

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar/Teori

2.1.1 Kehamilan

A. Pengertian

1. Kehamilan didefinisikan sebagai proses mata rantai yang berkesinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (*Implantasi*) pada uterus, pembentukan placenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2012).
2. Kehamilan merupakan fertilitasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilitasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (Minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (Minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2014).
3. Kehamilan adalah suatu keadaan dimana seorang wanita yang didalam rahimnya terdapat embrio atau fetus. Kehamilan dapat dimulai pada saat masa konsepsi hingga lahirnya janin, dan lamanya kehamilan dimulai dari ovulasi hingga partus yang diperkirakan sekitar usia kehamilan 40

minggu dan tidak melebihi usia kehamilan 43 minggu (Kuswanti, 2014).

B. Proses Kehamilan

Menurut Manuaba (2010) proses kehamilan adalah matarantai yang bersinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai dengan aterm.

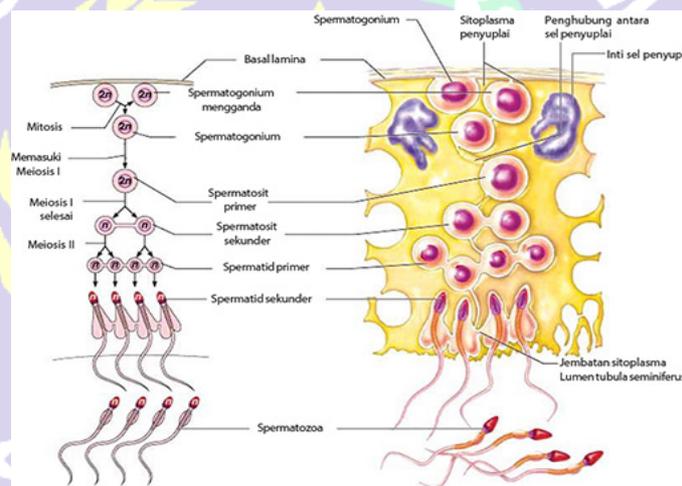
1. Sel Telur (Ovum)

Ovum ini mempunyai diameter 0,1 mm, ditengah-tengahnya dijumpai nucleus yang berada dalam metaphase pada pembelahan pematangan kedua, terapung-apung dalam sitoplasma yang kekuning-kuningan yakni vitelus. Ovum dilingkari oleh zona pelusida. Diluar zona pelusida ini ditemukan sel-sel korona radiata (Saifuddin, 2010. Pada tiap bulan folikel akan keluar, kadang-kadang dua folikel, yang dalam perkembangannya akan menjadi folikel de Graff (Saifuddin, 2014).

Selama pertumbuhan menjadi folikel de graff, ovarium mengeluarkan hormon esterogen yang mempengaruhi gerak tuba makin mendekati ovarium. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Manuaba, 2012).

2. Spermatozoa

Sperma berbentuk seperti kecebong, yang terdiri dari kepala, yang berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nucleus), leher, yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah, dan ekor, yang dapat bergerak dengan cepat (Rustam Mochtar 2012). Proses pembentukan spermatozoa yaitu proses yang kompleks. Spermatogonium yang berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid dan akhirnya spermatozoa (Manuaba, 2010).



Gambar 2.1

Proses Pembentukan Sel Sperma dan Sel Telur

Sumber: <https://www.myrightspot.com/2016/10/Proses-Pembentukan-sel-sperma-dan-sel-telur.httext/html>.

3. Konsepsi

Pertemuan antara inti ovum dan inti spermatozoa yang disebut konsepsi atau fertilisasi dan akan membentuk zigot. Konsepsi terjadi pada pers ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia (Manuaba, 2012).

4. Pembuahan (Fertilisasi)

Penyatuan sel mani dengan sel telur di tuba uterine. Namun hanya satu sperma yang mengalami proses kapasitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitellus ovum (Mochtar, 2012). Pertemuan inti ovum dengan spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian dibawah ini. Keseluruhan proses tersebut merupakan matarantai fertilisasi atau konsepsi.

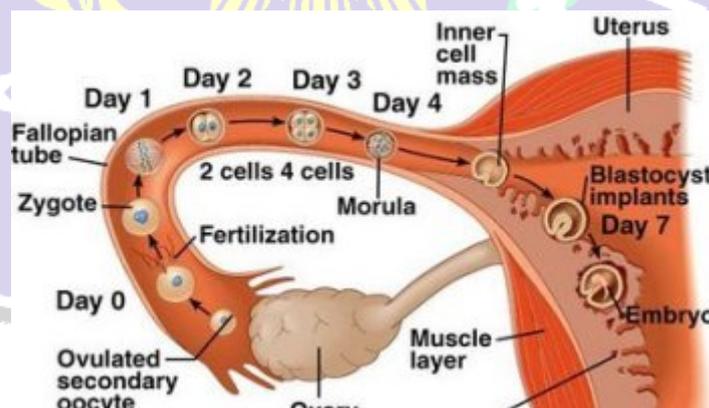
- a. Ovum dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiate, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b. Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metaphase ditengah sitoplasma yang disebut vitellus.
- c. Dalam perjalanan, korona radiate makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitellus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama didalam ampula tuba.
- e. Ovum siap dibuahi setiap 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses

kapasitas, yang pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilitasi (Manuaba, 2010).

5. Implantasi (Nidasi)

Nidasi merupakan masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi pada stadium blatokista (Blastula) ke dalam dinding uterus (endometrium) pada awal kehamilan (Mochtar, 2012).

Proses implantasi berlangsung melalui tiga tingkat yaitu : apposisi yaitu upaya saling berhadap-hadapan untuk dapat saling melekatkan diri dengan suatu proses tertentu. Adhesi merupakan proses perlekatan yang mengikutsertakan molekul integrins dan selektins. Invasi yaitu suatu proses yang kompleks, mulai dari kontaknya epithelial endometrium, deskruksi jaringan ikat dan sampai invasi pembuluh darahnya, sehingga terbentuk retroplasenter sirkulasi, serta tertanamnya hasil konsepsi ke seluruhnya (Manuaba, 2010).



Gambar 2.2

Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri

Sumber: (<https://shafrainyadhim.blogspot.vom/2014/06/proses-terjadinya-implantasi.gtml,2014>).

6. Pembentukan Plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010). Nidasi atau implantasi terjadi dibagian fundus uteri di dindingdepan atau belakang. Pada blastula, penyebaran sel trofoblas mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang tidak merata sehingga pada bagian blastula dengan inner cell mass akan tertanam kedalam endometrium. Sel trofoblas mendestruksi endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer vili korealis (Sofian, 2011). Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai konsepsi, sehingga sejak saat itu embrio mendapat tambahan nutrisi dari darah ibu secara langsung. Selanjutnya vili korealis menghancurkan pembuluh darah arteri sehingga terjadi aliran darah pertama reptroplasenter pada hari ke-14 sampai dengan hari ke-15 setelah terjadinya konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15-20 kotiledon maternal. Pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2012).

7. Pertumbuhan dan perkembangan janin

Lamanya suatu kehamilan secara pasti tidak jelas. Namun, suatu kehamilan matur biasanya akan berlangsung selama 280 hari atau 40 pekan (40 minggu) yang dihitung dari hari pertama mendapat haid

terakhir. Pada saat 2 minggu pertama, hasil konsepsi masih merupakan perkembangan ovum yang telah dibuahi, dari minggu ke-3 sampai dengan minggu ke-6 disebut embrio dan sesudah minggu ke-6 mulai disebut dengan fetus. Perubahan-perubahan dan organogenesis terjadi pada berbagai periode kehamilan (Mochtar, 2012).

a. Usia 2-4 minggu

Terjadi sebuah perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titi telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan lapisan didalamnya.

Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan pada hari berikutnya muncul sel darah yang pertama. Selanjutnya pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta (Rahayu, 2017).

b. Usia 4-6 minggu

- 1) Panjang janin kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba, 2010)
- 2) Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi
- 3) tulang belakang, otak, dan saraf pada tulang belakang, jantung
- 4) Sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk (Kusmiyati, 2010)

5) Jantung telah terbentuk penuh (Saifuddim, 2010).

c. Usia 7-8 minggu

- 1) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki

- 2) Pembentukan pada usus
 - 3) Pembentukan genetalia dan anus
 - 4) Jantung mulai memompa darah (Rahayu, 2017)
- d. Usia 9-10 minggu
- 1) Genetalia telah menunjukkan karakteristik laki-laki atau perempuan, tetapi masih belum terbentuk dengan sempurna (Kusmiyati, 2010)
 - 2) Kepala meliputi separuh besar janin
 - 3) Terbentuk muka janin dan kelopak mata namun mata tidak akan membuka sampai usia 28 minggu (Saifuddin, 2010).
- e. Usia 11-12 minggu
- 1) Panjang tubuh kira-kira 9 cm dan berat 14 gram.
 - 2) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh
 - 3) Traktus renalis mulai dapat berfungsi
 - 4) Terdapat reflex menghisap dan menelan
 - 5) Genetalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya (Romauli, 2011).
- f. Usia 13-16 minggu
- 1) Panjang janin 10-17 cm
 - 2) Berat janin 100 gram
 - 3) Tinggi Rahim setengah atas simpisis-pubis
 - 4) Sistem musculoskeletal sudah matang
 - 5) Sistem saraf mulai melakukan control

- 6) Pembuluh darah berkembang cepat
- 7) Tangan janin dapat menggenggam
- 8) Kaki menendang dengan aktif
- 9) Pankreas memproduksi insulin
- 10) Kelamin luar sudah dapat ditentukan jenisnya (Salmah,2010).
- 11) Kulit merah tipis
- 12) Uterus telah penuh
- 13) Desidua parietalis dan kapilaris (Manuaba, 2010)
- 14) Janin bergerak aktif
- 15) Dapat menghisap dan menelan air
- 16) Denyut jantung janin 120-150x/menit (Saifuddin, 2010)

g. Usia 17-24 minggu

- 1) Panjang janin 28-34 cm
- 2) Berat janin 600 gram
- 3) Tinggi rahin di atas pusat
- 4) Kerangka berkembang cepat
- 5) Berkembangnya system pernafasan
- 6) Kulit menebal
- 7) Kelopak mata jelas
- 8) Alis dan bulu mata tampak (Manuaba, 2010)

h. Usia 25-28 minggu

- 1) Panjang janin 35-38 cm
- 2) Berat janin 1000 gram

- 3) Tinggi Rahim antara pertengahan pusat *Prosessus xifodeus*
- 4) Janin bisa bernafas, menelan dan dapat mengatur suhu
- 5) Terbentuk surfaktan dalam paru-paru
- 6) Mata mulai membuka dan menutup
- 7) Bentuk janin dua pertiga bentuk saat lahir (Salmah, 2010).

i. Usia 29-32 minggu

- 1) Panjang janin 42,5 cm
- 2) Berat janin 1700 gram
- 3) Tinggi rahim dua pertiga di atas pusat
- 4) Simpenan lemak berkembang di bawah kulit
- 5) Janin mulai dapat menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor
- 6) Kulit merah dan gerak aktif (Kusmiyati, 2010).

j. Usia 33-36 minggu

- 1) Berat janin sekitar 1500-2500 gram
- 2) Lanugo sudah mulai berkurang
- 3) Saat 35 minggu paru telah matur
- 4) Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2010).

k. Usia 37-40 minggu

- 1) Panjang janin sekitar 50-55 cm
- 2) Berat janin 3000 gram
- 3) Tinggi Rahim dua jari bawah *prosessus xifodeus*
- 4) Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm

- 5) Air ketuban sudah mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2010).

C. Tanda-tanda kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, tanda pasti dan tidak pasti. Tanda tidak pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (presumtif) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau kemungkinan hamil.

1. Tanda pasti

a. Terdengar denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengarkan dengan stetoskop *Laennec*/ Stetoskop *Pinard* pada minggu ke 17-18. Serta dapat didengarkan dengan stetoskop ultrasonic (*Doppler*) sekitar minggu ke-12. Auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi lain yang menyertai seperti bunyi bisung tali pusat, bisung uterus, dan nadi ibu (Kumalasari, 2015).

b. Melihat, meraba dan mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan.

c. Melihat rangka janin pada sinar *rontgen* atau dengan USG (Sunarti, 2013).

2. Tanda-tanda tidak pasti

a. Tanda Subjektif (Presumtif/Dugaan hamil)

1) Amenorhea (Terlambat datang bulan)

Yaitu kondisi dimana wanita yang sudah mampu hamil, mengalami terlambat haid/dating bulan. Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Pada wanita yang mengalami terlambat haid dan diduga hamil, perlu ditanyakan hari pertama haid terakhirnya (HPHT), supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegele yaitu TTP: (hari pertama haid terakhir + 7), (bulan-3) dan (tahun+1) (Kumalasari, 2015).

2) Mual (*nausea*) dan Muntah (*Vomiting*)

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut dengan *morning sickness*. Akibat mual muntah ini maka nafsu makan menjadi berkurang. Dalam batas yang fisiologis hal ini dapat diatasi. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis. Untuk mengatasinya ibu dapat diberi makanan ringan yang mudah dicerna dan tidak berbau menyengat (Kumalasari, 2015).

3) Mengidam

Wanita yang hamil sering makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan mengidam, seringkali keinginan makan dan minum ini sangat kuat pada bulan-bulan pertama

kehamilan. Namun hal ini akan berkurang dengan sendirinya seiring bertambahnya usia kehamilan (Kumalasari, 2015).

4) *Syncope* (Pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan apabila berda pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Keadaan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Kumalasari, 2015).

5) Perubahan Payudara

Akibat stimulasi prolactin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu (Sartika, 2016). Pengaruh estrogen-estrogen dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara akan membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama hamil pertama (Kumalasari, 2015). Selain itu perubahan lain seperti pigmentasi, puting susu, sekresi kolostrum dan pembesaran vena yang semakin bertambah seiring perkembangan dari kehamilan.

6) Sering Miksi

Desakan Rahim ke depan menyebabkan kandung kemih terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang dengan sendirinya (Maryuani, 2010).

7) Konstipasi dan obstipasi

Pengaruh dari progesteron dapat menghambat peristaltic usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Sunarsih, 2011).

8) Pigmentasi kulit

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

- a) Daerah pipi : *cloasma gravidarum* (Penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher)
- b) Daerah leher : Terlihat tampak lenih hitam
- c) Dinding perut : *Strie livide/ gravidarum* yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan putus/ merenggang, berwarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (*pruritus*), *linea alba* atau garis keputihan di perut menjadi lebih hitam (*linea nigra* atau garis gelap vertical mengikuti garis perut (dari pusat simpisis).
- d) Sekitar payudara : Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit

hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifes pada sekitar payudara.

e) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut (Sunarti, 2013).

9) Epulis

Hipertropi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada trimester pertama.

10) Varises (penampakan pembuluh darah vena)

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises ini dapat terjadi di sekitar genetalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Hani, 2011).

2. Tanda Obyektif (Probability/Kemungkinan)

a. Pembesaran perut/Rahim

Rahim akan membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan 5 bulan, karena janin besar secara otomatis Rahim pun membesar dan bertempat di rongga perut. Tetapi perlu diperhatikan pembesaran perut belum tentu jadi tanda pasti kehamilan, kemungkinan lain disebabkan oleh mioma, tumor, atau kista ovarium.

b. Perubahan bentuk dan konsistensi Rahim

Perubahan dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam, Rahim membesar dan makin bundar, terkadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh atau biasa disebut tanda *piscasek*.

c. Perubahan pada bibir Rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam, hasilnya akan teraba seperti meraba ujung hidung, dan bibir Rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga (Sunarti, 2013).

d. Kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi Rahim yang tidak beraturan yang dapat terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamilan. Pada waktu dilakukan pemeriksaan dalam, terlihat Rahim yang lunak seakan menjadi keras karena berkontraksi.

e. Adanya *Ballotement*

Ballotement adalah pantulan yang terjadi saat jari telunjuk pemeriksa mengetuk janin yang mengapung dalam uterus, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali keposisinya semula/bergerak bebas. Pantulan dapat terjadi sekitar usia 4-5 bulan, tetapi ballotement tidak dipertimbangkan sebagai tanda

pasti kehamilan , karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam kandungan ibu.

f. *Hyperpigmentasi* kulit

Bintik-bintik hitam (*hyperpigmetasi*) pada muka disebut *cloasma gravidarum*. *Hyperpigmentasi* ini juga terdapat pada *areola mammae* atau lingkaran hitam yang mengelilingi putting susu, pada *papilla mammae* (putting susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh faktor terjadinya alergi makanan, kosmetik, obat-obatan seperti pil KB (Sunarti, 2013).

Beberapa test yang dapat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya suatu krhamilan yaitu:

1) Tes urine

Tes urine dapat dilakukan dirumah atau di laboratorium.

Tes pack atau alat tes kehamilan yang banyak digunakan oleh pasangan suami istri secara mandiri dengan mudah,

meskipun terdapat banyak macam jenis tes pack baik yang berbentuk sirip (sekali pakai), yang berbentuk pena, atau batangan kecil tetapi pada prinsipnya cara kerja tes pack

tersebut sama, yaitu untuk mengetahui ada todaknya peningkatan hormone kehamilan HCG (*Human Chorionic gonadotropin*) di dalam tubuh. Jika memang hamil, hormone ini terdapat di dalam urin dan darah. Peningkatan

HCG terjadi kurang lebih dari satu minggu setelah terjadinya ovulasi, sehingga disarankan agar melakukan tes minimal tujuh hari supaya hasil yang diperoleh lebih akurat. Selain cara mendapatkannya yang mudah, penggunaannya juga mudah yaitu dengan cara mencelupkan atau menetesinya dengan urin pengguna, tunggu selama beberapa menit hingga muncul tanda positif negative atau beberapa jumlah strip yang muncul (sesuai petunjuk pengguna sebelum menggunakannya). Tes ini sebaiknya dilakukan diwaktu pagi hari, karena saat pagi hari (bangun tidur) urine dalam keadaan murni belum tercampur oleh zat-zat makanan yang dikonsumsi (Siswosuharjo, Suwignyo & Fitria C, 2010).

2) Tes Darah

Prinsipnya sama dengan tes urine yaitu menguji adanya HCG dalam tubuh. Bedanya, tes darah ini tidak dapat dilakukan sendiri dirumah, melainkan dilakukan di laboratorium dengan jalan mengambil contoh darah. Jika terdapat peningkatan HCG didalam darah, maka dapat dinyatakan positif hamil, demikian juga seterusnya.

3) Tes USG (*Ultra Sonography*)

Tes ini dilakukan oleh seorang dokter dengan memastikan kehamilan melalui USG yang dapat melihat bagian dalam

pada tubuh manusia. Dari gambaran yang ditampilkan alat tersebut, dokter akan melihat didalam Rahim terdapat embrio atau tidak. Jika kehamilan sudah berjalan enam minggu, alat ini sangat membantu dokter dalam menganalisis suatu kehamilan. Selain melihat ada tidaknya embrio, penggunaan USG juga dapat digunakan untuk mengetahui taksiran persalinan, perkiraan usia kehamilan, serta perkiraan berat badan dan panjangnya janin (Siswosuharjo, Suwignyo & Fitria C, 2010).

D. Menentukan Usia Kehamilan

1. Tinggi Fundus Uteri

Menentukan usia kehamilan dengan tinggi fundus uteri dilakukan dengan palpasi fundus.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 diatas simpisis
16 minggu	½ simpisis pusat
20 minggu	2/3 diatas simpisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat-prosessus xipoides
36 minggu	Setinggi prosesus xipoides
40 minggu	2 jari dibawah prosesus xipoides

Sumber: (Sulistyawati,A.2009)

2. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin merupakan pemantauan terhadap pertumbuhan janin apakah normal atau tidak.

Tabel 2.2
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Panjang Janin	Berat Badan Janin
20 minggu	16-18,5 cm	300 gram
24 minggu	23 cm	600 gram
28 minggu	27 cm	1100 gram
30-31 minggu	31 cm	1800-2100 gram
36-40 minggu	36-40 cm	2900-3500 gram

Sumbet: (Bobak, 2008)

3. Leopold

Teknik pemeriksaan pada perut ibu untuk menentukan posisi dan letak janin. Palpasi leopold terdiri dari:

- a. Leopold I : bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian apa yang terletak pada fundus tersebut.
- b. Leopold II : Untuk menentukan letak punggung dan bagian terkecil janin
- c. Leopold III : Untuk menentukan presentasi janin sudah masuk pintu atas panggul atau belum.
- d. Leopold IV : Untuk menentukan sejauh mana kepala masuk dalam pintu atas panggul (Kusmiyati, 2010).

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Menurut (Manuaba, 2012) dengan terjadinya kehamilan, maka seluruh system pada genetalia wanita mengalami perubahan sedangkan plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan *hormone somatomamotropin*, estrogen, dan progesterone yang menyebabkan perubahan secara fisiologis pada:

1. Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan *hyperplasia*, sehingga otot pada Rahim menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pembesaran rahim menjadi 1000 gram saat akhir kehamilan terjadi perlunakan *isthmus* (tanda hegar) yang merupakan perubahan pada iahtmus uteri yang menyebabkan isthmus isthmus semakin lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling menyentuh. Tanda *piskasex* merupakan bentuk Rahim yang berbeda yang disebabkan oleh pertumbuhan yang cepat didaerah implantasi plasenta, sedangkan *Braxton hick* merupakan kontraksi Rahim yang disebabkan oleh perubahan konsentrasi hormonal yang menyebabkan progesterone mengalami penurunan (Manuaba, 2012).

Tabel 2.3
Perubahan TFU Sesuai Umur Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat- prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4 cm) dibawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: (Manuaba,2010).

2. Vagina dan Vulva

Terjadi perubahan pada vagina dan vulva karena pengaruh dari estrogen. Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan porsio serviks disebut dengan tanda Chadwick (Mochtar, 2012)

3. Ovarium

Dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum graavidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu

(Manuaba, 2010)

4. Payudara

Menurut Mochtar, 1998 payudara sebagai prgan target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut:\

- a. Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan berat
- b. Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertropi kelenjar alveoli
- c. Bayangan venap-vena lebih membiru
- d. Hiperpigmentasi pada areola dan papila mamme
- e. Kalau di peras akan keluar air susu yang jolong (kolostrum) berwarna kuning (Manurung dkk, 2012).

5. Sirkulasi darah

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

6. Sistem Respirasi

Kapasitas paru secara total menurun 4-5% dengan adanya evaluasi diafragma. Fungsi respirasi juga mengalami perubahan. Respirasi rate 50% mengalami peningkatan, 40% pada

tidal volume dan peningkatan konsumsi oksigen 15-20% diatas kebutuhan perempuan tidak hamil (Aprillia, 2010).

7. Sistem Pencernaan

Salivasi meningkat dan timbul mual muntah pada trimester pertama. Tonus otot-otot pencernaan meleumah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran mkanan. Resorpsi makanan baik, akan tetapi dapat timbul obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, pada pagi hari yang disebut (*morning sicknes*) (Mochtar, 2011).

8. Sistem Perkemihan

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

9. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pegaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada atriae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi

(khloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan meng-hilang (Manuaba, 2010).

10. Metabolisme

Menurut Manuaba (2010) perubahan metabolisme pada kehamilan:

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

(4) Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

(5) Berat badan ibu hamil bertambah. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu.

F. Perubahan psikologis ibu hamil

1. Trimester 1

Kehamilan mengakibatkan banyak perubahan dan adaptasi pada ibu hamil dan pasangan. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi trauma hal itu sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks.

2. Trimester II

Menurut Ramadani & Sudarmiati (2013), Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase *pra-quickening* dan *pasca-*

quickening. Di masa fase *pra-quickening* ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun dari keluarganya (Rustikayanti, 2016).

3. Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh rasa kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, 2016).

G. Hormon-hormon kehamilan

Menurut (Walyani, 2015) ada beberapa hormone yang mempengaruhi kehamilan, yaitu:

1. Estrogen

Produksi estrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

2. Progesteron

Produksi progesterone bahkan lebih banyak dibandingkan estrogen pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250 mg/hari.

3. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)*

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi. Fungsinya untuk mempertahankan korpus luteum.

4. *Human Placenta Lactogen (HPL)*

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

5. *Pituitary Gonadotropin*

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

6. Prolaktin

Produksi terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen. Sekresi air susu sendiri dihambat oleh estrogen tingkat target organ.

7. *Growth Hormon (STH)*

Produksinya sangat rendah karena ditekan oleh HPL.

8. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat estrogen, progesterone dan HPL.

H. 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 15-20%.

2. Nutrisi

a. Kalori

Kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedang untuk ibu hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energy. Bila kurang energy akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya dipakai untuk pertumbuhan (Kusmiyati, 2014).

b. Protein

Tambahan protein sangat diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormone, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Tambahan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 12 gr/hari.

c. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan. Selain mengandung vitamin dan mineral, karbohidrat juga

meningkat asupan serat serta untuk mencegah terjadinya konstipasi atau sulit buang air besar dan wasir.

d. Vitamin dan mineral

Wanita hamil juga membutuhkan lebih banyak vitamin dan mineral dibandingkan sebelum hamil untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi (Marni, 2013).

3. Personal Hygiene

a. Kebersihan gigi

- 1) Gosok gigi secara teratur sehabis makan dan sebelum tidur, berkumur setelah minum atau makan apa saja
- 2) Periksa gigi secara rutin ke dokter
- 3) Tambal bagian gigi yang berlubang
- 4) Mengobati gigi yang terinfeksi
- 5) Gunakan pencuci mulut yang bersifat alkali/basa

b. Mandi

- 1) Mandi secara teratur dan pastikan bahwa alas bak mandi dan lantai kamar mandi tidak licin
- 2) Gunakan sabun mandi yang mengandung antiseptic
- 3) Tidak mandi dengan menggunakan air panas (melelahkan)
- 4) Tidak mandi dengan menggunakan air dingin (Membuat tubuh menggigil)

5) Keramas 2-3 kali dalam seminggu

c. Pakaian

1) Pakaian harus yang longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut

2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat

3) Pakailah bra yang dapat menyokong payudara

4) Pakaian dalam yang selalu bersih

5) Sepatu yang tidak bertumit tinggi dan lancip

(Puranti,dkk, 2018)

4. Eliminasi

a. BAK

1) Trimester 1 : Frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran uterus.

2) Trimester II : Frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul.

3) Trimester III : Frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP.

b. BAB

Defekasi menjadi tidak teratur karena:

1) Pengaruh relaksasi otot polos oleh estrogen

2) Tekanan uterus yang membesar

Pada kehamilan lanjut karena pengaruh tekanan kepala yang telah masuk pada panggul (Siwi,Walyani 2015).

5. Seksual

Kehamilan bukan merupakan hubungan untuk melakukan hubungan seksual

- a. TM 1 : Pada trimester pertama hubungan seksual perlu dihindari bagi ibu hamil dengan riwayat sering abortus, premature, perdarahan pervaginam dan infeksi
- b. TM 2 : Lebih aman
- c. TM 3 : Menurun, coitus harus hati-hati (Putranti,dkk, 2018).

6. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan tubuh dan kelelahan (Romauli, 2011)

7. Bodi Mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran uterus pada ruang abdomen, sehingga ibu akan merasakan nyeri. Hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil. Menurut Romauli (2011) sikap tubuh yang perlu diperhatikan adalah:

a. Duduk

Duduk adalah posisi yang paling sering dipilih, sehingga postur tubuh yang baik dan kenyamanan penting. Ibu harus sering diingatkan untuk duduk bersandar di kursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik.

b. Berdiri

Mempertahankan keseimbangan yang baik, kaki harus diregangkan dengan distribusi berat badan pada masing-masing kaki. Berdiri diam yang terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap mempertahankan semua aspek dan postur tubuh harus tetap tegak.

c. Tidur

Sejalan dengan tuanya usia krhamilan, biasanya ibu merasa semakin sulit mengambil posisi yang nyaman, karena peningkatan ukuran tubuh dan berat badannya. Kebanyakan ibu menyukai posisi miring dengan sanggaan dua bantal di bawah kepala dan satu di bawah lutut dan abdomen. Nyeri pada sympisis pubis dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk bersama-sama ketika berbalik di tempat tidur.

d. Pekerjaan

Seorang wanita yang hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Bagi wanita pekerja, boleh untuk tetap masuk kantor sampai menjelang partus. Pekerjaan jangan dipaksakan sehingga dapat istirahat yang cukup selama kurang lebih 8 jam.

e. Senam Hamil

Senam hamil dimulai pada usia kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam proses persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh (Kuswanti, 2014).

Menurut Pantikawati & Saryono (2012) secara umum, tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil sebagai berikut:

- 1) Mencegah terjadinya *deformitas* (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varices, bengkak, dan lain-lain.
- 2) Melatih dan menguasai teknik pernafasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan.

- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut otot dasar panggul dan lain-lain.
- 4) Membantu sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- 5) Mendukung ketenangan fisik.

8. Istirahat

- a. Perlu banyak istirahat : Tidur malam sekitar 8 jam, dan tidur siang \pm 1 jam
- b. Mandi dengan menggunakan air hangat
- c. Posisi miring ke kiri
Miring ke kiri, kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bagian bawah sebelah kiri
- d. Jangan terlalu capek.

9. Imunisasi

- a. Imunisasi TT
- b. Sebelum nikah : TT capeng
- c. 2x dalam masa kehamilan dengan selang waktu 1 bulan biasanya mulai diberikan pada usia 20 minggu.

10. Travelling

- a. Hindari berpergian jauh, yang lama dan melelahkan
- b. Hindari tempat yang ramai, sesak dan panas

- c. Duduk terlalu lama bisa menyebabkan tromboflebitis dan bengkak kaki

11. Persiapan Laktasi

- a. Rencanakan pemberian kolostrum dengan IMD dan ASI eksklusif
- b. Perawatan payudara
- c. Ikutan BPM “bimbingn persiapan menyusui” (Putranti,dkk, 2018).

12. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarganya atau bidan. Rencana ini tidak harus dalam bentuk tertulis dan biasanya memang tidak tertulis. Rencana ini lebih hanya sekedar diskusi untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang ia perlukan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai serta tepat waktu (Rukiah, 2013).

I. Kebutuhan Psikologis Pada Ibu Hamil

- a. Support Keluarga

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang yang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang

wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Manuaba, 2010).

b. Support Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dapat memberikan peranannya dalam dukungan: aktif (melalui kelas antenatal) dan pasif (dengan memberikan kesempatan kepada ibu hamil yang mengalami masalah untuk berkonsultasi) (Walyani, 2015). Tenaga kesehatan harus mampu menegnali tentang keadaan yang ada disekitar ibu hamil atau pasca bersalinan, yaitu bapak, kakak dan pengunjung yang mengunjunginya (Walyani, 2015).

c. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Peran keluarga khususnya suami, sangat diperlukan bagi seorang wanita hamil. Keterlibatan dan dukungan yang diberikan suami kepada kehamilan akan mempercepat hubungan antara ayah anak dan suami istri. Dukungan yang diperoleh oleh ibu hamil akan membuatnya lebih tenang dan nyaman dalam kehamilannya. Hal ini akan memberikan kehamilan yang sehat.

Dukungan yang dapat diberikan oleh suami misalnya dengan mengantar ibu memeriksakan kehamilannya, memenuhi keinginan ibu hamil yang ngidam, menginginkan minum tablest zat besi, maupun membantu ibu melakukan kegiatan rumah tangga selama ibu hamil. Walaupun suami hanya melakukan hal

kecil namun mempunyai makna yang tinggi dalam meningkatkan keadaan psikologis ibu hamil kearah yang lebih kuat (Walyani, 2015).

d. Persiapan menjadi orang tua

Pendidikan orang tua adalah sebagai proses pola untuk membantu orang tua dalam perubahan dan peran ibu hamil.

Pendidikan orang tua yang bertujuan mempersiapkan orang tua untuk menemukan tantangan dalam melahirkan anak dan segera menjadi orang tua (Romauli, 2011).

e. Persiapan Sibling

Menurut (Romauli, 2011) sibling merupakan rasa persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya. Hal ini biasanya terjadi pada usia 2-3 tahun. Sibling ini biasanya ditunjukkan dengan penolakan terhadap kelahiran adiknya, menangis, menarik diri dari lingkungannya, menjauh dari ibunya, atau melakukan kekerasan terhadap adiknya.

J. Masalah Pada Masa Kehamilan

Tabel 2.4
Masalah Pada Trimester 1

No	Masalah	Cara Mengatasi
1.	Mual dan Muntah	a. Melakukan pengaturan pola makan. b. Menghindari stress. c. Meminum air jahe. d. Menghindari meminum kopi/kafein, tembakau dan alcohol. e. Mengonsumsi vitamin B6 1,5 mg/hari.

2.	Hipersaliva	<ul style="list-style-type: none"> a. Menyikat gigi. b. Berkumur. c. Menghisap permen yang mengandung mint.
3.	Pusing	<ul style="list-style-type: none"> a. Istirahat dan tidur serta menghilangkan stress. b. Mengurangi aktivitas dan menghemat energi. c. Kolaborasi dengan dokter kandungan.
4.	Mudah Lelah	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan kadar zat besi. b. Menganjurkan ibu untuk beristirahat siang hari. c. Menganjurkan ibu untuk minum lebih banyak. d. Menganjurkan ibu untuk olahraga ringan. e. Mengonsumsi makanan seimbang.
5.	Peningkatan Frekuensi Kemih	<ul style="list-style-type: none"> a. Latihan kegel. b. Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur. c. Menghindari penggunaan pakaian ketat.
6.	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Konsumsi makanan berserat b. Terapi farmakologi berupa laxative oleh dokter kandungan.
7.	Heartburn	<ul style="list-style-type: none"> a. Menghindari makan tengah malam. b. Menghindari makan porsi besar. c. Memposisikan kepala lebih tinggi pada saat terlentang. d. Mengunyah permen karet. e. Tidak mengonsumsi alcohol maupun rokok.

Sumber : (Irianti, 2013)

Tabel 2.5
Masalah Pada Trimester II

NO	Masalah	Cara Mengatasi
1.	Pusing	<ul style="list-style-type: none"> a. Cukup istirahat b. Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi duduk c. Hindari berdiri dalam waktu yang lama d. Jangan lewatkan waktu makan e. Berbaring miring ke kiri
2.	Sering Berkemih	<ul style="list-style-type: none"> a. Menyarankan ibu untuk banyak minum di siang hari dan mengurangi minum di malam hari. b. Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur c. Menghindari penggunaan pakaian yang ketat
3.	Nyeri Perut Bawah	<ul style="list-style-type: none"> a. Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok b. Mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik
4.	Nyeri Punggung	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya. b. Mengajarkan ibu untuk melakukan exercise selama hamil c. Mengajarkan ibu untuk mengurangi aktivitas serta menambah istirahat
5.	Flek Kecoklatan Pada Wajah dan Sikatrik	<ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan ibu untuk menggunakan lotion b. Mengajarkan ibu untuk menggunakan bra yang berukuran lebih besar c. Anjurkan ibu untuk diet seimbang d. Anjurkan ibu untuk menggunakan pelembab kulit

6.	Sekret Vagina Berlebih	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengganti celana dalam bila basah atau lembap b. Memelihara kebersihan alat reproduksinya
7.	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengonsumsi makanan yang berserat b. Memenuhi kebutuhan hidrasi c. Melakukan olahraga ringan secara rutin
8.	Penambahan Berat Badan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan contoh makanan yang baik dikonsumsi b. Menghitung jumlah asupan kalori
9.	Pergerakan Janin	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengajarkan ibu cara untuk merasakan gerakan janin, misalnya dengan menyiapkan 2 wadah kosong dan manik-manik, kemudian anjurkan ibu untuk memindahkan manik-manik tersebut kedalam wadah lainnya selama 2 jam dan merasakan gerakan janinnya.
10.	Perubahan Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan ketenangan pada ibu dengan memberikan informasi yang dibutuhkan ibu. b. Memberikan motivasi dan dukungan pada ibu. c. Melibatkan orang terdekat dan/keluarga pada setiap asuhan yang diberikan.

Sumber : (Irianti, Bayu, dkk. 2013).

Tabel 2.6
Masalah Pada Trimester III

NO	Masalah	Cara Mengatasi
1.	Sering Buang Air Kecil	<ul style="list-style-type: none"> a. Ibu hamil disarankan untuk tidak minumsaat 2-3 jam sebelum tidur b. Kosongkan kandung kemih terlebih dahulu sesaat sebelum tidur c. Agar kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi, sebaiknya minum lebih banyak pada waktu siang hari.
2.	Pegal-Pegal	<ul style="list-style-type: none"> a. Sempatkan untuk berolahraga atau beraktivitas ringan b. Senam hamil c. Mengonsumsi susu dan makanan yang kaya kalsium d. Jangan berdiri/duduk/bergerak terlalu lama e. Anjurkan istirahat tiap 30 menit
3.	Hemoroid	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari konstipasi b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum c. Gunakan kompres es atau air hangat d. Bila mungkin gunakan jari untuk memasukkan kembali hemoroid kedalam anus dengan pelan-pelan e. Bersihkan anus dengan hati-hati sesudah defekasi f. Usahakan BAB dengan teratur g. Anjurkan ibu tidur dengan posisi knee chest 15 menit/hari h. Senam kegel untuk menguatkan perineum dan mencegah terjadinya hemoroid i. Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat hemoroid
4.	Kram Nyeri Pada Kaki	<ul style="list-style-type: none"> a. Lemaskan bagian tubuh yang kram dengan cara mengurut b. Pada saat bangun tidur, jari kaki ditegakkan sejajar tumit untuk mencegah kram mendadak

		<ul style="list-style-type: none"> c. Meningkatkan asupan kalsium d. Meningkatkan asupan air putih e. Melakukan senam ringan f. Istirahat yang cukup
5.	Gangguan Pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> a. Latihan nafas melalui senam hamil b. Tidur dengan bantal yang tinggi c. Makan tidak terlalu banyak d. Konsultasi ke dokter bila ada kelainan asma dan lain-lain
6.	Oedema	<ul style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan periode istirahat dan berbaring pada posisi miring kiri b. Meningkatkan kaki bila duduk c. Meningkatkan asupan protein d. Mengajukan untuk minum 6-8 gelas cairan sehari untuk membantu diuresis natural e. Mengajukan ibu untuk cukup berolahraga
7.	Perubahan Libido	<ul style="list-style-type: none"> a. menginformasikan pada pasangan bahwa masalah ini normal dan disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen dan/atau kondisi psikologis b. Menjelaskan pada ibu dan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual selama masa kritis c. Menjelaskan pada keluarga perlu pendekatan dengan memberikan kasih sayang pada ibu

Sumber : (Hutahrn. Serri,2013).

K. Tanda-Tanda Bahaya Pada Ibu Hamil

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengidentifikasi adanya bahaya yang bias terjadi selama kehamilan, jika tidak dilaporkan atau tidak segera terdeteksi dapat menyebabkan kematian pada ibu (Asrinah, 2010). Tanda bahaya

krhamilan, Menurut Yuni dkk (2010) diantaranya terdapat perdarahan pervaginam, mengalami sakit kepala yang berat, penglihatan mata kabur, terdapat bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluarnya cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, dan nyeri abdomen yang hebat (sartika, 2016).

1. Tanda Bayaha Pada Kehamilan Muda

a. *Hypermesis Gravidarum*

Menurut Ningsih (2012), mual muntah yang timbul dapat terjadi karena adanya perubahan berbagai hormon dalam tubuh pada awal kehamilan. Presentase hormone HCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan plasenta. Diperkirakan hormon inilah yang meningkatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung. Sehingga semakin tinggi hormone HCG, semakin cepat pula merangsang terajdinya muntah (Rahma, 2016). Menurut Manuaba (2010), mengemukakan dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu menimbulkan konsumsi O₂ menurun, gangguan sel liver hingga terjadi icterus. Mual muntah yang berkelanjutan dapat menimbulkan gangguan fungsi-fungsi alat vital dan hingga menimbulkan kematian (Rahma, 2016). Hypermesis gravidarum juga dikaitkan dengan suatu peningkatan resiko untuk Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR), kelahiran premature, kevil usia kehamilan,

serta kematian pada perinatal. Klarifikasi hyperemesis gravidarum menurut Manuaba (2010), yaitu:

1) Tingkat 1

Hyperemesis gravidarum tingkat 1 ditandai dengan adanya muntah yang terus menerus disertai dengan penurunan pada nafsu makan dan minum.

2) Tingkat II

Pada hyperemesis gravidarum tingkat II, pasien memuntahkan semua yang dimakan dan diminum, berat badan yang cepat menurun, dan nada rasa haus yang hebat.

3) Tingkat III

Hyperemesis gravidarum tingkat III sangat jarang terjadi. Keadaan ini kelanjutan dari hyperemesis gravidarum tingkat II yang ditandai dengan adanya muntah yang menjadi berkurang atau bahkan berhenti, tetapi kesadaran menurun (delirium sampai koma) hingga mengalami icterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung dan dalam urine ditemukan bilirubin dan protein (Rahma, 2016).

b. Pendarahan Pervaginam

Pendarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan yang kurang dari 22 minggu. Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit (Spotting) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan adanya tanda Hartman dan ini normal terjadi.

Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda serviks yang rapuh (erosi). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat diindikasikan terdapat tanda-tanda infeksi. Perdarahan pervaginam patologis dengan tanda-tanda seperti darah yang keluar berwarna dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang sangat hebat. Perdarahan ini dapat disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan < 20 minggu dengan berat janin < 500 gram atau sebelum plasenta selesai (Kusumawati, 2014). Jenis-jenis abortus menurut Kusumawati (2014), diantaranya:

- 1) Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa interval luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- 2) Abortus provokatus (induced abortion) adalah bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun dengan alat-alat.
- 3) Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena adanya indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker.
- 4) Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.
- 5) Abortus Inkompletus (keguguran bersisa) adalah bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desisua atau plasenta. Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan nyawa ibu.
- 6) Abortus Imminens adalah abortus yang mengancam terjadi dimana perdarahan kurang dari 20 minggu.

Dengan atau tanpa terjadinya kram perut bagian bawah yang dilatasi serviks.

- 7) Abortus Insiptiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana ekspulsi hasil konsepsi yang belum

terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondisi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan banyak, disertai nyeri kram perut pada bagian bawah.

- 8) Abortus tertunda (*Missed abortion*) . Menurut WHO, *missed abortion* adalah kondisi dimana embrio atau janin nonviable tetapi dikeluarkan secara spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu).

c. Mola hidatidosa

Menurut Kemenkes RI (2013), mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada *villi khorionok* yang disebabkan oleh poliferasi trofoblastik dan edem. Diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG.

d. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan ketika implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Hampir 95% kehamilan ektopik terjadi berbagai segmen tuba fallopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum dan didalam serviks. Jika terjadi ruptus disekitar lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut

yang disebut kehamilan ektopik terganggu (RI, Kemenkes, 2013).

e. Hipertensi gravidarum

Menurut Bobak (2004), hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan sistolik dan distolik sampai atau melebihi 140/90 mmHg. Ibu hamil yang mengalami kenaikan tekanan sistolik sebanyak 30 mmHg atau distolik sebanyak 15 mmHg perlu untuk dipantau lebih lanjut (lindarwati, 2012).

2. Tanda Bahaya Kehamilan Lanjut

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai sebelum terjadinya persalinan. Perdarahan pervaginam dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan adanya bekuan, perdarahan kadang banyak kadang tidak terus-menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bias plasebta previa, solusio plasenta, rupture uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah (Kusumawati, 2014).

1) Plasenta previa

Plasenta previa merupakan keadaan dimana plasenta berimplentasi pada segmen bawah Rahim dan menutupi

sebagian atau seluruh ostium uterum (Astuti, 2012).

Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

- a) Plasenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan
- b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja
- c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada ditepi ostium interna
- d) Plasenta previa letak rendah yaitu posisi plasenta yang berimplentasi di segmen bawah rahim (Dewi, 2015).

2) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebelum janin keluar biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu (Astuti, 2012).

3) Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan/persalinan. Pada saat umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Klarifikasi ruptur uteri yaitu:

- a) Menurut keadaan robekan

- (1) Ruptur uteri inkomplit (*subperitoneal*). Yaitu keadaa ruptur yang hanya terjadi pada dinding

uterus yang robek sedangkan lapisan serosa (peritoneum) tetap utuh.

(2) Ruptur uteri komplisit (*transperiyoneal*). Yaitu keadaan dimana ruptur selain pada dinding uterus yang robek, lapisan serosa (peritoneum) juga robek sehingga dapat berada di rongga perut.

Ruptur uteri pada waktu kehamilan (ruptur uteri gravidarum) yang terjadi karena dinding uterus lemah yang disebabkan oleh adanya bekas section caesaria, bekas mioma uteri, bekas kurutase/plasenta manual. Sepsis post partum, atau terjadi hypoplasia uteri/uterus abnormal (Dewi, 2015).

b) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat adalah gejala dari preeclampsia yang disebabkan vasospasmus atau oedema otak. Penanganannya yaitu istirahat, rileksasi, pantau tekanan darah, proteinuria, refleks, analgetik jika perlu (Astuti, 2012).

c) Penglihatan kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang

mendadak, missal pandangan kabur dan bayang-bayang. Perubahan penglihatan mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan terjadinya preeklampsia. Penanganannya yaitu pemeriksaan retina berulang, konsumsi makanan mengandung vitamin A, dan istirahat (Astuti, 2012).

d) Bengkak di wajah dan jari tangan

Adanya bengkak bias menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka, tangan, kaki, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain (Asrinih, 2010).

e) Keluar cairan pervaginam

Dapat disebut dengan ketuban pecah sebelum waktunya yang pecah sebelum ada pembukaan pada servik. Untuk primigravida kurang dari 3 cm dan pada multigravida kurang dari 5 cm. Harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban, jika keluarnya cairan tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban.

Penilaian dapat menggunakan USG, amniosentesis, penggunaan kartus lamus. Pengaruh pada kehamilan dan persalinan adalah prematuritas, gawat janin, infeksi intrauterine dan persalinan patologis.

Penanganannya yaitu dengan antibiotic, observasi keluar cairan (Astuti, 2012).

f) Gerakan janin tidak terasa

Gerakan janin mulai dirasakan oleh ibu yaitu pada kehamilan trimester II sekitar minggu ke 20 atau minggu ke 24. Total gerakan janin pada trimester III mencapai 20 kali perhari. Keadaan berbahaya yang bias mengancam keselamatan janin dalam kandungan yaitu bila gerakannya kurang dari tiga kali dalam periode 3 jam, Hal ini bias merupakan pertanda adanya gawat janin. Penilaian yaitu pasikan ke ibu kapan mulai tidak dirasakan, raba gerakan janin, dengarkan DJJ, USG (Astuti, 2012).

g) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang terjadi pada kehamilan tua biasanya karena adanya regangan otot ligamentum yang mendukung rahim dan hal ini hamper dialami oleh semua ibu hamil. Nyeri abdomem yang tidak normal sama sekali tidak berhubungan dengan persalinan. Nyeri abdomen yang yang menunjukkan masalah ditandai dengan nyeri perut yang hebat. Dapat terjadi berupa kekejangan atau nyeri tajam dan menusuk. Gejala ini merupakan gejala dari

preeclampsia yang sewaktu-waktu dapat menjadi eklampsia dan dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya.

Kondisi lain yang bias menyebabkan nyeri abdomen adalah nyeri yang disebabkan oleh kehamilan ektopik, appendiksitis, aborsi penyakit kantung empedu, radang pelvic, persalinan pre-term, iritasi uterus, infeksi saluran kemih dan infeksi lainnya (Saryono, 2010).



2.1.2 Persalinan

A. Pengertian

1. Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2010).
2. Persalinaan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2012).
3. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni, 2013).
4. Persalinan adalah proses dari pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat (Siwi, Elisabeth dan Endang Purwoastuti, 2016).

5. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin yang turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan terjadinya pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hamper cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Marmi, 2016).

B. Jenis Persalinan

1. Bentuk persalinan berdasarkan teknik:

- a. Persalinan spontan

Persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir dari ibu tersebut (Maryunani, 2016).

- b. Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps atau dengan dilakukan SC (Sulistyawati, 2010).

- c. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan adanya jalan rangsangan misalnya Pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2012).

2. Persalinan berdasarkan umur kehamilan:

a. Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu,

b. Persalinan imaturus

Persalinan imaturus yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau dengan bayi dengan berat badan antara 500-900 gram.

c. Persalinan prematuritas

- 1) Persalinan prematuritas yaitu persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu
- 2) Berat janin kurang dari 1000-2499 gram

d. Persalinan aterm

- 1) Persalinan aterm yaitu persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu
- 2) Berat janin diatas 2500 gram

e. Serotinus atau postmaturitas atau post date

Yaitu persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturites.

f. Persalinan presipitatus

Persalinan presipitatus yaitu persalinan yang berlangsung sangat cepat kurang dari 3 jam (Siwi, 2016).

C. Sebab Mulainya Persalinan

Perlu diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat dua hormone yang dominan,yaitu:

1. Estrogen

Estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis (Sulistyawati, 2010).

2. Progesteron

Progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos menjadi relaksasi (Sulistyawati, 2010).

Adapun teori penyebab mulainya persalinan,yaitu:

3. Teori penurunan hormone

Pada saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesterone turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan akan menimbulkan his (Nugraheny, 2010).

4. Teori plasenta menjadi tua

Dengan seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus (Sulisyawati, 2010).

5. Teori distensi rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini (Sulistyawati, 2010).

6. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (*pleksus frankenhauser*). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus (Mochtar, 2011).

7. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesterone

karena matangnya aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dapat dimulai (Nugraheny, 2010).

8. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis yaitu pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus (Manuaba, 2010).

9. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab dari permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan F2 atau E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama dalam proses persalinan (Sulistyawati, 2010).

10. Induksi Persalinan

Persalinan dapat pula ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut:

- a. Gagang laminaria: dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*.
- b. Amniotomi: Pemecahan ketuban

- c. Oksitosin drip: Pemberian oksitosin menurut tetesan per infus (Sulistyawati, 2010).

D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Walyani, E.S, 2016) faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu

1. Passage (jalan lahir)

a. Jalan lahir dibagi atas :

- 1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
- 2) Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan, ligament-ligamen

b. Ukuran-ukuran panggul

1) Alat pengukur ukuran panggul :

- a) Pita meter
- b) Jangka panjang : martin, oseander, Collin, dan baundelokue
- c) Pelvimetri klinis dengan pemeriksaan dalam
- d) Pelvimetri rengenologis

c. Ukuran-ukuran panggul :

- 1) Distansia spinarum : jarak antara kedua spina iliaka anterior superior 24-26 cm
- 2) Distansia kristarium : jarak antara kedua krista iliaka kanan dan kiri 28-30 cm
- 3) Konjugata eksterna : 18-20 cm
- 4) Lingkaran panggul : 80-100 cm
- 5) Conjugate diagonalis : 12,5 cm
- 6) Distansia tuberum : 10,5 cm

d. Ukuran dalam panggul

- 1) Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, linea innuminata dan pinggir atas simpisis pubis
- 2) Konjugata vera : dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis : 10,5-11 cm
- 3) Konjugata tranversa : 12-13 cm
- 4) Konjugata oblingua : 13 cm
- 5) Konjugata obstetrika adalah jarak bagian tengah simfisis ke promontorium
- 6) Ruang tengah panggul :
- 7) Bidang terluas ukurannya 13 x 112,5 cm
- 8) Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm
- 9) Jarak antara spina isciadika 11 cm
- 10) Pintu bawah panggul (outlet):
- 11) Ukueran anterior-posterior 10-12 cm
- 12) Ukuran melintang 10,5 cm
- 13) Arcus pubis membentuk sudut 90 derajat lebih, pada laki-laki kurang dari 80 derajat

2. Power (His dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

a. His (Kontraksi uterus)

His adalah sebuah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

b. Mengejan

Proses mengejan pada ibu yang dilakukan dengan benar, baik dari segi kekuatan maupun keteraturan. Ibu harus mengejan dengan kuat dan seirama dengan intruksi yang diberikan

2) Passenger

- a. Janin merupakan penumpang utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan karena posisinya
- b. Plasenta merupakan salah satu organ yang merupakan jalur penghubung antara ibu dan janin
- c. Air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi selaput janin amnion dan korion (Sondakh, 2013).

E. Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

1. Lightening atau settling atau dropping

Kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida.

Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.

2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun

3. Sering buang air kecil atau sulit untuk berkemih (Polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

4. Perasaan nyeri diperut bawah dan dipinggang oleh adanya suatu kontraksi-kontraksi lemah uterus yang kadang-kadang disebut “false labor pains”
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloody show) (Mochtar, 2011).

F. Tanda Persalinan

1. Terjadinya his persalinan

His persalinan memiliki ciri khas pinggang rasanya nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap terjadinya perubahan pada serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2. Pengeluaran lender dan darah (pembawa tanda)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan perdarahan dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lender yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Manuaba,dkk, 2010).

G. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada suatu proses persalinan menurut (Sukarmi, Icesmi K, 2013):

1. Engagement

Kepala biasanya masuk kedalam panggul pada posisi transversal/pada posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. Engagement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara. Bilangan perlimaan kepala janin yang dapat dipalpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari 2/5 kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged*.

2. Penurunan (Descent)

Selama kala 1 persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.

3. Fleksi

Pada saat kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang sempit, fleksi akan meningkat. Fleksi ini merupakan suatu gerakan yang pasif, sebagian karena struktur disekitarnya, dan penting dalam

meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga dapat meningkatkan fleksi.

4. Rotasi Internal

Apabila kepala dapat fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan pada saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagittal kini terletak di diameter anterior posterior pintu bawah panggul (diameter terluas panggul). Resistensi adalah dinamika rotasi yang penting. Apabila janin mencapai engagement dalam posisi oksipitoposterior, rotasi internal (putar paksi dalam) dapat terjadi dari posisi oksipitorposterior sampai posisi oksipitoranterior. Rotasi internal yang lama ini, bersama dengan diameter presentasi tengkorak janin yang lebih besar, menjelaskan peningkatan durasi persalinan akibat kelaianan posisi ini. Posisi ini dilakukan dengan ekstensi kepala janin yang akan meningkatkan diameter presentasi tengkorak janin pada pintu bawah panggul. Posisi ini dapat menyebabkan obstruksi persalinan dan memerlukan kelahiran dengan alat bantu atau bahkan perlu dilakukan tindakan *section caesaria*.

5. Ekstensi

Kemudian setelah terjadi rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan berada dekat batas bawah sacrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistensi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini dikenal sebagai *crowing* kepala. Kepala akan mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada di bawah simfisis pubis hamper bertindak sebagai titik tumpu wajah, dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. Ekstensi dan gerakan ini meminimalkan trauma jaringan lunak dengan menggunakan diameter terkecil kepala janin untuk kelahiran.

6. Restitusi

Restitusi merupakan lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (mieing).

7. Rotasi Eksternal

Supaya dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini

terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut dengan rotasi eksternal.

8. Pelahiran Bahu dan Tubuh Janin

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

H. Tahap-Tahap Persalinan

1. Kala I (Kala pembukaan)

Terjadinya inpartu ditandai dengan keluarnya lender bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (*dikatasi*) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I dibagi dua fase:

- a. Fase laten: Pembukaannya berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- b. Fase aktif: Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase:

- 1) Akselerasi: berlangsung 2 jam, Pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Deselerasi: Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Perbedaan pembukaan serviks pada primigravida dengan multigravida:

- 1) Primi: Serviks mendatar (*effacement*) dulu, diikuti pembukaan (*dilatesi*) selama 13-14 jam.
- 2) Multi: Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan berlangsung 6-7 jam.

Untuk menentukan kemajuan persalinan

seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT).

Keterangan: Menurut (Rohani, 2013) bidang hodge terbagi menjadi empat yaitu:

1. Hodge I: bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis.
2. Hodge II: bidang yang setinggi pinggir bawah spina ischiadika berhimpitan dengan PAP (Hodge I)
3. Hodge III: Sejajar dengan hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
4. Hodge IV: bidang setinggi ujung tulang koksigis berhimpitan dengan PAP (Hodge I).

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Pada kala dua, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali, Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui suatu lengkung refleks yang menimbulkan rasa mengejan. Karena adanya tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus yang terbuka pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mengejan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin, Kala II pada primi berlangsung 1½-2 jam, pada multi ½-1 jam.

3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran plasenta, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4. Kala IV (Pengawasan)

Kala IV merupakan kala pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Darah yang keluar harus ditakar dengan sebaik-baiknya. Perdarahan pada persalinan biasanya dikarenakan luka pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah perdarahan rata-rata yang dianggap normal adalah 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal (Mochtar, 2012).

I. Partograf

Alat bantu yang digunakan untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Kuswanti, dan Melina, 2014). Suatu observasi yang ketat harus dilakukan selama kala I persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat dalam

partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Dengan selalu menggunakan partograf, bidan dapat mengambil keputusan klinik dengan cepat dan tepat sehingga dapat terhindar dari keterlambatan dalam pengelolaan ibu bersalin. Partograf dilengkapi dengan halaman depan dalaman belakang untuk diketahui dengan lengkap proses persalinan kala I sampai dengan IV (Nurjasmi dkk, 2016).

- a. Denyut jantung janin (DJJ) dicatat setiap 30 menit
- b. Air ketuban dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina
 - 1) U : Ketuban utuh (belum pecah)
 - 2) J :Ketuban sudah pecah, air ketuban jernih
 - 3) M :Air ketuban bercampur mekonium
 - 4) D :Air ketuban bercampur darah
 - 5) K :Tidak ada air ketuban/kering
- c. Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase)
 - 1) 0 :tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi
 - 2) 1 :tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
 - 3) 2 :tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat di pisahkan
 - 4) 3 :tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

- d. Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x)
- e. Penurunan, mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) dia atas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O)
- f. Waktu, Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien di terima
- g. Jam, dicatat jam sesungguhnya
- h. Kontraksi, dicatat 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyanya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik.
- i. Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan permenit
- j. Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan
- k. Nadi, dicatat 30-60 meenit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.)
- l. Tekanan darah, dicatat setip 4 jam dan ditandai dengan anak panah
- m. Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif
- n. Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih.

Bila temuan-temuan melintas kea rah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat (Manuaba, 2010).

J. Lima Benang Merah dan Asuhan Kebidanan

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik secara normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah:

1. Membuat keputusan klinik

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

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu di peratikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

3. Pencegahan Infeksi

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

- a. Cuci tangan
- b. Pakai sarung tangan
- c. Penggunaan cairan antiseptic
- d. Pemrosesan alat gelas (dekontaminasi, desinfeksi, desinfeksi tingkat tinggi, mencuci dan membilas, sterilisasi) (Marmi, 2011).

1) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda (peralatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan) yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Cara memastikannya adalah segera melakukan dekontaminasi terhadap benda-benda tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh.

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

$$\text{Larutan bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsetart}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

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

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsetart}} \times 100$$

2) Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda mati atau instrument

3) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospore bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus atau penggunaan desinfeksi kimia

4) Mencuci dan Membilas

Suatu proses yang secara fisik menghilangkan semua debu, kotoran, darah dan bagian tubuh lain yang tampak pada objek mati dan membuang sejumlah besar

mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau memegang benda tersebut (proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih atau pengeringan secara seksama)

5) Sterilisasi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasite) termasuk endospore bakteri pada benda-benda mati atau instrument

6) Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah di berikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak di catat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak di lakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiram bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah di kumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya (Ambarwati, 2011).

7) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanakan kasus gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir seperti:

- a) Pembedahan, termasuk bedah sesar
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vacuum dan cunan
- d) Pemberian antibiotic intavena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bayi baru lahir.

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

1. B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetric dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan

2. A (Alat)

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung, suntik, selang iv, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ketempat rujukan, perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan fasilitas rujukan.

3. K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi memerlukan rujukan. 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 keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraian 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 mengatur ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan dalam perjalanan.

6. K(Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk menjangkau tujuan pada waktu yang tepat.

7. U (Uang)

Ingatkan keluarga untuk 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 difasilitas rujukan.

8. Da (Donor darah)

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Sari E dkk,2014).

K. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Beberapa kebutuhan dasar ibu selama persalinan antara lain:

1. Makanan dan Minuman

Bidan menganjurkan pada keluarga untuk memberikan minum sesering mungkin dan makanan ringan selama persalinan. Karena, makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan berlangsung akan memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi ini menjadi tidak teratur (Marmi, 2016)

2. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi persalinan yang panjang. Posisi dikombinasikan dengan aktivitas dalam ambulasi agar penurunan kepala janin dapat lebih maksimal (Nugraheny, 2010).

3. Buang Air Kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi terpenuhi (Sulistyawati, 2010).

4. Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Dalam kondisi ini penting untuk keluarga serta bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk

memberikan bantuan dan keyakinan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risi atau sungkan untuk melakukannya (Sulistyawati, 2010).

5. Posisi dan Ambulasi

Posisi yang aman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu juga akan membantu proses penerunan kepala janin sehingga persalinan akan berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dan keadaan pasien). Beberapa posisi dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada duduk, berjalan dan jongkok (Nugraheny, 2010).



2.1.3 Masa Nifas

A. Pengertian

1. Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Maka nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2013).
2. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung selama 4 sampai 6 minggu menurut (Williams, 2014).
3. Masa nifas yaitu masa pemulihan organ genitalia internal menjadi normal secara anatomi dan fungsional yang berlangsung sekitar 6 minggu, jadi kesimpulannya masa nifas adalah masa pemulihan setelah persalinan yang berlangsung antara 4 sampai dengan 6 minggu sampai alat-alat kandungan kembali seperti saat sebelum hamil (Prawirohardjo, 2010).

B. Proses Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga periode:

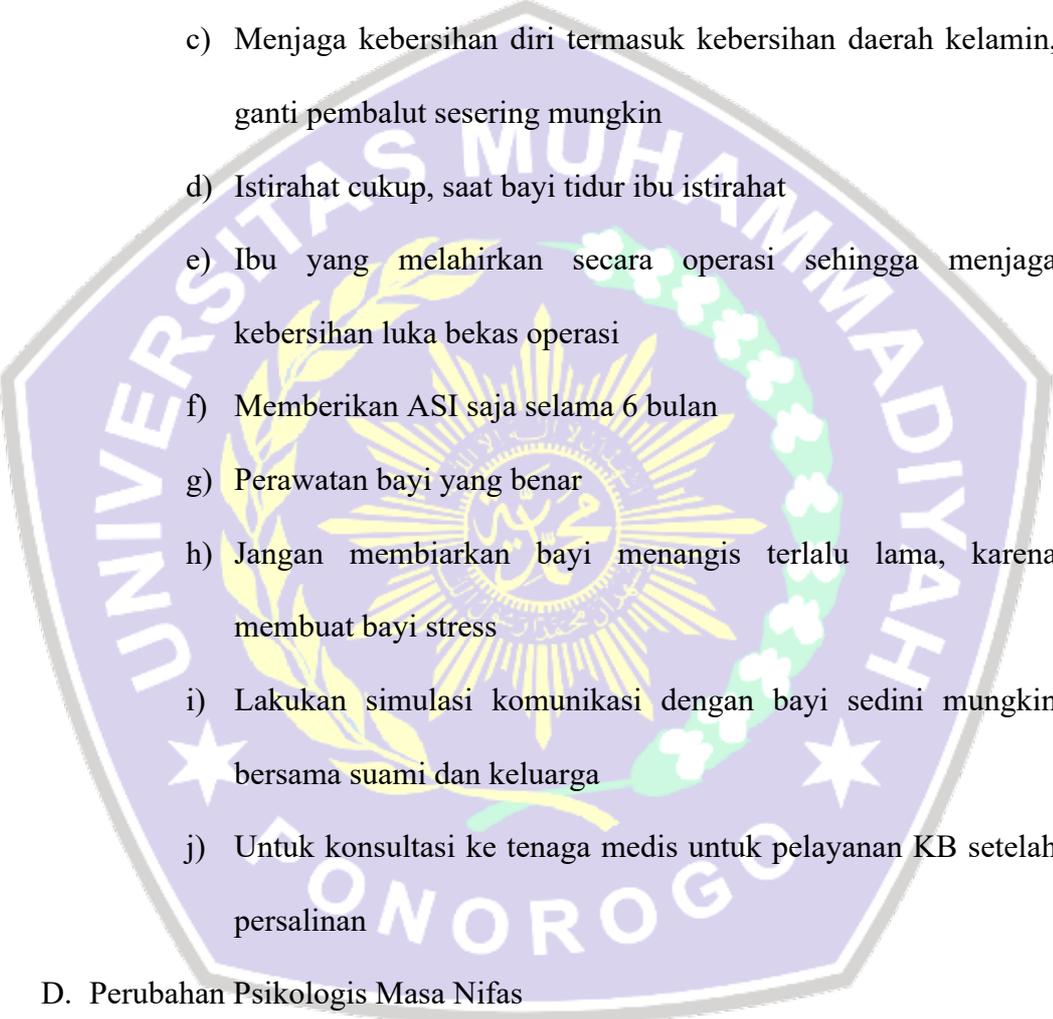
1. Puerperium dini, yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu
3. Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna terutama jika selama hamil atau sewaktu

persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Mochtar, 2011).

C. Kunjungan Masa Nifas

Menurut (Kemenkes RI, 2016) pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan atau 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 persalinan
 - a. 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 pasca 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 pertama 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 sehingga menjaga 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 simulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
 - j) Untuk konsultasi ke tenaga medis untuk pelayanan KB setelah persalinan

D. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut (Marmi, 2014) tahapan pada masa nifas yaitu:

1. Periode taking in (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - a. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - b. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya

- c. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
 - d. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
 - e. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal
2. Periode *taking on/talking hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
- a. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
 - b. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
 - c. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan bayi dan mengganti popok
 - d. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
 - e. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya
3. Periode *letting go*
- a. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
 - b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memenuhi kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan social.
 - c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini.

E. Perubahan Fisiologis Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas antara lain:

1. Perubahan pada system reproduksi

Menurut Saleha, 2013 perubahan yang terjadi pada system reproduksi adalah:

a. Uterus

Pada masa nifas uterus akan mengalami involusi dengan melibatkan pemgreorganisasian dan pengguguran desidua serta pengelupasan situs plasenta, sebagaimana diperlibatkan dengan pengurangan dalam ukuran dan berat serta oleh warna dan banyaknya lokea.

Tabel 2.7
Perkembangan Uterus Pada Masa Nifas

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	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	30 gr

Sumber: (Saleha,2013)

b. Lokhea

Lokhea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini ada beberapa jenis lokhea yang terdapat pada wanita pada masa nifas.

- 1) Lokhea rubra berwarna merah dan akan keluar selama 2-3 hari postpartum

- 2) Lokhea sanguilenta berwarna merah kuning dan akan keluar spade hari ke-3 sampai hari ke-7 pascapersalinan
- 3) Lokhea serosa berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning dan akan keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan
- 4) Lokhea alba seperti cairan putih berbentuk krim dan akan keluar dari hari ke-24 sampai satu atau dua minggu berikutnya.

c. Endometrium

Pada hari pertama table endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dua selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan perut pada bekas implantasi plasenta

d. Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan. Delapan belas jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis dan rapih selama beberapa hari setelah ibu melahirkan. Merasa serviks eksterna tidak akan berbentuk lingkaran seperti sebelum melahirkan, tetapi terlihat memanjang seperti suatu celah, sering disebut seperti kulit ikan. Laktasi menunda produksi estrogen yang mempengaruhi mucus dan mukosa (sari dan Kurnia, 2014).

e. Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan (Sari dan Kurnia, 2014).

2. Perubahan sistem perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari post partum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dalam mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Sari dan Kurnia, 2014).

3. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen-ligamen,fasia dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidakjarang ligament rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu (Saleha,2013).

4. Perubahan Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada system endokrin. Menurut Saleha, 2013 terdapat perubahan yang terjadi

pada system endokrin terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

a. Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Osapan bayi dapat merangsang ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b. Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolactin, hormone ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolactin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolactin menurun 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesterone yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan mnstruasi.

c. Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa

tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormone antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih,ginja, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

5. Perubahan tanda-tanda vital

Menurut Saleha, 2013 perubahan yang terjadi pada tanda-tanda vital adalah:

a. Suhu

Suhu tubuh wanita post partum dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C . sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C , mungkin terjadi infeksi pada klien

b. Nadi dan Pernafasan

Nadi berkisar 60-80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardia. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c. Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

F. Kebutuhan Masa Nifas

Ibu nifas memiliki beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi selama menjalani masa nifas yaitu sebagai berikut:

1. Nutrisi dan cairan

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari
- d. Pil zat besi harus diminum setidaknya 40 hari pasca perslinan
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bias memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Rukiyah, 2010).

2. Ambulasi dini

Ambulasi dini dilakukan untuk membantu bergerak secara dini seperti duduk, jalan-jalan ringan, sehingga nantinya ibu dapat berjalan sendiri, tetapi ambulasi dini tidak diperbolehkan untuk ibu anemia, ibu berpenyakit jantung, paru-paru dan demam yang membutuhkan waktu untuk beristirahat. Dilakukan agar ibu nifas merasa lebih sehat, usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.

3. Eliminasi

Sebisanya mungkin harus myakinkan ibu nifas untuk buang air kecil maksimal 6 jam setelah bersalin dan buang air kecil maksimal dalam 24 jam karena jika tidak akan mempengaruhi keadaan ibu nifas serta menganjurkan ibu nifas untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih

4. Kebersihan diri

Menjaga kebersihan tubuh untuk mencegah infeksi, membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut setiap kali darah sudah terasa penuh minimal 2 kali sehari, selalu mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali membersihkan daerah kemaluannya.

5. Istirahat

Istirahat sangat dibutuhkan ibu nifas karena agar keadaannya lebih baik setelah ibu kelelahan dalam proses persalinan, yang nantinya akan mempengaruhi produksi ASI ibu nifas, proses *invulasi* serta memaksimalkan perawatan kepada bayinya, dalam sehari ibu nifas istirahat minimal 8 jam dan sebaiknya jika pada siang hari bayinya tertidur ibu nifas disarankan untuk tidur juga.

6. Seksual

Dilakukan apabila ibu nifas sudah tidak mengeluarkan darah lagi dan kemaluan dan jalan lahirnya sudah tidak merasakan nyeri

7. Latihan/senam nifas

Senam ini dilakukan perlahan dan sedini mungkin setelah persalinan dimulai dari latihan senam kegel terlebih dahulu secara rutin (Sulistyawati, A 2013)

G. Tanda-tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Menurut Pitriani (2014), ada beberapa tanda-tanda bahaya selama masa nifas, yaitu:

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam)
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang menyengat
3. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni atau merasa tidak enak badan
6. Payudara memerah, panas, dan atau sakit
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
8. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi
9. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

H. Rencana KB

Rencana KB setelah ibu melahirkan itu sangat penting, dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungannya (Pemulihan alat kandungan). Ibu harus KB agar tidak cepat hamil lagi (minimal 2 tahun) dan agar ibu mempunyai waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarganya (Walyani, 2015).

2.1.3 Bayi Baru Lahir

A. Pengertian

1. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ektrauterin (Dewi, 2010).
2. Neonatus atau bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir normal dengan berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tidak ada kelainan konginetal (cacat bawaan) yang berat (Kumalasari, 2015)

B. Klasifikasi Bayi Baru lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan
 - a. Neonatus kurang bulan (preterm infant): kurang dari 259 hari (37 minggu).
 - b. Neonatus cukup bulan (term infant): 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).

- c. Neonatus lebih bulan (posterm infant): lebih dari 294 hari (42 minggu) atau lebih.
 - d.
2. Berdasarkan berat lahir
 - a. Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram
 - b. Neonatus berat lahir cukup yang antara 2500 sampai 4000 gram
 3. Neonatus berat lahir lebih yaitu lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010).

C. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Dikatakan bayi baru lahir normal jika termasuk kriteria berikut menurut (Sondakh, 2013):

- 1) Berat badan bayi antara 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama 180 kali/menit kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit
- 6) Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal, dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena cairan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks caseosa

- 8) Rambut lanugo telah hilang dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Reflex hisap, menelan dan moro telah terbentuk
- 12) Eliminasi, urin, dan meconium normalnya keluar 24 jam pertama. Meconium memiliki karakteristik kehijauan dan lengket.

D. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahapan I terjadi segera setelah lahir, selama menit0menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan system scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
2. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dewi, 2011).

Tabel 2.8
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (Warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100

Grimace (Tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (Aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiratiom (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: (Dewi,2011).

Interpretasi:

- 1) Nilai 1-3 asfiksia berat
- 2) Nilai 4-6 asfiksia sedang
- 3) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dewi, 2011).

E. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Fisiologi bayi baru lahir merupakan ilmu yang mempelajari fungsi dan proses vital neonatus. Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Selain itu, neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh (Winarsih, 2010).

1. Sistem Pernafasan

Tabel mengenai perkembangan system pulmonal sesuai dengan usia kehamilan.

Tabel 2.9

Perkembangan Sistem Pulmonal Sesuai Dengan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi

24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber: Dewi,2011.

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

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

Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan cara bernafas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolap dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelectasis. Dalam kondisis seperti ini

(anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic (Dewi, 2011).

2. Peredaran darah

Pada kehidupan janin, darah sebagian besar melalui paru-paru dan hepar melalui venosus, foramen ovale, dan duktus arteriosus. Ketika darah umbilicus berhenti saat lahir, perbedaan akan tiba-tiba terjadi dalam system sirkulasi. Perbedaan ini menyebabkan peningkatan aliran darah ke paru-paru dan hepar untuk turut serta menurunkan liran darah melalui jalan pintas. Rata-rata nadi apical 120-160x/menit dapat berfluktuasi dari 70-100 kali per menit sampai 180 kali per menit saat bayi menangis. Tekanan darah terbentang dari 60-80 mmHg (sistolik), 40-45 mmHg (diastolik). Rata-rata tekanan istirahat kira-kira 74-76 mmHg. Tekanan darah paling rendah pada usia tiga jam. Tali pusat di klem dengan aman tanpa jam kelahiran, mengkerut dan menghitam pada hari kedua dan ketiga. Sistem sirkulasi pada bayi baru lahir juga dapat dijelaskan sebagai berikut: aliran darah janin (fetus) bermula dari vena umbilicus, akibat tahanan pembuluh paru yang besar. Pada waktu bayi lahir, terjadi pelepasan dari plasenta serta mendadak (pada saat tali pusat dijepit/diklem), tekanan atrium kanan menjadi rendah, tahanan pembuluh darah sistemik naik dan pada saat yang sama paru mengembang. Tahanan vaskuler paru menyebabkan penutupan faromen ovale (menutup setelah beberpa minggu). 15 jam yang disebabkan kontraksi otot-otot polos pada akhir arteri pulmonalis dan secara anatomis pada usia 2-3 minggu.

Jadi, dapat disimpulkan pada bayi baru lahir terdapat adaptasi kardiovaskuler/sistem sirkulasi sebagai berikut:

- a. Menutupnya foramen pvalve, dimana oksigen di paru:
 - 1) Resistensi vaskuler di paru menurun
 - 2) Tekanan pada jantung kanan menurun
 - 3) Tekanan pada jantung kiri meningkat
 - 4) Menyebabkan feramen tertutup dalam beberapa jam sampai beberapa bulan.

- b. Menutupnya duktus arteriosus

Tekanan PaO₂ meningkat setelah perbafasan pertama, yang menyebabkan kontriksi duktus arteriosus dalam 15 jam sampai 3 minggu.

- c. Menutupnya duktus venosus, terjadi setelah pemotongan tali pusat sampai 1 minggu (Maryunani, 2010).

3. Suhu tubuh

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

- a. Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. Sebagian contoh, konduksi bias terjadi ketika menimbang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL (Dewi, 2011).

b. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak,. Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin (Dewi, 2011).

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin. Sebagai contoh, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok) (Dewi, 2011).

d. Evaporasi

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

(Muslihatun,2010). Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka lakukan hal berikut:

- 1) Keringkan bayi secara seksama'
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- 3) Tutup bagian kepala bayi
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- 6) Tempatkan bayi di lingkungan hangat (Dewi, 2011)

4. Urinaria

Ekskresi urine terjadi pertama kali pada janin sewaktu berysia sekitar 4 bulan. Pada saat lahir, fungsi ginjal sebanding dengan 30% sampai 50% dari kapasitas dewasa dan belum cukup matur untuk memekatkan urine. Namun dengan demikian, urine terkumpul dalam kandung kemih. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam. Frekuensi 2-6 kali sampai 20 kali per hari. Penting untuk mencatat saat berkemih pertama kali. Bayi baru lahir sukar memekatkan air kemih (urine), tetapi kemampuan mengencerkan urine seperti orang dewasa. Bila terjadi anuria harus dilaporkan, karena hal ini mungkin menandakan anomaly congenital dari sitem urinaria (Maryunani, 2010).

5. Sistem Gastrointestinal

Kebutuhan nutrisi dan kalori janin terpenuhi langsung dari ibu melalui plasenta, sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus negative. Setelah lahir gerakan usus mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus positif. Syarat pemberian minum adalah sirkulasi baik, bisung usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonim positif, tidak ada muntah dan sesak nafas. Refleks gumoh dan refleks batuk sudah terbentuk baik saat lahir. Kemampuan bayi untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas. Hubungan antara esophagus dan lambung masih belum sempurna (gumoh) dan kapasitas lambung masih terbatas (30 cc). Dua sampai tiga hari pertama kolon berisi mekonium yang lunak berwarna hijau kecokelatan, yang berasal dari saluran usus dan tersusum atas, mucus dan sel epidermis. Warna yang khas berasal dari pigmen empedu. Beberapa jam sebelum lahir usus masih steril, tetapi setelah itu bakteri menyerbu masuk. Pada hari ke 3 atau ke 4 mekonium menghilang (Deslidel, 2011).

F. Penanganan Bayi Baru Lahir Berdasarkan APGAR SKOR

Tabel 2.10
Penanganan Bayi Baru Lahir

Nilai APGAR lima menit pertama	Penanganan
0-3	<ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan ditempat hangat dan lampu sebagai sumber penghangatan - Pemberian oksigen - Resusitasi - Stimulasi

	- Rujuk
4-6	- Tempatkan dalam tempat yang hangat - Pemberian oksigen - Stimulasi taktil
7-10	- Dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan bayi baru lahir normal

Sumber: (Sulistyawati dkk,2010).

G. Reflek pada Bayi Baru Lahir

Menurut (Dewi, 2011) reflek pada bayi baru lahir normal yaitu:

1. *Rooting* (mencari)

Pada bayi baru lahir akan menoleh kearah dimana terjadi sentuhan pada pipinya. Bayi akan membuka mulutnya apabila bibirnya disentuh dan berusaha untuk menghisap benda yang disentuhnya.

2. *Swallowing* (Menelan)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi.

3. *Moro* (Terkejut)

Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45°. Normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan.

4. *Tonik neck* (ekstensi saat kepala ditolehkan)

Letakkan bayi dalam posisi terlentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstermitas terekstensi pada sisi kepala yang diputar.

5. *Grasping* (menggenggam)

Normalnya bayi akan menggenggam, dengan kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada palmar yang diletakkan dengan kuat.

6. *Babinski* (Hiperektensi)

Dengan menggoreskan telapak kaki, dimulai dari tunit lalu gores ke sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki.

7. *Sucking* (Menghisap)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan rangsangan menghisap. Hisapan ini akan menyebabkan areola dan puting susu ibu tertekan gusi, lidan dan langit-langit bayi sehingga sinus laktiferus di bawah areola dan ASI terpancar keluar.

8. *Glabellar* (Kedipan)

Merupakan respon terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya syaraf optic

9. *Walking*

Bayi akan menunjukkan respon berupa gerakan berjalan dan kaki akan bergantian dari fleksi ke ekstensi.

H. Kunjungan Neonatal

1. Kunjungan neonatal ke-I (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6 jam s/d 48 jam setelah lahir. Hal yang harus dilaksanakan:
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Beri ASI Eksklusif
 - c. Rawat tali pusat

2. Kunjungan neonatal ke-II (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 s/d 7 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan:
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan ASI Eksklusif
 - c. Cegah infeksi
 - d. Rawat tali pusat
3. Kunjungan neonatal ke- III (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 s/d 28 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan:
 - a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - b. Lakukan jaga kehangatan tubuh
 - c. Beri Asi Eksklusif
 - d. Rawat tali pusat (Walyani, 2014).

I. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012).

Tabel 2.11
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kali
Hari ke-2	70 ml	50 kali
Hari ke-3	80 ml	60 kali
Hari ke-4	90 ml	70 kali
Hari ke-5	100 ml	80 kali

Hari ke-6	110 ml	90 kali
Hari ke-7	120 ml	100 kali
Hari ke- > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber: (Saifuddin,2010)

2. Eliminasi

Menurut (Marmi, 2012) pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.

3. Istirahat dan tidur

Menurut (Sulistyawati, 2010) dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam. Pada umumnya bayi bangun 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.

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda setidaknya sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali

pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2012).

5. Aktivitas

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, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lanjut (Marmi, 2012). Bayi menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 kali per hari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim dan stimulasi berlebihan (Marmi, 2012).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2010).

J. Tanda-Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Suhu terlalu panas lebih dari 38°C atau terlalu dingin atau kurang dari 36°C
2. Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/menit, retraksi dada saat inspirasi
3. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)

4. Kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
5. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
6. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
7. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah
8. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bias tenang
9. Menangis terus menerus
10. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan (Muslihatun, 2010).

2.1.4 Keluarga Berencana (KB)

A. Pengertian KB

1. Keluarga berencana (KB) adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan keluarga serta untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Sunarsih, dkk 2015).
2. Keluarga berencana (KB) adalah salah satu usaha mencapai kesejahteraan keluarga dalam memberikan nasehat perkawinan dan penjarangan kehamilan, pembinaan ketahanan keluarga, meningkatkan kepedulian dan peran serta untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (damayanti, dkk 2015).

3. Keluarga berencana (KB) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Marmi, 2016).

B. Manfaat Program KB

Manfaat program KB menurut (Marmi, 2016) adalah:

1. Manfaat bagi ibuan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat. Peningkatan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang.
2. Manfaat bagi anak yang dilahirkan
Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.
3. Manfaat bagi anak-anak yang lain
Memberikan kesempatan pada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari keluarga. Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna karena mendapatkan lebih banyak waktu yang diberikan ibu untuk anaknya.

4. Manfaat bagi suami

Untuk memperbaiki fisik, mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

5. Manfaat program KB bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Kesehatan anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang besar untuk memperoleh pendidikan.

C. Dampak program KB

Menurut Marmi, 2016) dampak program KB secara umum yaitu:

1. Penurunan angka kematian ibu dan anak
2. Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi
3. Peningkatan kesejahteraan keluarga
4. Peningkatan derajat kesehatan, peningkatan mutu dan layanan KB-KR
5. Peningkatan system pengelolaan dan kapasitas SDM
6. Pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintah berjalan lancar.

D. Jenis-Jenis Kontrasepsi

1. Metode alami tanpa alat
 - a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL adalah alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI), MAL dapat di jadikan sebagai alat kontrasepsi bila memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Menyusui secara penuh lebih efektif bila pemberian ASI sebanyak 6 kali atau lebih dalam waktu 24 jam (Hidayati, 2012).
- 2) Belum menstruasi
- 3) Usia bayi kurang dari 6 bulan (Hidayati, 2012).
- 4) Cara Kerja

Menurut (Hidayati, 2012) kontrasepsi prolactin meningkat sebagai respon terhadap stimulus pengisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolactin akan tetap tinggi. Hormon prolactin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar hormon LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi. Kadar prolactin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitive terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-volusi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi

menyebabkan fase luteal yang mengakibatkan singkat dan fertilitas menurun. Maka dari itu inti dari cara kerja MAL adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi.

5) Keuntungan

- a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)
- b) Sangat efektif
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- e) Tidak perlu pengawasan medis
- f) Tidak perlu obat atau alat
- g) Tanpa biaya

6) Kerugian

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar sefera menyusui dalam waktu 30 menit pasca persalinan
- b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya

menstruasi atau sampai dengan 6 bulan. Hanya wanita amenorea yang memberikan ASI secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama

mendapatkan perlindungan kontraseptif sama dengan perlindungan yang di berikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, resiko ovulasi meningkat.

- d) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS)

7) Indikasi

- a) Ibu yang menyusui secara eksklusif
- b) Bayinya berusia kurang dari 6 bulan
- c) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan
- d) Tetap menganjurkan ibu untuk memilih metode kontrasepsi yang lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi dengan tetap melanjutkan ASI

8) Kontraindikasi

- a) Sudah mendapat menstruasi setelah persalinan
- b) Tidak menyusui secara eksklusif
- c) Bayinya sudah berumur 6 bulan atau lebih
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Hidayati, 2012).

b. Koitus interputus (senggama terputus)

Prinsip dari metode ini adalah pengeluaran penis (kemaluan pria) menjelang ejakulasi sehingga spermatozoa ditumpahkan diluar liang senggama. Metode ini kurang

efektif karena sering terjadi keterlambatan menarik, terjadi ejakulasi ringan sehingga spermatozoa sudah keluar dan dapat menimbulkan kehamilan. Tingkat kehamilan tinggi 17-25%.

2. Metode Dengan Alat

a. Kondom

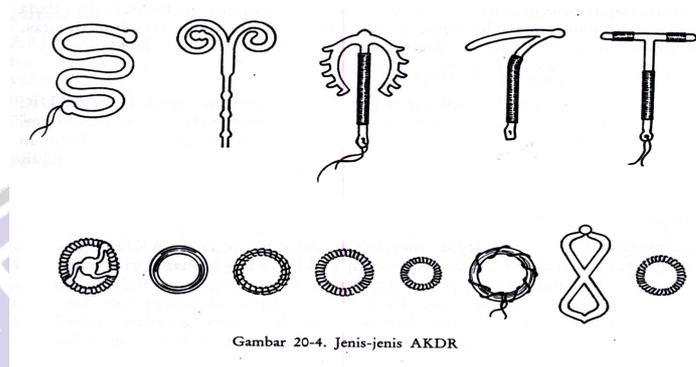


Gambar 2.3
Alat Kontrasepsi Kondom
Sumber : www.google.co.id

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang bias melindungi pemakaian dari penyakit menular seksual misalnya (AIDS), dan dapat mencegah perubahan prekanker tertentu pada sel-sel leher rahim, ada kondom yang ujungnya memiliki penampung semennya, maka sebaiknya kondom disisakan sekitar 1 cm di depan penis. Kondom harus dilepas secara perlahan karena jika semen tumpah maka sperma bias masuk ke vagina sehingga terjadi kehamilan (Sukarni,dkk 2013). Untuk menambah efektivitas pemakaian kondom bias ditambah spermisida (biasanya terkandung didalam pelumas kondom atau dimasukkan secara terpisah kedalam vagina).

Kondom wanita merupakan alat kontrasepsi penghalang yang dipasang divagina dengan bantuan sebuah cincin.

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)



Gambar 20-4. Jenis-jenis AKDR

Gambar 2.4
Kontrasepsi AKDR

Sumber : www.google.co.id

IUD adalah alat kecil yang terdiri dari bahan plastic yang lentur yang dimasukkan kedalam rongga rahim, yang harus diganti jika sudah digunakan selamaperiode tertentu. IUD merupakan kontrasepsi secara jangka panjang. Nama populernya adalah sepiral.

Jenis-jenis IUD di Indonesia:

1) Coppe-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana pada bagian verticalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.

2) Copper-7

Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.

3) Multi load

Terbuat dari plastic dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap dengan fleksibel.

4) Lippes loop

Terbuat dari bahan poliyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung.

a) Cara kerja

(1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

(2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum mencapai kavum uteri

(3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

b) Efektivitas

IUD sangat efektif (92-92%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai selama sampai 4 tahun, nova T dan copper T 200 (Cut-T 200) dapat dipakai 3-5 tahun,

cut T 380 dapat untuk 8 tahun, kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian.

c) Indikasi

Menurut (Handayani, 2010) :

- (1) Usia reproduksi
- (2) Keadaan nulipara
- (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- (4) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (6) Setelah mengalami abortus yang tidak terlihat adanya infeksi
- (7) Resiko rendah dari IMS
- (8) Tidak menghendaki metode hormonal
- (9) Tidak menyukai mengingat-ingat seperti minum pil
- (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Kumalasari, 2015).

d) Kontraindikasi

- (1) Belum pernah melahirkan
- (2) Adanya perkiraan hamil

(3) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti :
perdarahan yang tidak normal dari alat kemaluan,
perdarahan dileher rahim, dan kanker rahim.

(4) Perdarahan vagina yang tidak diketahui

(5) Sedang menderita infeksi alat genitalia
(vaginitis, servicitis)

(6) Tiga bulan terakhir sefang mengalami atau sering
menderita abortus

(7) Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak
rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri

(8) Penyakit trofoblas yang ganas

(9) Diketahui menderita TBC pelvis

(10) Kanker alat genital

(11) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm

(Saifuddin, 2013).

e) Keuntungan

- 1) Efektivitas dengan segera
- 2) Tidak ada interaksi obat
- 3) Reversible dan sangat efektif
- 4) Tidak terkait dengan coitus

f) Kerugian

Setelah pemasangan mungkin ibu akan
merasakan nyeri bagian perut dan perdarahan sedikit-

sedikit. Ini bias berjalan hingga 3 bulan setelah pemasangan. Tetapi tidak perlu dirisaukan karena setelah 3 bulan semua akan hilang. Dan jika tidak akan hilang lebih dari 3 bulan maka segeralah periksa ke tenaga medis. Pada saat pemasangan tidak perlu tegang karena akan menimbulkan rasa sakit pada perut, dan harus segera ke klinik jika:

- (1) Mengalami keterlambatan datang bulan, yang disertai tanda kehamilan, mual pusing, muntah-muntah.
- (2) Terjadi perdarahan lebih banyak, dari haid biasanya.
- (3) Sakit, misalnya di perut pada saat melakukan senggama.

g) Efek samping dan komplikasi

- (1) Efek samping umum terjadi:

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi dan saat haid lebih sakit.

- (2) Komplikasi

Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang

memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang jika pemasangan benar) (Sukarmi,dkk, 2013).

3. Kontrasepsi Hormonal

a. Pil



Gambar 2.5
Alat Kontrasepsi Pil Kb

Sumber : www.google.co.id.

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone estrogen dan progesterone yang biasa disebut dengan “mini pil”.

1) Pil Kombinasi

Berisi estrogen dan progesterone, pil ini mencegah kehamilan dengan cara:

- a) Menghambat ovulasi
- b) Membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi
- c) Membuat serviks tidak dapat ditembus oleh sperma.

Pil kombinasi 99% efektif mencegah kehamilan jika pada pemakaian yang kurang seksama efektivitasnya masih mencapai 93%.

(1) Kerugian

Dapat mengurangi ASI/menghambat produksi ASI (Maryunani,2016). Pil harus diminum secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium, penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah), mempengaruhi fungsi hati dan ginjal (Manuaba, 2010).

(2) Keuntungan

- (a) Dapat diandalkan dan revisable
- (b) Meredakan dismenorea dan minoragi
- (c) Mengurangi resiko anemia
- (d) Mengurangi resiko penyakit payudara jinak
- (e) Meredakan gejala pramenstruasi
- (f) Kehamilan ektopik lebih sedikit
- (g) Melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium.

2) Kontrasepsi pil progestin

Mini pil adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormone steroid (progesterone sintesis saja) yang digunakan pil per oral.

a) Cara kerja:

(1) Menekan ovulasi

Pencegahan ovulasi disebabkan gangguan pada sekresi luteinizing hormone (LH) oleh kelenjar hipofise, sehingga tidak terjadi puncak mid-siklus (pada keadaan normal terjadi puncak sekresi LH di pertengahan siklus dan ini menyebabkan pelepasan ovum dari folikelnya).

(2) Mencegah implantasi

Mini pil dapat mengganggu perkembangan siklus endometrium dan berada dalam fase yang salah atau menunjukkan ketidakaturan atau atrofis, sehingga endometrium tidak dapat menerima ovum yang telah di buahi.

(3) Mengentalkan lendir serviks

Progestin mencegah penipisan lender serviks pada pertengahan siklus, sehingga lender serviks, tetap kental dan sedikit, tidak memungkinkan spermatozoa untuk penetrasi.

(4) Mengubah motilitas tuba

Transpor ovum melalui saluran tuba mungkin di percepat, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya fertilisasi.

Jenis kontrasepsi pil progestin.

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

(b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75g norgestrel.

b) Keuntungan

(1) Sangat efektif (98,5%)

Angka kegagalan antara 1,1-9 per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan.

(2) Tidak mempengaruhi ASI

Minipil tidak mempengaruhi kualitas atau jangka waktu laktasi, serta tidak mempengaruhi kesehatan atau pertumbuhan bayi

(3) Tidak mengganggu hubungan seksual

(4) Kesuburan cepat kembali

Setelah akseptor di hentikan pemakaian pil, maka ibu akan segera mendapatkan kehamilan.

(5) Dapat di hentikan setiap saat.

c) Kerugian

- (1) Hampir 30-60% mengalami gangguan menstruasi (perdarahan sela, spotting, amenore).
- (2) Peningkatan berat badan
- (3) Dipengaruhi oleh aktivitas androgenic levonogestrel yang menyebabkan peningkatan nafsu makan bagi pengguna mini pil
- (4) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama (sebaiknya pada malam hari)
- (5) Perubahan pada mukus serviks agar dapat memberikan efek membutuhkan waktu 2-4 jam, impermeabilitas menurun pada waktu 22 jam setelah pemberian dan setelah 24 jam, penetrasi sperma benar-benar tidak dipengaruhi, sehingga bila lupa tidak akan menjadi kegagalan yang besar
- (6) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis dan jerawat
- (7) Aktivitas levonogestrel menurunkan kadar globulin pengikat hormone seks (sex hormone binding globulin-SHBG) di dalam sirkulasi.
- (8) Resiko kehamilan ektopik (4 dari 100 kehamilan).
- (9) Perubahan dalam motilitas tuba menyebabkan implantasi ektopik lebih besar

(10) Tidak melindungi dari PMS

(11) Wanita yang berisiko terhadap PMS, sebaiknya menggunakan metode perintang sebagai proteksi dirinya.

d) Indikasi

(1) Usia reproduksi, baik yang telah memiliki anak atau belum memiliki anak

(2) Pasca persalinan dan menyusui

(3) Pasca keguguran

(4) Hipertensi ($\geq 180/110$ mmHg) atau memiliki masalah dengan pembekuan darah.

(5) Tidak boleh menggunakan estrogen

e) Kontraindikasi

(1) Kehamilan/diduga hamil

(2) Pada kehamilan dini dapat menyebabkan maskulinisasi dari janin perempuan, meskipun mini pil tidak menyebabkan cacat bawaan atau abortus yang mengancam (kecuali pada progestin dosis tinggi)

(3) Perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya.

(4) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat)

(5) Oleh karena sifat obat ini menginduksi hormone pada kadar levonorgestrel yang menjadi rendah

(6) Kanker payudara atau riwayat kanker

(7) Mioma uteri

(8) Progestin memicu pertumbuhan mioma uteri

(9) Riwayat struk

(10) Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah

f) Cara pemakaian

(1) Minum pil pertama pada hari 1-5 siklus menstruasi

(2) Minum pil setiap hari pada saat yang sama

(3) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak menstruasi, mini pil dapat diminum setiap saat. Mini pil dapat diberikan setelah pasca keguguran

(4) Bila lupa 1 atau 2 pil, minum segera pil yang terlupakan dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan

(5) Walau belum menstruasi, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis.

b. Suntik



Gambar 2.6
Alat Kontrasepsi Suntik Progestin
Sumber : www.google.co.id

Kontrasepsi suntikan adalah salah satu jenis metode kontrasepsi hormonal. Penggunaan alat kontrasepsi suntik seperti depo progestin, merupakan suatu tindakan yang dapat invasive karena menembus pelindung kulit.

Untuk mengurangi resiko timbulnya masalah penyebaran infeksi pada pasien, provider, dan petugas klinik, sebaiknya gunakan jarum dan alat suntik sekali pakai (disposable) (Hidayati,2012)

Efektivitas kontrasepsi suntik adalah antara 99% dan 100% dalam mencegah kehamilan. Kontrasepsi suntik adalah bentuk kontrasepsi yang sangat efektif karena angka kegagalan penggunaan lebih kecil (Sukarmi,dkk,2012).

1) Cara kerja kontrasepsi suntik

- a) Menekan ovulasi
 - b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasian sperma terganggu
 - c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
 - d) Menghambat transportasi gamet oleh rube
- (Affandi, Biran,2011).

2) Keuntungan kontrasepsi

- a) Resiko terhadap kesehatan kecil
 - b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
 - d) Jangka panjang
 - e) Efek samping sangat kecil
 - f) Pasien tidak perlu menyimpan obat suntik
 - g) Pemberian aman, efektif dan relative mudah
- (Mulyani,N.S,2013).

3) Keuntungan nonkontrasepsi

- a) Mengurangi jumlah perdarahan?
- b) Mengurangi nyeri saat haid
- c) Mencegah anemia
- d) Mencegah kanker ovarium dan kanker myometrium

- e) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- f) Mencegah kehamilan ektopik
- g) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia primenopause (Mulyani,N.S,2013).

4) Efek samping

- a) Gangguan haid
- b) Sakit kepala
- c) Penambahan berat badan
- d) Keputihan (leukorea)
- e) Galaktorea (pengeluaran ASI yang berlebihan)
- f) Depresi
- g) Pusing dan mual
- h) Dalam jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina, penurunan libido dan gangguan emosi (Marmi,2016).

5) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
- d) Menyusui ASI pasca persalinan >6 bulan
- e) Pascapersalinan dan tidak menyusui

- f) Anemia
- g) Nyeri haid hebat
- h) Haid teratur
- i) Riwayat kehamilan ektopik
- j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(Mulyani,N.S, 2013).

6) Kontraindikasi

- a) Hamil/diduga hamil
- b) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan
- c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- d) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- e) Umur >35 tahun yang merokok
- f) Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung,stroke,atau dengan tekanan darah tinggi (>180.110 mmHg)
- g) Ibu mempunyai riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun
- h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala ringan atau migraine
- i) Keganasan pada payudara (Mulyani,N.S, 2013).

c. Implan

Implan merupakan kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan dibawah kulit lengan atas sebelah dalam. Banyaknya semacam tabung-tabung kecil pembungkus plastic berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Di dalam batang tersebut berisi zat aktif berupa hormone. Susuk tersebut akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit. Jadi konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian susuk dapat diganti setiap 5 tahun,3 tahun, dan ada juga yang diganti setiap tahun.

a) Keuntungan kontrasepsi implan:

- (1) Kontrasepsi yang efektif untuk jangka panjang
- (2) Tidak mengganggu pada waktu hubungan suami istri
- (3) Depresi dan meningkatkan gejala pra menstruasi.

Mereka juga tidak kram,sakit kepala dan nyeri pada payudara

b) Kerugian kontrasepsi implant:

- (1) Tidak mencegah penyakit HIV/AIDS
- (2) Tidak terjadi perdarahan diluar haid (Rahayu, 2017).

c) Cara kerja

- (1) Menekan ovulasi yang mencegah melepasnya sel telur (ovum) dari indung telur

- (2) Mengentalkan lender mulut rahim sehingga sel mani (sperma) tidak mudah masuk ke dalam rahim
- (3) Menipiskan endometrium, sehingga tidak siap untuk nidasi (Irianto.Koes, 2014).

d) Efek samping

- (1) Nyeri kepala
- (2) Peningkatan/penurunan berat badan
- (3) Nyeri payudara
- (4) Mual
- (5) Pusing kepala
- (6) Perubahan perasaa(*mood*) atau kegelisahan
- (7) Timbul jerawat
- (8) Vagina menjadi kering
- (9) Tidak memberikan efek protektif terhadap IMS termasuk AIDS (Marmi, 2016).

e) Indikasi

- (1) Usia produktif
- (2) Tidak memiliki anak ataupun belum punya anak
- (3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas yang tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- (4) Menyusui dan belum membutuhkan kontrasepsi
- (5) Pasca persalinan dan tidak menyusui

- (6) Pasca keguguran
- (7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi
- (8) Riwayat kehamilan ektopik
- (9) Tekanan darah <math><180/100\text{ mmHg}</math>, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit
- (10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
- (11) Sering lupa menggunakan pil (Marmi,2016).

f) Kontraindikasi

- (1) Hamil dan atau dicurigai adanya kehamilan
 - (2) Perdarahan abnormal dari uterus yang belum diketahui diagnosisnya
 - (3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - (4) Diabetes mellitus/penyakit endokrin lainnya
 - (5) Psikosis,neurosis
 - (6) Ada riwayat mola hidatidosa
 - (7) Varises berat
 - (8) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
 - (9) Mioma uterus dan kanker payudara
 - (10) Gangguan toleransi glukosa
 - (11) Penyakit jantung dan hipertensi (kardiovaskuler)
- (Marmi, 2016).

g) Cara pemasangan implant

(1) Meminta klien untuk membersihkan seluruh lengan yang dipasang implant dengan sabun

(2) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih

(3) Atur alat dan bahan-bahan sehingga mudah dicapai.

Hitung kapsul untuk memastikan jumlahnya

(4) Gunakan sarung tangan dengan benar

(5) Suci hamakan daerah pemasangan \pm 3 jari di atas lipatan siku kanan untuk yang kidal, lipatan siku kiri untuk yang umum.

(6) Pasang duk berlubang steril atau DTT disekeliling lengan pasien

(7) Lakukan anestesi local menyeluruh di daerah yang akan dipasang implant dengan benar

(8) Menguji anestesi sebelum melakukan insisi pada kulit yang akan di pasang implant

(9) Dengan bisturi, lakukan sayatan hingga di bawah kulit selebar 1-2 cm

(10) Masukkan trocar dengan benar

(11) Masukkan kapsul implant di bawah kulit dengan benar. Mula-mula pasang yang tengah, lalu pasang yang lain seperti bentuk kipas.

- (12) Melakukan perabaan pada kapsul yang telah dipasang
- (13) Menekan tempat insisi untuk menghentikan perdarahan
- (14) Suci hamakan lagi, mendekatkan tepi luka, kemudian tutup dengan plaster
- (15) Memasang pembalut tekan dengan kasa steril
- (16) Beri petunjuk pada klien cara merawat luka. Balutan jangan dibuka dan jangan sampai basah selama 2 hari
- (17) Lakukan proses dekontaminasi
- (18) Melepas sarung tangan secara terbalik
- (19) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih
- (20) Buat rekam medic, lakukan pencatatan pada buku register/catatan akseptor
- (21) Observasi klien selama 5 menit sebelum mengijinkan klien pulang
- (22) Kontrol dilakukan jika ada keluhan (Marmi, 2016).

h) Cara pencabutan implant

- (1) Persilahkan klien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air mengalir, serta membilasnya
- (2) Persilahkan klien berbaring ke tempat tidur, dengan lengan disangga untuk memudahkan pencabutan.

- (3) Raba kapsul untuk menentukan posisi atau lokasi implant dengan palpasi
- (4) Kemudian beri tanda pada kedua ujung setiap kapsul dengan menggunakan spidol
- (5) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih. Kemudian pakai sarung tangan DTT atau steril
- (6) Lakukan tindakan aseptik dan antiseptic
- (7) Setelah memastikan klien tidak alergi obat anastesi, isi jarum suntik dengan 3 ml obat anastesi. Masukkan jarum tepat di bawah kulit pada tempat insisi akan dibuat. Kemudian, lakukan aspirasi memastikan jarum tidak masuk ke dalam pembuluh darah. Suntikkan sedikit anastesi untuk membuat gelembung kecil di bawah kulit. Masukkan jarum secara hati-hati di bawah ujung kapsul pertama sampai kurang lebih sepertiga panjang kapsul (1 cm), tarik jarum pelan-pelan sambil menyuntikkan obat anastesi (kira-kira 0.5 ml) untuk mengangkat ujung kapsul
- (8) Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi melintang yang kurang lebih 2-3 mm dengan menggunakan skapel. Jangan membuat insisi yang besar
- (9) Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar atau yang terdekat dengan tempat insisi

(10) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak pada luka insisi. Saat ujung kapsul tampak pada luka insisi, Masukkan klem lengkung dengan lengkungan jepitan mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan klem.

(11) Jepit kapsul yang telah terpapar dengan menggunakan klem kedua. Lepaskan klem pertama dan cabut kapsul secara pelan dan hati-hati dengan klem kedua. Kapsul akan mudah dicabut oleh karena jaringan ikat yang mengelilinginya tidak melekat pada silicon. Bila kapsul sulit dicabut, pisahkan secara hati-hati sisi jaringan ikat yang melekat pada kapsul dengan menggunakan kasa atau skapel

(12) Lakukan hal yang sama sampai semua implant (6 batang) dikeluarkan. Rapatkan luka, tutup dengan plaster, kasa steril dan balut dengan verban (Marmi, 2016).

4. Kontrasepsi Mantap

a. Kontrasepsi mantap

Suatu metode yang dilakuakn dengan cara mengikat atau memotong saluran telur pada perempuan dan sperma pada laki-laki (Nina dkk,2013).

1) Vasektomi

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin mempunyai anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi,2012).

a) Keuntungan dari vasektomi :

- (1) Efektif
- (2) Aman, morbiditas rendah dan hamper tidak ada mortilitas
- (3) Sederhana
- (4) Cepat hanya memerlukan waktu 5-10 menit
- (5) Menyenangkan bagi aseptor karena memerlukan anestesi saja
- (6) Biaya rendah
- (7) Sangat kultura, sangat dianjurkan bagi Negara-negara dimana wanita merasa malu-malu untuk ditangani oleh dokter pria

b) Kerugian:

- (1) Diperlukan tindakan koperatif
- (2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi
- (3) Kontap pria bel

(4) um memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada

(5) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual

c) Kontraindikasi

(1) Infeksi kulit local: scabies

(2) Infeksi traktus genetalia

(3) Kelainan skrotum dan lainnya

(4) Penyakit sistemik misalnya penyakit-penyakit perdarahan

(5) Riwayat perkawinan psikologis atau seksual yang tidak stabil.

d) Keefektivitas

Tidak langsung efektif, perlu menunggu sekitar 3 bulan (lebih kurang 20x ejakulasi) agar air mani bebas sperma (Maryunani, 2016).

a. Tubektomi

a) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan

apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012).

b) Mekanisme kerja

Menurut (Bari, Abdul Saifuddin, 2010) dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

c) Keuntungan kontrasepsi

- (1) Dapat mencegah kehamilan lebih dari 99%
- (2) Permanen dan efektif
- (3) Tidak ada efek samping jangka panjang dan tidak mengganggu hubungan seksual (Irianti, koas. 2014).

d) Kekurangan

- (1) Resiko dan efek samping pembedahan
- (2) Kadang-kadang merasa sedikit nyeri pada saat operasi
- (3) Infeksi mungkin saja terjadi, bila prosedur operasi tidak benar
- (4) Kesuburan sulit kembali (Marmi, 2016).

e) Indikasi

- (1) Umur lebih dari 26 tahun
- (2) Anak lebih dari 2 orang

- (3) Yakin telah memiliki keluarga dengan jumlah yang diinginkan
- (4) Ibu pascapersalinan dan pascakeguguran
- (5) Pasien paham dan setuju dengan prosedur KB tubektomi terutama pengetahuan pasangan tentang cara-cara konsepsi ini, resiko dan keuntungan kontrasepsi tubektomi dan pengetahuan tentang sifat permanennya kontrasepsi ini (Mulyani,N.S, 2013).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan kebidanan pada Kehamilan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a. Biodata

1) Nama Istri/Suami

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

2) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Winknjosastro, 2010).

3) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Diah, 2010).

4) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

5) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengatur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Eny, 2010).

6) Alamat

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

b. Keluhan Utama

Menurut (Varney,dkk, 2009), keluhan ringan-ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah.

Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

1) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.

2) Nokturia

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

3) Konstipasi

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

4) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

5) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesterone, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progsteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

6) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstermitas bagian bawah.

7) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

c. Riwayat kesehatan

1) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diserita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, anemia dan penyakit menular seksual (Marmi, 2011).

2) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

a) Gonorea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan kehamilan fluor albus dan dysuria (Sifuddin, 2010).

b) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2010).

c) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada saat kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2010).

d) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan abortus, persalinan

premature, pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010).

e) Asma

Pengaruh asma pada ibu dan janin akan sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan. Karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen (O₂) atau hipoksia.

Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan premature dan berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin) (Saifuddin, 2014).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Romauli, 2011).

e. Riwayat Kebidanan

Menurut Walyani, 2015 yaitu:

1) Menarche (Usia pertama datang haid)

Usia pertama haid bervariasi, antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim, dan keadaan umum.

2) Siklus

Siklus haid terhitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid biasanya adalah 28 hari.

3) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah +/- 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya

4) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid.

5) Disminorhea(Nyeri haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderitanya atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

6) Riwayat hamil sekarang

Menurut (Walyani, 2015) yaitu:

a) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi dilahirkan

b) TP (Tafsiran Persalinan)/ Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery*) yang disebut taksiran partus (*estimated date of delifery*) di beberapa tempat. EDD di tentukan dengan perhitungan Internasional menurut hukum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun. Contoh : jika HPHT adalah 10 januari dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari, diperoleh tanggal 17 Oktober. Jika HPHT 18 November, perhitungan akan mundur, yakni dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun sehingga EDD-nya 25 Agustus. Kadang-kadang perhitungan bergeser ke bulan berikutnya. Anggap saja HPHT adalah 26 September. Hitung mundur dengan mengurangi 3 bulan, maka diperoleh nulan juni tanggal 26. Sekarang tambahkan 7

hari dan 1 tahun, maka akan didapat 3 Juli (bulan Juni hanya 30 hari).

7) Imunisasi TT'

Tanyakan pada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT. Apabila belum, bidan bias memberikannya. Imunisasi tetanus toxoid diperlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan penyuntikan secara IM (intramuscular), dengan dosis 0,5 ml (Walyani, 2015).

f. Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan yang terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011).

g. Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat melahirkan *praterm* meningkatkan resiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *praterm* lagi. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Manuaba, 2010).

h. Riwayat nifas yang lalu'

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

i. Kehamilan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10T yaitu : timbang, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur LILA), tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), ukur tinggi fundus uteri, pemberian minimal TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, tatalaksana kasus, dan temu wicara dalam persiapan rujukan (Saifuddin, 2009)

j. Keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date Of Delivery* (EDD) dan arena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan:.

Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2010).

k. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Menurut (Saifuddin, 2014) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

c) Kalsium

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

d) Zat besi

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

e) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

2) Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011).

b) Buang Air Bersih (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011).

3) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2011).

4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2011). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (saifuddin, 2014).

5) Personal Hygiene

Menurut (Marmi, 2011) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi :

- a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Penggunaan Bra

yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara.

b) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

c) Perawatan gigi, hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hyperemesis gravidarum, hypersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi. Pemeriksaan gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi penyebab infeksi.

d) Pemeliharaan payudara

Mempersiapkan payudara untuk proses laktasi dapat dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu menggunakan perasat Hoffman.

e) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang selalu bersih, jangan berendam dan lain-lain.

6) Riwayat seksual

Menurut (Manuaba, 2010) Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau jika hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran ; persalinan sebelum waktunya ; mengalami kematian dalam kandungan ; sekitar dua minggu menjelang persalinan.

Menurut (Saifuddin, 2014), pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga punggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan.

7) Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO₂

meningkatkan resiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011).

b) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (*Fetal alcohol syndrome* [FASE]), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Saifuddin, 2014).

c) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Manuaba, 2010).

8) Dukungan situasional

Dukungan selama kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011).

9) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus

pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelaianan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011).

10) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

Trimester ketiga sering disebut dengan periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2011).

3 Data obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmetis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, scoliosis atau puncang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011). 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 2 tungkai (Saifuddin, 2014).

b. Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70 – 130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2011). Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolic, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklmsia eingan (Manuaba, 2010).

2) Nadi

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

3) Suhu

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

4) Pernafasan

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

c. Antropometri

1) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014).

2) Berat badan

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

Menurut Saifuddin (2010) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu:

Tabel 2.12
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

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

Sumber : (Saifuddin, 2010)

3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2017).

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

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

2) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda dan gejala adanya preeklamsia (Saifuddin, 2014).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan danya preeklamsia (Beaty, 2012).

4) Mulut

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

5) Gigi

Adanya *caries* atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Saifuddin, 2010).

6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

7) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita

primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011).

8) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cukup sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilicus. BSC (Bekas *Sectio Caesarea*) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetric yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser, 2009).

9) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan

memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis dan herpes (Marmi, 2011).

10) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatkan kadar hormone yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena diarea panggul.

Hemoroid dibagi menjadi 4 yaitu :

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

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar

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

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

11) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kafa inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014). Bila bawah bergerak

sedikit ketika tondon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Bila reflek patella negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

e. Pemeriksaan khusus

1) Palpasi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba dengan tujuan untuk mengetahui adanya kelainan mengetahui perkembangan janin (Romauli, 2011).

- a) Leopold I : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus
- b) Leopold II : Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.
- c) Leopold III : Untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi).
- d) Leopold IV : Untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul (Akhmad, 2016).

2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.13
Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber : Saifuddin, 2009

3) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Menurut (Jannah, 2012) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya :

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} = n) \times 155 = \dots\dots\dots \text{gram}$$

n : posisi kepala masih di atas spina ischiaadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

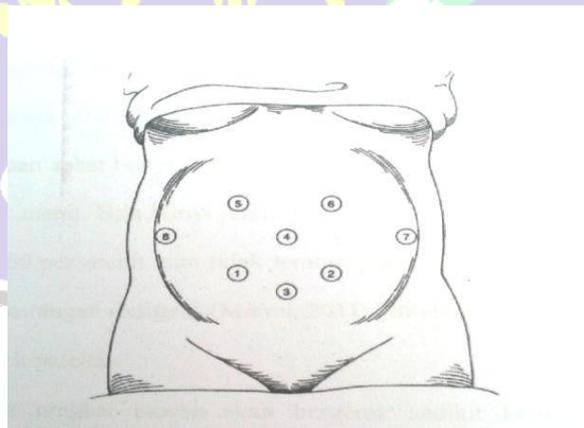
Tabel 2.14
Tafsiran Berat Janin Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia kehamilan	Berat badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2010

4) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011).



Gambar 2.7
Letak Punctum Maksimum setelah Minggu ke- 26 Gestasi Pada
Posisi Normal
Sumber : Wheeler.2009

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilicus berada pada angka 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang di tarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul (Wheeler, 2009).

Jika presentasi kepala DJJ terdengar disebelah kiri/kanan di bawah pusat. Jika sungsang DJJ terdengar disebelah kiri/kanan di atas pusat. Pada lintang terdengar setinggi pusat kanan/kiri.

Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- (1) (11-12-13) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
- (2) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

5) Pemeriksaan panggul

Menurut (Marmi, 2011) Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Bentuk-bentuk panggul wanita menurut Caldwell-Mokey ada empat bentuk panggul (pelvis) pada wanita

a) *Panggul Ginekoid*

Panggul yang paling ideal. Diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa bulat. Jenis ini ditemukan pada 45% wanita.

b) *Panggul android*

Bentuk pintu atas panggul hamper segitiga. Umumnya pada panggul pria. Panjang diameter transversa dekat dengan sacrum. Pada wanita ditemukan 15%.

c) *Panggul anthropoid*

Bentuk pintu atas panggul agak lonjong seperti telur. Panjang diameter anteroposterior lebih besar dari pada diameter transversa. Jenis ini ditemukan 35% pada wanita.

d) *Panggul platipeloid*

Panggul platipeloid merupakan panggul pincang. Diameter transversa lebih besar dari pada diameter anteroposterior, menyempit arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

(1) Pemeriksaan panggul luar

(a) *Distania spinarum*, jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).

(b) *Distania scinarum*, jarak antara crista iliaka kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm)

(c) *Conjugata eksterna* (Baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaka anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90) (Marmi, 2014).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu.

Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai

bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose),

linea innominate teraba sebagian, apina ischiadika tidak

teraba, *os. sacrum* mempunyai iklinasi ke belakang dan

sudut arkus pubis $> 90^\circ$.

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

1) *Haemoglobin*

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

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

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negative berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-*gamaglobulin* dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika tirasi menunjukkan peningkatan beberapa responden antibody, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser, 2009).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+-), kekeruhan

jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++) (Romauli. 2011).

c) Pemeriksaan reduksi

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

d) *Ultrasonografi*

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

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

e) Kartu Skor Pudji Rochyati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh Dokter (Kemenkes, 2014).

A. Diagnosis

Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia letak janin, apakah intrauterine, serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010).

B. Intervensi

Diagnosa : G...P...A...P...I...A...H... usia kehamilan ... minggu, janin hidup, tunggal untrauteri, panggul normal, dan keadaan umum baik.

Tujuan :

1. Ibu dapat mengetahui kesehatan diri dan bayinya, kehamilan dapat berlangsung normal dan dapat lahir pervaginam
2. Ibu merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas

Kriteria :

a. Kesejahteraan ibu

- 1) Keadaan umum ibu baik
- 2) Kesadaran composmentis
- 3) TTV ibu dalam batas normal
 - a) Tekanan darah 110/70-130-90 mmHg
 - b) Nadi : 68-90x/menit
 - c) Suhu : 36,5-37,5 °C
 - d) Pernafasan : 16-20x/menit

e) Berat badan : 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan normal selama hamil (IMT 19,8-26). Kenaikan berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (saifuddin, 2009).

f) TFU sesuai usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari atas pusat, 32 minggu pertengahan pusat-proseus xiphoideus, 36 minggu TFU 3 jari di bawah prosesus xiphoideus, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px).

g) Pemeriksaan laboratorium

(1) Hb \geq 11 gr

(2) Protein urine negatif

(3) Produksi urine negatif

Intervensi menurut (Varney, 2009) :

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur,

personah hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

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

- 4) 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.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

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

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

- 7) 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.

a) Masalah 1 : Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirah edema berkurang

Intervensi menurut Sulistyawati (2011)

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

- 5) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal longgarkan tekanan pada vena-vena panggul.

- b) Masalah 2 : Nokturia

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

Kriteria :

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

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

1. Jelaskan penyebab 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, the, *softdrink*.

R/Bahan diuretic akan menambah frekuensi berkemih

3. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi kemih.

4. Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- c) Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Hanni (2011) :

1. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

2. Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serta dalam diet

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

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar

d) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

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

Intervensi menurut (Sulistyawati, 2011) :

1. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

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

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

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

3. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan

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

4. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid

5. Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hanagat.

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.

e) Masalah 5 : Kram pada kaki

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

Kriteria :

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

Intervensi menurut (Varney,2009) :

- 1) Jelaskan penyebab kram kaki
R/Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidak seimbangan 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 bias relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

f) Masalah 6 : Sesak nafas

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

Kriteria :

- 1) Frekuensi pernafasan 16-24x/menit
- 2) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi Menurut (Saifuddin, 2010) :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi nyaman dengan bantal tinggi

R/Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur

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

4) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala.

R/Peregangan tulang meringankan penarikan nafas.

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

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya sehingga tidak cemas.

Kriteria :

- 1) Pusing berkurang
- 2) Kesadaran composmetis
- 3) Tidak terjadi jatuh, hilang keseimbangan.

Intervensi menurut (Varney, 2009) :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

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

- 2) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

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

R/Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

- 4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang

R/Sirkulasi O₂ ke otak lancar

- h) Masalah 8 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut (Prawirohardjo, 2009) :

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

R/menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan yang meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit ke depan kaki

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

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

- 3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

- 4) Gunakan sepatu tumit rendah

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

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

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

i) Masalah 9 : varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut (Sulistyawati, 2011).

1) Kenakan kaos kaki penyokong

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

2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

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

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

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

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

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

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

- 1) Tidak kembung
- 2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012).

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

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

2. Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering

R/Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

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

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

4. Hindari rokok, kopi, alkohol, dan coklat

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

5. Hindari berbaring setelah makan

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

6. Hindari minum selain air putih

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

7. Tidur dengan kaki ditegakkan

R/Memperlancar aliran darah *uteroplacental*.

Sehingga janin tidak mengalami *fetal distress*.

8. Berikan antasida

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

k) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : \

- 1) Ibu tampak tenang dan rileks
- 2) Ibu tampak tersenyum
- 3) Suami dan keluarga memberi dukungan.

Intervensi Menurut (Varney, 2008):

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

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

2. Anjurkan ibu mandi air hangat

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

3. Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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

C. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart kebidanan dalam (Sunarti, 2013), bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan KH :

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

8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standart
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

D. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu :
 - S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
 - P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a. Nama

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

b. Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani *secsio cesaria* (Fraser, 2009). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang

menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklampsia dan abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, *secsio cesaria*, kelahiran praterm, IUGR, anomoli kromosom dan kematian janin (Varney, 2008).

c. Keluhan utama

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

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

cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

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

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

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini :

a) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologis terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010). Menurut (Manuaba, 2012) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan klas II

b) Asma

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

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan pervaginam karena atonia uteri, kala empat dapat

terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012).

d) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Cooper,2009).

e) Diabetes mellitus

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

e. Riwayat kebidanan

1) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan resiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *praterm* lagi.

Resiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) beresiko kembali melahirkan bayi BKMK.

Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK.

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 terjadi penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2012).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

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

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam.

Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan

multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012).

3) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, laukpauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin di kandungannya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan nutrisi (Fathma, 2014).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga dianjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila itu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bias

mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

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

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg.

Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan – arah kembali tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg (Marmi, 2011).

b) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011).

c) Suhu

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011).

d) Pernafasan

Pernafasan normal 16-24 x/menit (Romauli, 2011). Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Dewi, 2016).

b. Pemeriksaan fisik

1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Saifuddin, 2014).

2) Mata

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

3) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi

berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, 2008).

4) Leher

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

5) Payudara

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

6) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu

dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney, 2008).

7) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012).

Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalana atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011).

8) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjastro, 2008).

9) Ekstermitas

Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeclampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney, 2008).

c. Pemeriksaan khusus

1) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Cooper, 2009).

2) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

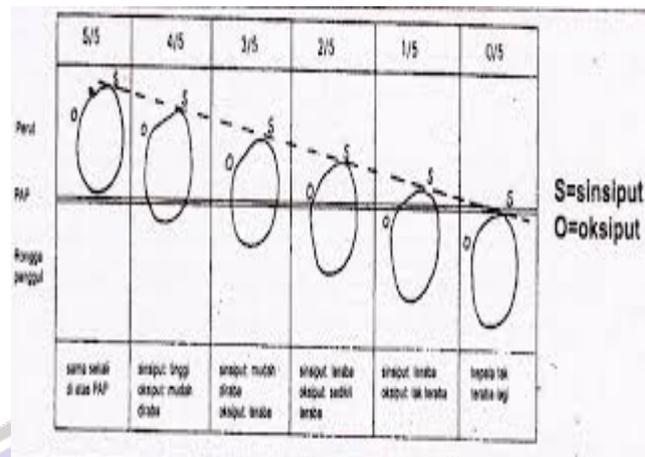
Rumusnya adalah sebagai berikut :

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

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

3) Penurunan bagian terbawah janin menurut

(Wiknjosastro, 2008) : penurunan kepala janin dilakuakn dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan 5 jari tanagn (perlimaanan)



Gambar 2.8

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlima-an
Sumber: www.google.co.id (diakses 20 September 2019)

4) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit dapat menunjukkan tanda-tanda gaway janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghitung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik kelima ke dalam satu menit adalah :

- (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal
- (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132x/menit, janin dalam keadaan asfiksia.

c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92x/menit, janin dalam keadaan asfiksia (Jannah, 2009).

5) HIS

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

Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut :

a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm) (Marmi, 2011). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjastro, 2008).

b) Kala II

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

c) Kala III

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

d) Kala IV

Persalinan kala empat di mulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011).

d. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam menurut Mochtar (2012), yaitu pembukaan serviks dalam cm atau jari; pendataran serviks (effacement) tipis atau tebal; bagian terbawah janin (kepala, bokong, serta posisinya); turunnya kepala menurut bidang hodge; ketuban sudah pecah atau belum; menonjol atau tidak; promontorium teraba atau tidak; linea inominata tidak teraba seluruhnya; sacrum cekung; spina ischiadika tidak menonjol; sudut arcus pubis cukup lebar. Pemeriksaan dalam dilakukan setelah selaput ketuban pecah, dan bila terdapat tanda gejala kala II untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap.

e. Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan itu dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukkan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antar tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm, jika kurang maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010).

f. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah

a) *Hemoglobin*

Nilai batas normal untuk anemia pada perempuan hamil di trimester pertama dan ketiga yaitu tidak kurang 11,0 g/dl, sedangkan di trimester kedua tidak kurang 10,5 d/dl (Saifuddin, 2011).

b) *Golongan darah*

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

atau trauma uterus, harus di beri anti gammaglobulin. Di dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibody, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser, 2009)

2) Pemeriksaan urin

Menurut (Cooper, 2009) urinalis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalis rutin antara lain :

- a) Ketika akibat pemecahan lemak untuk menyediakan, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

- b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

3) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yakni untuk menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multiple. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkap hamper seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Romauli, 2011).

4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar

DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

B. Diagnosis Kebidanan

1. Diagnosa : G...P...A... UK 37 – 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU baik dan ajnin baik, inpartu :
 - a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varmey, 2008)
 - b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/ deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinana (Wiknjosastro, 2008).
 - c. Kala III dengan kemungkinan masalah :
 - (1) Letih
 - (2) Infeksi
 - (3) Kram kaki atau tungkai (Varney, 2008)
2. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa krhamilan, KU baik
3. $P \geq 1$ kala IV persalinan, KU bayi dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut (Wiknjosastro, 2008) : antonia uteri, robekan vagina, pretenium atau serviks dan subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

C. Intervensi

G_≥1P₀> UK 37 – 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

1. KU baik, kesehatan Composmentis
2. TTV dalam batas normal
 T : 100/60-130/90 mmHg
 S : 36-37°C
 N : 80-100x/menit
 R : 16-24x/menit
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, dan gerak aktif
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit

8. Plasenta lahir spontan, lengkap
9. Perdarahan <500 cc

Tabel 2.15
Asuhan Persalinan Normal

Kala I	
1.	Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan meliputi kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin.
2.	Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan
3.	Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut.
4.	Observasi kemajuan persalinan ibu dengan lembar observasi dan partograf.
5.	Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang (Wiknjosastro, 2008).
6.	Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya (Wiknjosastro, 2008).
7.	Beri asupan nutrisi pada ibu dengan memberi ibu makan dan minum
8.	Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.
9.	Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, dan kelambu tempat persalinan.
10.	Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering

11.	Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu bila ada indikasi seperti ketuban pecah dan adanya tanda-tanda kala II (Wiknjastro, 2008).
12.	Gunakan teknik sentuhan fisik
13.	Beri asupan pada punggung maupun abdomen (Varney, 2008).
Kala II	
1.	Mengenali tanda dan gejala kala II <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran b. Ibu merasa adanya tekanan pada anus c. Perineum menonjol d. Vulva dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan
3.	Pakai celemek plastic
4.	Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5.	Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan periksa dalam
6.	Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
7.	Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

8.	Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.
9.	Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10.	Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit.
11.	Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
13.	Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15.	Persiapkan pertolongan kelahiran bayi
16.	Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

17.	Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
18.	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.
19.	Persiapkan pertolongan kelahiran.
20.	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan dan vernafas cepat dan dangkal.
21.	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiram bayi.
22.	Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.
23.	Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dal distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
24.	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
25.	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong,

	tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
26.	Lakukan penilaian bayi baru lahir
27.	Keringkan tubuh bayi
28.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
29.	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
30.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuscular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
31.	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
32.	Pemotongan dan pengikatan tali pusat
33.	Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.
34.	Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
Kala III	Penatalaksanaan aktif persalinan kala III
35.	Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

36.	Letakkan satu tangan dia atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
37.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas. Mengeluarkan plasenta
38.	Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
39.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan, jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
40.	Rangsangan taktil (massage uterus).
41.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus 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 plasenta ke dalam kantong plastic dan tempat khusus.
43.	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
Kala IV	Menilai perdarahan Melakukan prosedur pasca salin
44	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
45	Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam atau lakukan Insiasi Menyusui dini (IMD).
1.	Lakukan pemeriksaan fisik BBL
2.	Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic, profilaksis dan vitamin KI 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral.
3.	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
4.	Anjurkan ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai kontraksi
5.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
6.	Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua post partum.
7.	Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36°-37,5°C)

8.	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
9.	Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
10.	Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
11.	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
12.	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
13.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
14.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. Dokumentasi
15.	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

Kemungkinan masalah saat persalinan

1. Masalah dalam kala I

- a. Kecemasan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Kecemasan ibu berkurang terhadap proses persalinan

Kriteria : Ibu merasa tenang

Intervensi menurut (Marmi, 2009) :

- a) Hadirkan orang terdekat ibu

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

- b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

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

- c) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

- d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

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

- e) Pemberian kompres panas pada punggung

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

2. Masalah pada Kala II :

- a. Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- a) Nadi 76-100x/menit
- b) Urin jernih, produksi urine 30 cc/jam

Intervensi menurut (Yeyeh, 2009) :

- a) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

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

b. Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda-tanda vital

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

Intervensi menurut (saifuddin, 2011) :

- a) Baringkan miring ke kiri

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

b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 dan berikal RL aray NS 125 ml/jam.

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

c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan pelaksanaan kegawatdaruratan obstetric.

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

c. Kram tungkai menurut (Varney, 2008)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

a) Luruskan tungkai ibu inpartu

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

b) Atur posisi dorsofleksi

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

c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

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

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

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

- 1) Bayi menangis kuat
- 2) Bayi bergerak aktif

e. Intervensi menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan):

- 1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

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

2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

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

3) *Bouding attachment* dan lakukan IMD

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

4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intracranial.

5) Berikan salep mata

R/Salep mata sebagai profilaksis.

3. Masalah pada kala III :

1) Retensio plasenta

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidaka da sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

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

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan

2) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh.

Intervensi menurut (Varney, 2009):

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

4. Masalah pada kala IV

1) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

- a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
- b) Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2008):

(1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apabila uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang

(2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar ukuran 16/18 pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin

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

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

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

2) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

- a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik
- b) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

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

(2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif aatau derajat dua lakukan penjahitan

(3) Jila laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks :

- (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS

- (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keuar
- (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric.
- (d) Dampingi ibu ketempat rujukan

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/SK/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bida melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitative*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi.

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/SK/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bida melakukan evaluasi segera sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai denagn kondisi klien.

F. Dokumentasi

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 939/Menkes/SK/VIII/SK/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa ,mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau megarahkan pasien untuk berdoa (Kuswanti, 2014).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya,

sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Marmi, 2015).

5) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010).

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Kuswanti, 2014)

b. Keluhan utama

Menurut (Varney, 2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran Payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke – 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan pada payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi

atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c. Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010).

d. Riwayat Kesehatan

1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerpurium, peneluran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mamamae

2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2012).

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010).

4) Penyakit Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012) :

a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya

b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI. Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

e. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Cooper, 2009)

f. Riwayat Kebidanan

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lokhea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012).

2) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut Kb dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah maa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Kuswanti, 2014).

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu mempunyai harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Manuaba, 2014).

2) Eliminasi

Segera setelah pascapertum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodic. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami saluran kemih.

Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. 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, 2007). Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010)

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014),

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kasa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (saifuddin, 2014).

6) Seksual

Hal yang perlu dikaji yaitu :

a) Frekuensi : berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

b) Gangguan : Apakah mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan (Ambarwati, 2010).

h. Riwayat psikososial spiritual

Menurut (Marmi, 2015), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu :

1) Fase *taking in*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*

Phase kedua masa nifas adalah phase *taking hold* berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

3) Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu

sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dari bayinya sudah meningkat.

i. Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi keadaan ASI yang langsung mempengaruhi pembangunan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

j. Latar belakang sosial budaya

Menurut (Saifuddin, 2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain :

- 1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- 3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi

adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.

- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur terlentang selama 40 hari (Manuaba, 2012).
- 7) Kebiasaan membuang susu jolong
- 8) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Menurut (Sulistyawati, 2009) Mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria

1) Baik

Pasien di masukkan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Manuaba, 2011).

c. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kemabli secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varmey, 2008).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama peurperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2008).

3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbidity puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak diketemukansebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Ambarwati, 2010).

3) Pemeriksaan Fisik

a. Mata

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

b. Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

c. Payudara

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, 2014). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008).

d. Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2010).

Menurut (Varney, 2008), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat predisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat distasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Distasis adalah derajat pemisahan otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

a) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney, 2008). Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat

kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomy, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014).

b) Ekstermitas

Flamasi alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerpuralis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012).

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan

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

sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2012).

6) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut (Bahiyatun, 2009) yaitu :

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- b) Vitamin A 200.000 U agar bias memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya.

B. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : P...A...P...I...A...H..., post partum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney, 2008).

C. Intervensi

Diagnosa : P...A...P...I...A...H..., post partum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan

eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara.

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

1. Keadaan umum : kesadaran komposmentis (Manuaba, 2012).

2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3. Tanda-tanda vital :

T : 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C R : 16-24x/menit

4. Laktasi normal

Menurut (Marmi, 2015) Asi dibedakan menjadi 3 stadium :

a. Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket.

Mengandung tinggi protein, mineral garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

b. Asi transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c. Asi matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

1) Involusi uterus normal

Tabel 2.15
Involusi Uterus Normal Pada Ibu Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasebta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : (Manuaba, 2010)

2) Lochea normal

Lochea rubra (Kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012).

3) KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5°C

Intervensi menurut (Sofian, 2012) :

- (1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

- (2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

- (3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012).

- (4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012).

- (5) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

- 1) Masalah 1 : Eliminasi BAB sehubungan dengan cemas karena terdapat luka jahitan

a) Tujuan : Eliminasi terjadi secara normal dan lancar

b) Kriteria :

(1) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAB

(2) Tidak mengganggu aktivitas dan istirahat

(3) Ibu dapat BAB pada hari ke 2-3

(4) Ibu BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak

c) Intervensi menurut (Purwanti, 2012), yaitu :

(1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas.

R/Ibu mengetahui pentingnya eliminasi pada masa nifas.

(2) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih.

R/Makanan berserat dapat memperlancar BAB.

(3) Anjurkan ibu istirahat cukup

R/Dengan istirahat cukup obat-obatan dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan system pencernaan.

(4) Berikan laksatif bila konstipasi parah.

R/Laksatif dapat melunakkan feses sehingga feses bias keluar.

2) Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut (Purwanti, 2012), antara lain :

a) Observasi luka jahitan perineum

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

b) Anjurkan ibu tentang perawatan perineum yang benar

R/Ibu bias melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

3) Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut (Bahiyatun, 2009), antara lain :

(1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

(2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan bantal di bawah perut.

(3) Jika perlu berikan analgesik (paracetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

4) Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi.

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa pebuh dan tidak keras.

Intervensi menurut (Bahiyatun, 2009), antara lain :

(1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- (2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membantu payudara yang lain menjadi bengkak.

- (3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara saat menyusui.

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- (4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- (5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui.

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- (6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R/Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(7) Berikan terapi paracetamol/asetaminofen.

R/Terapi paracetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

D. Implementasi

1. Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan untuk memulihkan tenaganya
3. Menjelaskan pada ibu akibat kurang istirahat akan mengurangi produksi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
4. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum yaitu bersihkan dengan air bersih dan sabun, mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
6. Memberikan penjelasan tentang manfaat ASI yang mengandung bahan yang diperlukan oleh bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap untuk minum dan hemat biaya
7. Memberikan konseling tentang perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting

susu, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap kali menyusui

8. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak dan bergizi seperti lauk-pauk dan sayur-sayuran agar produksi air susu tetap banyak
9. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan ASI lancer (Marmi, 2010).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) dalam (Muslihatun, 2010), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatatn hasil ananamnesa

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa ,mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral thrush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012)

c. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2008).

d. Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor resiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernafasan. 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 (Walsh, 2012).

e. Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012).

f. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120

kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115/120 kkal/kg/BB/hari (Marmi, 2012).

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses peratama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Marmi, 2012). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2012).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam haripada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan

sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu . Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014).

5) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu hubungan. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2014).

Bayi menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012).

g. Psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011).

2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Wiknjosastro, 2009). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2010).

b. Tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36,5-36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, 2008). Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $(36,5-37,5^{\circ}\text{C})$ (Walsh, 2012). Suhu aksila $36,5-37^{\circ}\text{C}$ sedangkan suhu kulit $36^{\circ}\text{C}-36,5^{\circ}\text{C}$ (Cooper, 2009).

2) Pernafasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi.

Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal.

Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hamper bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Saifuddin, 2009). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit.

Rentang 30-60 kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen (Varney, 2008).

3) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 129-160 kali per menit (Marmi, 2014).

c. Antropometri

1) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014).

2) Panjang badan

Panjang badan bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi

baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney, 2008).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba

(2010) ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

- a) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- b) Diameter oksipito-frontalis : 11 cm
- c) Diameter mentop oksipitalis : 12 cm
- d) Diameter mentop oksipitalis : 13,5-15 cm
- e) Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

- a) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- c) Cirkumferensial fronto-oksipitalis : ± 34 cm
- d) Cirkumferensial mento oksipitalis : ± 35 cm
- e) Cirkumferensial suboksipito bregmatika : ± 32 cm

4) Lingkar dada 30-38 cm

5) Lingkar lengan 11-12 cm (Vivian, 2010).

6) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefat hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Per darahan sub aponeurotik atau fraktur yulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014).

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi

diintrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014).

c) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya secret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi *panoftalmia* dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014).

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014).

e) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (*skizis*), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007).

f) Telinga

Pemeriksa daalm hubungan letak denagn mata dan telapak (Saifuddin, 2012). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Cooper, 2009).

g) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomy 21 (Marmi, 2012).

h) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami *pneumotpraks*, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau intercostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, putting

susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014).

i) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (saifuddin, 2014). Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Cooper, 2009).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007). Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012).

j) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012). Abdomen harus tampak bulat dan

bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012).

k) Genetalia

(a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia.

(b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

1) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium *plug syndrome megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014).

m) Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra

dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polikdatili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstermitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lakukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012).

n) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser, 2009).

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis*

Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang

pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2010). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Cooper, 2009). Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012).

4) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (varney, 2008).

a) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012).

b) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Saat pipi disentuh, maka bayi akan menoleh ke arah sentuhan dan berusaha menemukan pusat sentuhan dengan mulut membuka (Indaryani, 2013).

c) Refleks menghisap (*Suckling reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjastro, 2008).

d) Refleks menelan (*Swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjastro, 2008).

e) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan oleh ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat (Marmi, 2012).

f) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepu tangan (Marmi, 2012).

g) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014).

h) Refleks *galanf's*

Cara mengukurnya dengan goreng punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak kea rah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008).

i) Refleks babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

j) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

k) Reflek melangkah (*Stepping reflex*)

Bayi akan menggerak gerakan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014).

l) Refleksi Merangkak (*Crawling reflex*)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012).

B. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : Neonatus Usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliarisis, muntah dan gumoh, oral thrush diaper rash (Marmi, 2012).

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ektrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

1. Keadaan umum baik

2. TTV normal :

S : 36,5-37,5°C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

3. Bayi menyusu kuat
4. Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah :

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/Tali pusat yang basah atau lembap dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008).

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, 2008).

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. 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.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

1. Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dl
- 2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernafasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi adalah :

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

2. Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

1) Suhu bayi 36,5-37,5°C

2) Tdak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2008).

Intervensi :

- 1) Kulit suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

- 2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3. Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl
- 2) Tidaka ada tanda-tanda icterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urin.

Intervensi :

- 1) Mengkaji faktor-faktor resiko

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.

2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal encephalopati bilirubin (kern iterus).

3) Berikan ASI sesegara 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 enterohepatic. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2008).

4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4. Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

- a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala

b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/Krim *hydrocortisone* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

5. Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/Bahan katun dapat menyerap keringat

5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel, dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

6. Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

- 1) Sendawakan bayi selesai menyusui
R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.
- 2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.
R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7. Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

- 1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.
R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.
- 2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.
R/Mematikan kuman dengan suhu tertentu.
- 3) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan putting susu sebelum menyusui
R/Mencegah timbulnya oral trush.

8. Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

1) Perhatikan daya tamping dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetali sampai anus bayi.

2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*

3) Berikan 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.

4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

C. Implementasi

1. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam incubator atau dekatkan disisi ibu
2. Merawat bayi dengan teknik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi
3. Melakukan dan mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dengan steril dengan kasa kering dan steril
4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar
 - a) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar
 - b) Putting sampai bagian areola payudara ibu masuk ke mulut bayi
 - c) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu
5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin
6. Melakukan perawatan sehari-hari
 - a) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAK/BAB
 - b) Memandikan bayi 2 kali sehari
 - c) Merawat tali pusat dengan kasa steril tanpa alkohol
7. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir
 - a) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
 - b) Nafas cepat lebih dari 60x/menit
 - c) Susah untuk dibangunkan atau lemah

- d) Sering merintih
- e) Suhu tubuh $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$ atau $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$
- f) Warna kulit kuning (trauma timbul dalam 24 jam pertama)
- g) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk
- h) Demam
- i) Mata bayi merah (trauma saat lahir).

D. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Marmi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segerab dicatat dan direkomendasikan kepada klien atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien

E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Marmi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan dalam

memberikan asuhan kebidanan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa ,mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.



2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

1. Data subyektif

a. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, nila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012).

4) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Manuaba, 2011).

5) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Glasier, 2008).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2013) adalah :

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- 2) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c. Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2013).
- 2) Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).

4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami.

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013).

d. Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implant dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali,

insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012).

Pada metode KB MAL, maka ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, trauma apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2012).

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012).

Pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2010).

IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi tersebut. Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015).

4) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kemih 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).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanti, 2015). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin).

Atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (saifuddin, 2010). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

b. Pemeriksaan antropometri

1) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartsnto, 2015).

c. Pemeriksaan fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progesterin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (saifuddin, 2010).

Akibat terjadi peradrahaan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010).

4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*sputing*) atau menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010).

6) Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan sebagai berikut :

a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

b) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- (1) Memastikan gerakan serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus
- (3) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- (4) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

B. Diagnosa kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia...tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorrhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.

C. Intervensi

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia...tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- b. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai
- c. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/Menyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan kepentingan).
R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan kontrasepsi tersebut.

- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

1. Masalah I : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bias beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien.

- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya.

- 3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2. Masalah 2 : Pusing

Tujuan : Setelah di berikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnose dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Anjurkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3. Masalah 3 : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spooting* berkurang

Intervensi menurut (Maritalia, 2012) adalah :

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spooting*.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

4. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut (Hartanto, 2015) :

- 1) Pastikan dantegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R.Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan

berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan).

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan anemia perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR (Nastyah, 2008).

D. Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi
2. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi :
 - a) Cara kerja kontrasepsi
 - b) Keefektifitas kontrasepsi
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - d) Kerugian kontrasepsi
 - e) Efek samping kontrasepsi
 - f) Jadwal kontrasepsi
3. Memberikan inform consent untuk di tanda tangani ibu

E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Affandi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan

untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien .

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien .
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Affandi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence blased* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatatn hasil anamnese

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa ,mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan.



