4. Riwayat nifas sekarang

Menurut Sukarni (2013), 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.

5. 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)

6. Riwayat Kesehatan Klien dan Penyakit Klien

Riwayat kesehatan yang lalu ditanyakan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan dan untuk mengetahui penyakit yang diderita dahulu seperti hipertensi, diabetes, PMS, HIV/AIDS. (Diana, 2017)

7. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya. Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan. Ibu nifas dianjurkan untuk mengonsumsi makanan tambahan sebanyak 500 kalori setiap hari dan minum sedikitnya 3-liter setiap hari. (Nugroho dkk, 2014).

b) Personal hygiene

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)

c) 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 *et al*, 2008).

d) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu post partum. Oleh karena itu, bidan perlu menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya bidan mengetahui hambatan yang mungkin muncul jika bidan mendapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur di siang dan malam hari. Pada kenyataannya, tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang, padahal tidur siang sangat penting untuk membantu mempercepat pemulihan kondisi fisiknya setelah melahirkan. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. (Sulistyawati, 2009)

e) 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).

8. Riwayat Psikososial dan Budaya

Untuk mendapatkan data ini, bidan sangat perlu untuk melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orang tua. Hal penting yang biasanya mereka anut kaitannya dengan masa nifas adalah menu makan untuk ibu nifas, misalnya ibu nifas harus pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan goreng-gorengan karena dipercaya akan menghambat penyembuhan luka persalinan dan makanan ini akan membuat ASI menjadi lebih amis.

Adat ini akan sangat merugikan pasien karena justru pemulihan kesehatannya akan terhambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantang maka akan mengurangi juga nafsu makannya sehingga asupan makanan yang seharusnya lebih banyak dari biasanya malah semakin berkurang. Produksi ASI juga akan berkurang karena volume ASI sangat dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang kualitas dan kuantitasnya cukup. (Sulistyawati, 2009)

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).

- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

B. Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

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

1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami katergantungan dalam berjalan.

2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri. (Sulistyawati, 2009)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien. (Priahardjo, 2008)

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Normal (110/70 – 140/90 mmHg), \geq 140/90 mmHg, pada ibu pasca melahirkan tekanan darah biasanya berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. (Nugroho, 2014)

2) 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 *et al*, 2008)

3) 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)

4) RR

Normalnya 16 – 24 x/menit, pada ibu postpartum umumnya pernapasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernapasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. (Nugroho, 2014)

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

1) Muka

Periksa ekspresi wajah, apakah muka pucat, kulit dan membran mukosa yang pucat mengindikasikan anemia. (Diana, 2017)

2) Mata

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

3) Mulut

Pemeriksaan mulut yang di lihat yaitu warna bibir dan mukosa bibir. Normalnya untuk warna bibir tidak pucat dan mukosa bibir lembab. (Diana, 2017)

b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. (Romauli, 2011)

c) Dada

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009)

d) Abdomen

Nilai kontraksi uterus keras atau lembek. Ukur tinggi fundus uteri, ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah:

- 1) Plasenta lahir: setinggi pusat
- 2) 7 hari (1 minggu): pertengahan pusat dan simpisis
- 3) 14 hari (2 minggu): tidak teraba
- 4) 6 minggu: normal. (Diana, 2017)

e) Genetalia

Lihat kebersihan genetalia, oedem atau tidak. Apakah ada jahitan laserasi atau tidak, jika terdapat jahitan laserasi periksa jahitan laserasinya. Periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya. (Sulistyawati, 2009)

f) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstermitas terhadap adanya oedema, nyeri tekan atau panas pada betis adanya tanda homan, reflek. Tanda human didapatkan dengan meletakkan satu tangan pada lutut ibu, dan lakukan tekanan ringan untuk menjaga tungkai tetap lurus. Dorsifleksi kaki tersebut jika terdapat nyeri pada betis maka tanda hormone positif. (Diana, 2017)

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g%. (Manuaba, 2010).

C. Analisis

1. Diagnosa kebidanan

PAPIAH dengan postpartum hari ke....

2. Masalah

a) Ibu kurang informasi

- b) Mulas pada perut yang mengganggu rasa nyaman
- c) Buah dada bengkak dan terasa sakit

3. Kebutuhan

- a) Penjelasan tentang pencegahan infeksi
- b) Memberitahu tanda-tanda bahaya masa nifas
- c) Penyuluhan perawatan payudara
- d) Bimbingan cara menyusui yang baik. (Sulistyawati, 2009)

D. Perencanaan

1. Diagnosa

PAPIAH dengan postpartum hari ke....

2. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan masa nifas berjalan dengan normal.

3. Kriteria hasil:

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Composmentis
- c) TTV: TD: 100/60-140/90 mmHg

N: 60-80x/menit

S: 36-37⁰C

RR: 16-24x/menit

- d) TFU dalam batas normal (2 jari dibawah pusat)
- e) Tidak terjadi perdarahan
- f) Pengeluaran lokhea sesuai dengan perubahan lokhea

g) Kontraksi uterus baik (keras). (Diana, 2017)

4. Intervensi

Perencanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas menurut Sulis Diana (2017), diantaranya:

a) Ibu nifas 2 jam post partum

1) Melakukan pendekatan terapeutik pada klien dan keluarga.

R/ Terjalannya hubungan saling percaya antara nakes dan klien.

2) Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan TFU.

R/ Sebagai parameter dan deteksi dini terjadinya komplikasi atau penyulit pada masa nifas

3) Memberikan konseling tentang:

(1) Nutrisi

Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, tinggi kalori dan protein serta tidak pantang makan.

R/ Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang lebih banyak untuk pemulihan kondisinya dan juga ASI untuk bayinya.

(2) Personal hygiene

Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan ibu

untuk menghindari menyentuh daerah luka (Suherni, 2009).

R/ Mencegah terjadinya infeksi pada daerah perineum.

(3) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

R/ Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi.

(4) Perawatan Payudara

E. **Implementasi**

Penatalaksanaan tindakan yang mengacu pada intervensi yang telah dijabarkan pada langkah sebelumnya. (Norma, 2013)

F. **Evaluasi**

Sebagai langkah mengidentifikasi hasil akhir setelah dilakukan asuhan kebidanan terhadap klien. (Norma, 2013)

2.6.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

a. Subyektif

1. Identitas bayi dan orang tua

- a) Nama bayi : untuk menghindari kekeliruan
- b) Tanggal lahir : untuk mengetahui usia neonates
- c) Jenis Kelamin : untuk mengetahui jenis kelamin bayi
- d) Umur : untuk mengetahui usia bayi
- e) Alamat : untuk memudahkan kunjungan rumah.

(Sondakh, 2013)

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010).

3. 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, 2007)

4. 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 analgesic, 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. (Wals, 2012).

5. Riwayat Postnatal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney, 2008).

6. Riwayat psikososial dan budaya

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)

b. Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-marahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosastro, 2009).

b) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Prawirohardjo, 2009).

c) Tanda-tanda Vital

1) Denyut jantung

Nilai >160 kali per menit (trakikardi) merupakan tanda-tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (brakikardi) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O_2 (Kumalasari, 2015). Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit. (Muslihatun, 2010)

2) Nadi

Nadi dapat dipantau di semua titik-titik nadi perifer (Prawirohardjo, 2009).

3) Suhu. Suhu inti tubuh bayi biasanya berkisar antara $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ (Marmi, 2016). Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak. (Prawirohardjo, 2009)

4) RR

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerak pernapasan 30-50 kali per menit. (Prawirohardjo, 2009)

d) Berat Badan

Berat badan (BB) BBL normal adalah 2,5 – 4 kg. Jika beratnya < 2,5 kg, bayi dikategorikan prematur. Jika berat badan > 4 kg, dikategorikan *giant baby* yang mungkin disebabkan diabetes maternal, herediter dan sebagainya (Marmi, 2016). Sebaiknya setiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Prawirohardjo, 2009).

Tabel 2.9

Penurunan berat badan sesuai umur

Umur	Penurunan/kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram/minggu
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama

Nilai penimbangan dilakukan setiap hari

Minggu pertama Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%

Setelah minggu pertama Setiap hari terjadi kenaikan pada

bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber: (Wiknjosastro, 2008).

e) Panjang Badan

Panjang badan normal adalah 45 cm - 55 cm. Panjang badan ini diukur dari ujung kepala samapai ke tumit. Jika panjang badan bayi lebih dari 45cm – 55cm, kemungkinan disebabkan kromosom ataupun herediter.

f) Lingkar Kepala

- 1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- 2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- 3) Diameter oksipito-metalis : 13,5-15 cm
- 4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- 5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- 6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- 7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34 cm
- 8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- 9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- 10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

(Wiknjosastro, 2008)

g) Lingkar Dada :

Ukuran lingkaran dada biasanya lebih kecil dari lingkaran kepala, panjang rata-ratanya sekitar 30-33 cm. Lingkaran ini diukur pada garis buah dada. (Marmi, 2016)

h) Lingkaran Lengan : ± 11 cm. (Wiknjosastro, 2008)

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Apakah tidak simetris, berupa tumor lunak di belakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang, sebagai akibat proses kelahiran, atau tumor lunak hanya di belahan kiri atau kanan saja, atau sisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala. Ukur lingkaran kepala. (Prawirohardjo, 2009)

b) Mata

Lihat kedua mata bayi, perhatikan apakah kedua matanya tampak normal dan apakah bergerak bersama, lakukan pemeriksaan dengan melakukan penyinaran pada pupil bayi. Normalnya, jika disinari pupil akan mengecil (Wahyuni, 2011). Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu. (Prawirohardjo, 2009)

c) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus

berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat pada bayi yang mengalami sindroma tertentu (piere-robin). (Kumalasari, 2015)

d) 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)

e) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009)

f) Leher

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)

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis

diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu di perhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris. (Marmi, 2012)

h) Abdomen

Pada perut yang perlu dilakukan pemeriksaan, yaitu bentuk perut bayi, lingkaran perut, penonjolan sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan pada tali pusat, dinding perut lembek (pada saat menangis) dan benjolan yang terdapat pada perut bayi. (Wahyuni, 2011)

i) Punggung

Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. (Prawirohardjo, 2009)

j) Genetalia

- 1) Bayi laki-laki, normalnya ada dua testis di dalam skrotum, kemudian pada ujung penis terdapat lubang.
- 2) Bayi perempuan, normalnya labia mayora menutupi minora, pada vagina terdapat lubang, pada uretra terdapat lubang dan mempunyai klitoris (Wahyuni, 2011).

k) Anus

Anus harus berada di garis tengah. Pastikan keluarnya mekonium untuk menyingkirkan dugaan diagnosis anomaly

anorektal. Pemeriksaan dengan jari tidak boleh dilakukan secara rutin pada bayi baru lahir (Davies, 2011)

1) Kulit dan Kuku

Dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan. Kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan kulit yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tak rata (*cutis marmorata*) telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*mongolian spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun. (Prawirohardjo, 2009)

m) Ekstremitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetri pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lanjut. (Prawirohardjo, 2009)

3. Data fungsional kesehatan

a) Eliminasi

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2009), tinja dan kemih diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai

muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut.

4. Pemeriksaan Reflex

Yang perlu diperhatikan pada pemeriksaan refleks bayi baru lahir menurut Sarwono Prawirohardjo (2009), meliputi:

a) Refleks Rooting

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi.

b) Refleks Moro

Ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan.

c) Refleks Sucking (isap)

Terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan. (Prawirohardjo, 2009)

d) Refleks Swallowing

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008)

e) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki.

Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi. (Marmi, 2012)

f) Refleks Graps

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat. (Marmi, 2012)

g) Refleks Tonic Neck

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensoris (Dewi, 2011).

c. Analisis

1. Diagnosis :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. (Marmi, 2012)

2. Masalah :

- a) Hipoglikemia
- b) Hipotermi
- c) Ikterik
- d) Seborrhea
- e) Miliariasis
- f) muntah dan gumoh
- g) oral trush

h) diaper rash (Marmi, 2012)

d. **Perencanaan**

1. Diagnose kebidanan:

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

2. Tujuan:

Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterine ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

3. Kriteria:

a) Keadaan umum baik

b) TTV normal

S: 36,5 °C-37,5 °C,

N: 120-160 x/menit,

RR: 40-60 x/menit.

c) Bayi menyusu kuat

d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

4. Intervensi

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi

b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lanjut.

c) Beri ASI setiap 2 jam sampai 3 jam.

R/ kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung

d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi

e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/ suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

f) Memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah. (Marmi, 2012)

5. Masalah

a) Masalah 1 : Hipoglikemia

1) Tujuan : Hipoglikemia dapat teratasi

2) Kriteria :

(a) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL

(b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemia yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermia. (Ladewig, 2006)

3)Intervensi :

(a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/ bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemia.

(b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan stripkimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ bayi yang berisiko harus di kaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

(c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemia.

R/ tanda-tanda hipoglikemia yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan memperhatikan suhu lingkungan yang optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi(Ladewig 2006).

b) Masalah 2 : Hipotermi

1) Tujuan : Hipotermi dapat teratasi

2) Kriteria :

(a) Suhu bayi normal 36° - 37° C

(b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras (sklerema).
(Prawirohardjo, 2009).

3) Intervensi :

(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 indicator awal stress dingin.

(b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

(c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi. (Ladewig, 2006)

c) Masalah 3 : Ikterik

1) Tujuan : Ikterik dapat tertangani

2) Kriteria :

(a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL

(b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urine.

3) Intervensi :

(a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kernikterus).

(c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika

kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium

(d) 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 dieksresikan.

4. Masalah 4 : Seborrhea

1) Tujuan : Seborrhea dapat teratasi

2) Kriteria :

(a) Tidak timbul ruam tebal berkeropengberwarna kuning di kulit kepala.

(b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

3) Intervensi :

(a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar.

(b) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

(c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan shampoo secara perlahan.

R/ pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

(d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut. (Marmi, 2012)

5. Masalah 5 : Miliariasis

1) Tujuan : Miliariasis dapat teratasi

2) Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

3) Intervensi :

(a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

(b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

(c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat.

(e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut. (Marmi, 2012)

6. Masalah 6 : Muntah dan gumoh

1) Tujuan : Muntah dan gumoh dapat teratasi serta tidak terjadi kembali.

2) Kriteria :

(a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

(b) Bayi tidak rewel

3) Intervensi :

(a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

(b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7. Masalah 7 : Oral trush

1) Tujuan : Oral trush tidak terjadi lagi

2) Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

3) Intervensi :

(a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang.

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

(b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

(c) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral trush.

8. Masalah 8 : Diaper rash

1) Tujuan : Diaper rash dapat teratasi

2) Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

3) Intervensi :

(a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

(b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ mencegah timbulnya diaper rash.

(c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini

membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

(d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

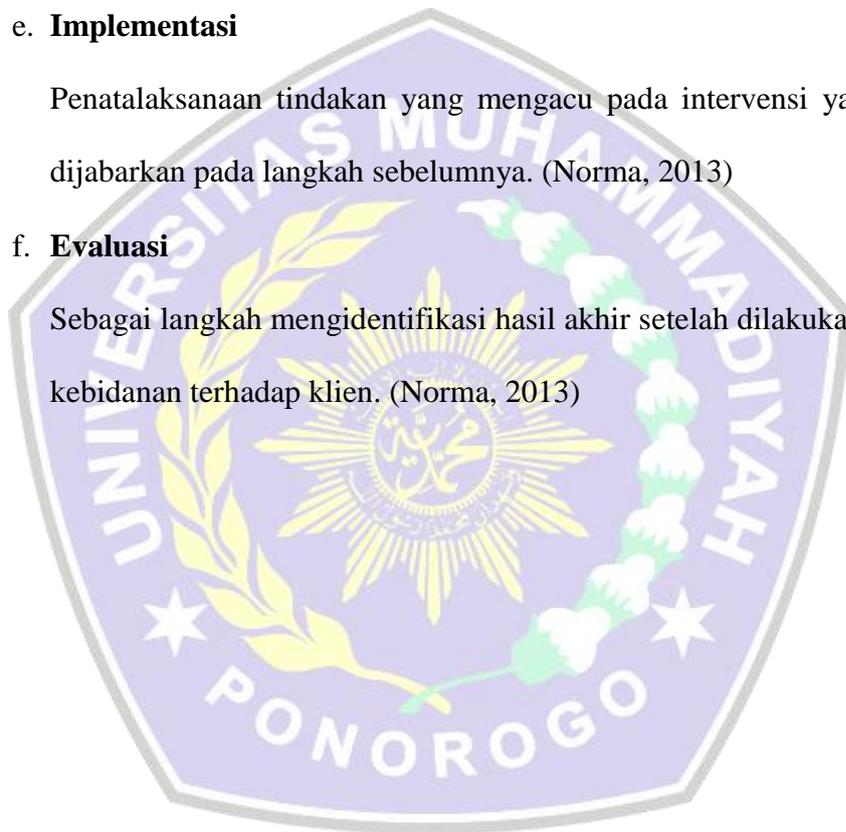
R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit. (Marmi,2012)

e. **Implementasi**

Penatalaksanaan tindakan yang mengacu pada intervensi yang telah dijabarkan pada langkah sebelumnya. (Norma, 2013)

f. **Evaluasi**

Sebagai langkah mengidentifikasi hasil akhir setelah dilakukan asuhan kebidanan terhadap klien. (Norma, 2013)



2.6.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan. (Ambarwati, 2011)

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan. (Saifuddin, 2013)

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa. (Ambarwati, 2011)

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntuk KB, susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR. (Manuaba, dkk. 2010)

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga. (Mochtar, 2011)

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu. (Roumali, 2011)

2. Keluhan

Keluhan yang dirasakan ibu saat ini atau yang menyebabkan klien datang ke BPS seperti ingin menggunakan kontrasepsi. (Diana, 2017)

3. Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui menarche, banyaknya menstruasi, teratur atau tidak. Siklus menstruasi teratur atau tidak, pada ibu yang memilih KB pantang berkala harus menghitung masa subur ibu sehingga dapat menghindari kehamilan. Lama menstruasi ibu, pada ibu yang akan menggunakan KB pil harus mengetahui lama menstruasi ibu (Manuaba, 2012).

4. Riwayat Obstetri

a. Kehamilan, persalinan, 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. (Saifuddin, 2013)

5. 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).

6. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang lalu ditanyakan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan dan untuk mengetahui penyakit yang diderita dahulu seperti hipertensi, diabetes, PMS, HIV/AIDS. (Diana, 2017)

7. Pola Fungsional Kesehatan

a) Nutrisi

DMPK merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya. (Hartanto, 2015)

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesteron, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kecing karena relaksasi otot. (Hartanto, 2015)

c) 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)

d) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido. (Saifuddin, 2010)

d) Riwayat Psikososial dan Budaya

Data psikososial untuk mengetahui pengetahuan dan respon ibu terhadap alat kontrasepsi yang digunakan saat ini, bagaimana keluhannya, respons suami dengan pemakaian alat kontrasepsi yang akan digunakan saat ini, dukungan dari keluarga, dan pemilihan tempat dalam pelayanan KB. (Muslihatun, 2009)

B. Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

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

- 1) Baik. Jika pasien memperlihatkan respons 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 memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri. (Diana 2017)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien. (Prihardjo, 2007)

c) Tanda-tanda Vital

3) Tekanan darah

Mengetahui faktor risiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Keadaan normal antara 120/80 mmHg sampai 130/90 mmHg atau peningkatan sistolik tidak lebih dari 30 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 15 mmHg dari keadaan pasien normal. (Diana, 2017)

4) Pengukuran suhu

Mengetahui suhu badan pasien, suhu badan normal adalah 36°C sampai 37°C .

5) Nadi

Memberi gambaran kardiovaskuler. Denyut nadi normal 70x/menit sampai 88x/menit. (Diana, 2017)

6) Pernapasan

Mengetahui sifat pernapasan dan bunyi napas dalam satu menit. Pernapasan normal 22x/menit sampai 24x/menit. (Diana, 2017)

d) 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. Pemeriksaan Fisik

a) Wajah

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi. (Saifuddin, 2010)

b) Leher

Apakah ada pembesaran kelenjar gondok atau tyroid, tumor dan pembesaran kelenjar limfe (Muslihatun, 2009)

c) 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)

d) Abdomen

Apakah ada pembesaran pada uterus, apakah bekas luka luka operasi, pembesaran hepar, dan nyeri tekan. (Diana, 2017)

e) Genetalia

Untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, pembesaran kelenjar bartholini, dan perdarahan. (Diana, 2017)

f) Ekstremitas

Apakah terdapat varices, oedema atau tidak pada bagian ekstremitas. (Diana, 2017)

C. Analisis

1. Diagnosa :

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)

2. Masalah :

- a) Merasa takut dan tidak mau menggunakan KB IUD
- b) Ibu ingin menggunakan metode pil kontrasepsi, tetapi merasa berat jika harus minum rutin setiap hari. (Diana, 2017)

3. Kebutuhan

- a) Konseling tentang metode KB untuk menjarangkan kehamilan
- b) Motivasi ibu untuk menggunakan metode KB yang tepat untuk menjarangkan kehamilan. (Muslihatun, 2009)

D. Perencanaan

1. Diagnosa :

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)

2. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan ibu mengerti tentang metode kontrasepsi dan ingin menggunakan kontrasepsi yang tepat sesuai dengan keinginan ibu.

3. Kriteria hasil:

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV : TD: 100/60-140/90 mmHg
N: 60-80x/menit
S: 36-37,5oC
RR: 16-24x/menit

4. Intervensi :

- a) Lakukan pendekatan Terapeutik pada klien dan keluarga
Rasional: Pendekatan yang baik kepada ibu atau klien akan dapat membangun kepercayaan ibu dengan petugas.
- b) Tanyakan pada klien informasi dirinya tentang riwayat KB.
Rasional: informasi yang diberikan ibu sehingga petugas dapat mengerti dengan keinginan ibu.
- c) Beri penjelasan tentang macam-macam metode KB
Rasional: Dengan informasi/penjelasan yang diberikan, ibu akan mengerti tentang macam metode KB yang sesuai.
- d) Lakukan *informed consent* dan bantu klien menentukan pilihannya.
Rasional: Bukti bahwa klien setuju menggunakan metode KB yang tepat.
- e) Beri penjelasan secara lengkap tentang metode kontrasepsi yang digunakan.

Rasional: Supaya ibu mengerti kerugian dan keuntungan metode kontrasepsi yang digunakan.

- f) Anjurkan ibu kapan kembali/kontrol dan tulis pada kartu asektor

Rasional: Agar ibu tahu kapan waktunya klien datang kepada petugas (Diana, 2017).

E. Implementasi

Penatalaksanaan tindakan yang mengacu pada intervensi yang telah dijabarkan pada langkah sebelumnya (Norma, 2013).

F. Evaluasi

Sebagai langkah mengidentifikasi hasil akhir setelah dilakukan asuhan kebidanan terhadap klien (Norma, 2013).

