

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian

Kehamilan adalah masa dimana pertumbuhan dari perkembangan janin intrauteri mulai sejak konsepsi yaitu bersatunya sel telur (ovum) dan sperma konsepsi berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010:80).

Proses kehamilan berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena di hitung mualai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dan sel telur) yang terjadi duaminggu setelahnya. Kehamilan di bagi menjadi 3 trimester, yaitu dari trimester pertama di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester ke dua dari bulan ke 4-6 bulan, dan trimester ketiga dari bulan ke 7-9 bulan. (Saifuddin, 2014:213). Kehamilan sendiri merupakan proses fisiologis dan alamiah. Proses kehamilan merupakan satu kesatuan mata rantai di mulai dari proses konsepsi, nidasi, adaptasi ibu terhadap nidasi,

pemeliharaan kehamilan, perubahan dari hormone sebagai menyongsong terjadinya kelahiran bayi (Agustin, 2012:12).

B. Proses Kehamilan

Menurut Saifuddin (2014:139) untuk terjadinya sebuah kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum(konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

a. Spermatozoa

Merupakan jutaan spermatozoa di tumpahkan di vorniks vagina dan sekitarnya porsio pada waktu koitus. Spermatozoa menuju masa apa saja yang berbentuk telur yang di temuinya. Hanya beberapa ratus ribu spermatozoa dapat terus ke kavum uteri dan tuba, dan hanya beberapa ratus ribu yang dapat sampai ke bagian ampula tuba dimana bagian ampula tuba dapat memasuki ovum yang telah siap di buahi. Dari ratusan ribu hanya satu yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada spermatozoa peningkatan konsentrasi DNA dalam nucleus spermatozoa akan di lepaskan dari kepala, memicu pembelahan miosis akhir pada kromosom wanita. kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum karena di duga dapat melepaskan *hyaluronidase* (Saifuddin, 2014: 140).

b. Ovulasi

Ovulasi adalah suatu proses dimana pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormon yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti dari proses pematangan dan terjadinya ovulasi pengaruh hormon LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadilah pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Manuaba, 2010:55). Dengan gerak aktif tuba yang mempunyai umbai (fimbriae) maka ovum yang telah dilepaskan segera ditangkap oleh fimbriae tuba. Proses penangkapan yang disebut ovum pick up mechanism. Ovum yang tertangkap terus berjalan mengikuti sebuah tuba yang menuju ke uterus, sehingga dalam bentuk pematangan pertama, artinya telah siap untuk dibuahi (Manuaba, 2010:75).

c. Konsepsi

Fertilisasi yaitu sebagai pembuahan yang menyatukan ovum dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Untuk mencapai ke ovum. Spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler) yang merupakan dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi yang menutupi

dan mencegah ovum mengalami fertilisasi dari satu spermatozoa (Saifuddin, 2014: 140-141).

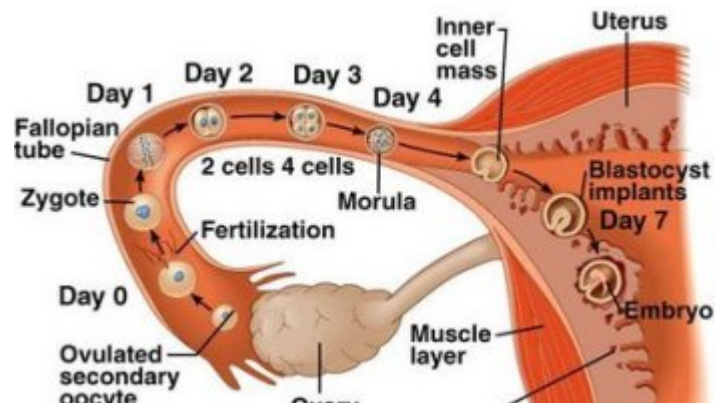
Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari di hitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPHT). Dari usia kehamilan 38 minggu, karena di hitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan sel telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Kamariyah.dkk, 2014:101).

Wanita yang mengalami ovulasi sehingga siap untuk di buahi, pada saat di lakukan coitus, sperma yang mengandung kurang lebih seratus sepuluh sampai dengan dua puluh juta sel sperma yang di pancarkan untuk naik ke dinding vagina sampai ke serviks dan melintas menuju ke tuba falopi maka di tempat inilah ovum di buahi (Walyani, 2015:73).

d. Implamentasi

Terjadi setelah hari ke 5-7 hari setelah terjadinya ovulasi, blastosit atau blastokista tiba di rahim dalam keadaan siap untuk ber implamentasi. Produksi dari progesterone yang sedang berada pada puncaknya. Progesterone merangsang pembuluh-pembuluh darah yang sarat oksigen dan perlu zat gizi untuk memeberi pasokan

pada endometrium supaya tubuh siap untuk menerima blastosit. Setelah blastosit masuk kedalam endometrium akan mengembang bebas sesuai usianya selama beberapa hari terus berkrmbang dan tumbuh. Sekitar 9 hari setelah pembuahan, blastosit tertanam di desidua, maka implant ini di sebut sebagai embrio. Blastosit yang kini terdiri dari berbagai sel-sel, mulai meletakkan ke dinding rahim dengan penjuluran yang serupa spons dari sel-sel trophoblast. Penjuluran itu kini meliang ke dalam endometrium. Sel-sel tersebut tumbuh dengan baik menjadi vilus koroniks, yang belakangan akan menjadi sebuah plasenta dan berkembang. Mereka mulai melepaskan enzim–enzim yang menembus dan memberikan sel sel darah yang kaya dengan gizi memberi makan blastosit. Balstosit perlu waktu untuk tertanam dengan kuat sekiat 13 hari (Pantikawati dkk, 2010:46).



Gambar 2.1
Implantasi dan Nidasi

Sumber : Witjaksono J. 2015

e. Pembentukan plasenta

Plasenta adalah proses dimana pembuahan struktur dan jenis plasenta. setelah nidasi embrio kedalam endometrium plasenta dimulai. Pada manusia plasenta terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca akan dimulai sebuah pembentukan vili korealis. Vili korealis akan berkembang menjadi suatu masa jaringan yaitu sebagai plasenta matur, dan sisinya akan atrofi dan menjadi membrane yang membatasi janin dengan uterus.(Saifuddin, 2014:145-146).

Dalam dua minggu pertama perkembangan hasil dari konsepsi trofoblas invasif telah melakukan penetrasi ke dalam pembuluh darah endometrium, yang terletak diantara hasil konsepsi dan dinding uterus di sebut sebagai desidua basalis. Disitu plasenta akan terbentuk. Darah ibu

dan darah janin akan di pisahkan oleh dinding pembuluh pembuluh darah janin dan lapisan korin. Maka plasenta ini di sebut sebagai plasenta jenis hemokorial. Terbentuklah sinus intertrofoblas yaitu ruang ruang yang berisi darah maternal dari pembuluh- pembuluh darah yang di hancurkan. Pertumbuhan ini akan berjalan terus, sehingga timbul ruang- ruang dari interviler dimana vili korialis yang seolah-olah terapung di antara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya sebagai plasenta (Saifuddin, 2014:146).

C. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Sejak konsepsi masa perkembangan konseptus terjadi sangat cepet yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas yaitu 16 blastomer), kemudian menjadi blastokista (terdapat cairan di tengah) yang mencapai ke uterus, kemudian sel-sel yang berkelompok, secara langsung berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke 7). Sampai minggu ke 10 hasil dari konsepsi akan menjadi sebuah janin yang kemudian akan bertumbuh kembang sesuai usiannya.

Embrio yang bermula dari lempeng embrional bisa disebut sebagai (embrional plate) kemudian menjadi 3 unsur lapisan yaitu menjadi ectodermal, mesodermal, dan etodermal. Ruang dari amnion akan menjadi tumbuh pesat mendesak

exsocoeloma sehingga dinding amnion mendekati korion. yang merupakan jembatan dari antara embrio dan dinding trofoblas yang kelak akan menjadi tali pusat pada janin (Kuswanti, 2014). Selanjutnya hasil dari konsepsi akan mengalami sebuah perembangan diantara lain yaitu :

a) Pertumbuhan dan perkembangan janin

1. Pada usia 4 minggu

Pada embrio, bagian dari tubuh yang muncul pertama ialah tulang belakang, otak dan saraf pada janin, jantung, sirkulasi darah, dan pencernaan muncul (Kuswant, 2014). Embrio berukuran sebesar 5 mm dan pada kantong gestasi berukuran sebesar 2-3 cm panjang janin mencapai 7,5-10 mm ciri khususnya rudimeter dari hidung, telinga dan mata (Saifuddin, 2014).

2. Usia 8 minggu

Perkembangannya embrio lebih cepat dan pada jantung mulai memompa darah (Kuswanti, 2014) panjang janin mencapai 2,5 cm yaitu ciri khasnya kepala fleksi ke dada, hidung, telinga dan jari terbentuk kemudian genetalia terbentuk, tulang mulai terbentuk (Saifuddin, 2014).

3. Usia 12 minggu

Embrion berubah menjadi sebuah janin. Denyut jantung janin dapat dilihat dari pemeriksaan ultrasonografi (USG), yang berbentuk manusia, Gerakan yang pertama di mulai tetapi belum terlalu di rasakan oleh ibu. Jenis kelamin sudah mulai dapat di lihat dan di tentukan, ginjal sudah memproduksi urine (kuswanti, 2014).

4. Usia 13-16 minggu

Ukurannya mencapai 15 cm, ini merupakan kehamilan awal pada trimester II. Telah mulai tumbuh lanugo, kulit janin masih transparan, janin mulai bergerak aktif, sudah mulai menhisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuknya mekoneum (feses) di dalam usus,. Jantung berdenyut cepat 120-150/ menit. System syaraf terkontrol, pembuluh darah berkembang dengan cepat, denyut jantung janin terdengar menggunakan dopler atau funandoskop. (Kuswanti, 2014).

5. Usia 17-24 minggu.

Komponen dari mata terbentuk penuh dan utuh, sidik jari juga telah terbentuk, seluruh tubuh janin di liputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin juga telah mempunyai reflek. Pada usia 20 minggu verniks telah melindungi tubuh janin, lanugo menutupi tubuh janin. Pada akhir minggu ke 20 berat janin sekarang mencapai 300 gr meningkat secara linier (Arma.dkk, 2015).

Pada usia 24 minggu kerangka janin berkembang dengan cepat, perkembangan pernafasan telah di mulai (Kuswanti, 2014).

6. Usia 25-28 minggu

Kehamilan pada saat ini yaitu permulaan pada trimester III, dimana terjadinya perkembangan otak yang begitu cepat, kemudian system saraf mengendalikan Gerakan dan fungsi tubuh. Kelangsungan pada periode saat ini sangat sulit bila lahir (Saifuddin, 2014). Pada usia 28 minggu janin bernafas, menelan, dan mengatur suhu tubuh, surfactant mulai terbentuk di paru-paru. Mata mulai di mainkan dengan membuka dan menutup. Pada akhir minggu ke 28, Panjang ubun-ubun bokong mencapai 25 cm dan berat janin mencapai 1.100 gr. Kulit tipis dan berwarna

merah, kemudian di tutupi oleh verniks kaseosa (lemak). (Arma dkk, 2015).

7. Usia 29-32 minggu

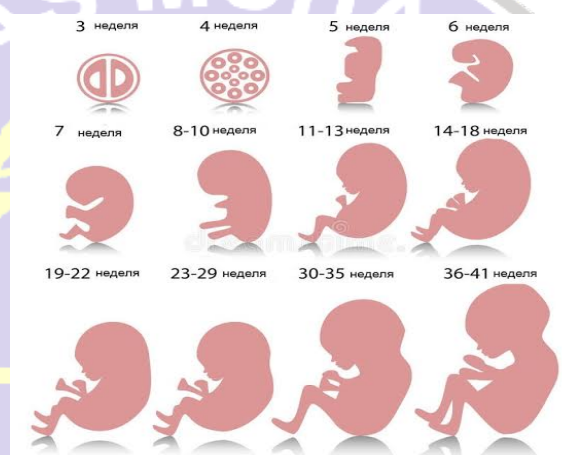
Pada kehamilan ini berat badan janin mencapai 1.700 gram, Panjang 42 cm, Pada periode 5-6 neonatus dapat bertahan hidup di luar kandungan. Gerakan pernafasan telah regular, suhu relative stabil. Pada usia 32 minggu lemak coklat berkembang di bawah kulit. Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Pada akhir minggu ke 32 gestasi, janin memiliki Panjang ubun- ubun bokong sudah mencapai 28 cm dan berat badan janin mencapai 1.800 gr pada permukaan kulit masih tipis, merah dan berkeriput (Arma dkk, 2015).

8. Usia 36 minggu

Berat badan mencapai 2500 gram dan Panjang badan mencapai 47 cm, gambaran dari kulit keriput sudah tidak ada. kemungkinan untuk hidup besar. Pada usia 36 minggu seluruh dari uterus terpenuhi pada janin sehingga tidak bisa bergerak dengan banyak, antibody dari ibu di salurkan kepada janin supaya kekebalan untuk 6 bulan pertama, sampai kekebalan pada janin bisa berkerja dengan sendiri (Kuswanti, 2014).

9. Usia 40 minggu

Berat badan mencapai 3.200-3.500 gram, Panjang badan sudah mencapai rata rata 50 cm. Diameter biparietal 9,5 cm di mana pada bayi akan memenuhi seluruh uterus. Air dari ketuban vmulai berkurang tetapi masih dalam batas normal pada kehamilan fisiologis (Saifuddin 2014).



Gambar 2.2
Proses Pertumbuhan Janin

Sumber : Witjaksono J, 2015.

D. Tanda-tanda Kehamilan

Ada beberapa tanda - tanda pada kehamilan yaitu:

1. Tanda tidak pasti kehamilan (*presumptive sign*)

Tanda tidak pasti pada kehamilan adalah merupakan dari perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu yang mengaku atau yang dirasakan pada wanita hamil.

Tanda yang tidak pasti pada ibu hamil yaitu:

a. Amenore (berhentinya menstruasi)

Gejala ini sangat penting karena pada umumnya wanita hamil tidak dapat haid tau berhenti haid. Lamanya amenore dapat di ketahui dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan dapat digunakan sebagai perkiraan usia pada kehamilan dan tafsiran persalinan. Dapat di ketahui juga amenore bisa di sebabkan karena adanya penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan faktor pada lingkungan, malnutrisi dan bisa juga di sebabkan karena gangguan psikologis.

b. Mula dan muntah

Bisa terjadi pada bulan bulan pertama kehamilan hingga pada akhir bulan pertama. Pengaruh ini bisa juga di sebabkan pengeluaran asam lambung sehingga bisa menimbulkan terjadinya mual muntah yang terjadi pada pagi hari, di sebut dengan (*morning sickness*).

c. Payudara tegang.

Esterogen yang meningkatkan perkembangan system ductus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi pada perkembangan

system alveolar pada payudara, Bersama somatomammotropin, hormone-hormon ini yang menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama pada kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

d. Mengidam (ingin makanan khusus)

Hal ini sering terjadi pada bulan bulan pertama pada kehamilan. Tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan sesuai usiannya.

e. Quickening

Quickening adalah persepsi gerakan janin pertama, yang biasanya di rasakan pada wanita hamil usia 18-20 minggu (Pantikawati dkk. 2010:75).

f. Kelelahan

Keadaan ini sering terjadi pada kehamilan trimester I, yang di sebabkan terjadinya penurunan kecepatan basal metabolisme pada tubuh. Sering bertambahnya usia kehamilan yang menyebabkan meningkatnya metabolisme hasil konsepsi.

g. Keluhan kencing

Frekuensi kencing bertambah karena seringnya buang air kecil pada malam hari. Disebabkan karena adanya desakan uterus yang membesar serta tarikan

oleh uterus ke kranial. Pada triwulan kedua keluhan ini pada umumnya akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul disebabkan janin mulai masuk ke rongga panggul kemudian menekan kandung kemih.

h. Pigmentasi kulit

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

- 1) Pada sekitar daerah pipi: cloasma gravidarum yang terjadi penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher.
- 2) Sekitar leher : yang tampak lebih hitam.
- 3) Dinding perut striae livide atau striae nigra. Linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea atau nigra).
- 4) Pada sekitar payudara hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk dan pigmentasi areola ini yang berbeda pada tiap wanita. Ada

yang merah muda pada pada wanita putih pada coklat tua, dan hitam pada kulit yang hitam.

i. Epulis

Hipertropi papilla ginggiva/gusi , yang sering terjadi pada triwulan pertama.

j. Pada varises atau penampakan pembuluh darah vena.

Pengaruh esterogen dan progesterone yang menyebabkan pelebaran pembuluh darah yang terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di selakangan atau genetalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Pada penampakan pembekuan darah ini dapat di bilang setelah persalinan.

k. Pingsan

Terjadinya gangguan pada sirkulasi ke daerah kepala atau sentral yang menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan. hal ini karena sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, yang biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

1. Konstipasi

Terjadi karena adanya efek relaksasi progesterone, bisa juga di sebabkan karena pola makan (Pantikawati, 2010:75).

2. Tanda kemungkinan

Tanda-tanda tidak pasti atau tanda terduga hamil adalah perubahan anatomi dan fisiologis selain tanda-tanda persumtif yang dapat di deteksi atau dapat di kenali oleh pemeriksa (Prawirohardjo, 2011).

- a) Rahim akan mengalami pembesaran sesuai dengan usia kehamilan (Kumalasari, 2015).
- b) Tanda chadwick adalah perubahan warna yang menjadi kebiruan atau keunguan vulva, vagina dan serviks.
- c) Tanda goodell adalah perubahan konsistensi atau yang dianalogikan dengan konsistensi. Serviks di bandingkan dengan konsistensi kenyal atau yang di analogikan dengan ujung hidung, pada saat tidak hamil.
- d) Tanda hegar adalah pelunakan dan komresipilitas ismus serviks sehingga pada ujungnya jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan (Prawirohardjo, 2014).

- e) Tanda piskacek adalah pembesaran uterus yang terjadi secara tidak simetris, pembesaran asimetris dan penonjolan salah satu kornu dapat di kenal dengan melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan 8-10 minggu (Prawiroharjo, 2014).
- f) Montraksi Braxton hicks adalah kontraksi yang bersifat non-ritmik, sporadic, tanpa di sertai adanya rasa nyeri, yang mulai timbul sejak masa kehamilan 6 minggu tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik (Prawiroharjo, 2014).
- g) Fenomenal bandul adalah adanya ballottement kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban, atau pada volume relative lebih besar yang di bandingkan tubuh janin, di kavum uteri (Prawirohardjo, 2014).
- h) Pemeriksaan tes biologis pada kehamilan positif, yang akan tetapi sebagian kemungkinan palsu. (Kumalasari, 2015).

3. Tanda pasti kehamilan

Tanda-tanda kehamilan dapat di tentukan dengan melalui.

1) Gerakan janin dalam rahim

yang terjadi adanya gerakan janin ini harus diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin dapat di rasakan pada usia kehamilan 20 minggu.

2) Denyut jantung janin (DJJ)

Denyut Jantung Janin (DJJ) dapat di dengar dengan stetoskop line pada minggu 17-18. Dengan doppler, denyut jantung janin dapat di dengarkan lebih awal lagi sekitar minggu ke 12. Pemeriksaan selanjutnya dengan mengidentifikasi bunyi yang lain pada janin seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

3) Palpasi

Keadaan janin biasanya jelas setelah minggu ke 22, Gerakan pada janin dapat dirasakan dengan jelas pada minggu ke 24 bagian- bagian janin dapat dilihat lebih jelas dengan menggunakan USG (Ultrasonografi).

4) Tekanan darah

Penurunan tahanan (vaskuler perier) pada masa kehamilan terutama yang di sebabkan karena otot

polos sebagai sebab pengaruhnya hormone esterogen. yang mengakibatkan penurunan tekanan darah pada usia kehamilan pertama. Ada sedikit penurunan pada sistolik (5-10 mmHg) dan diastolic (7-15 mmHg). Tekanan darah akan sedikit demi sedikit ke tahap naik ke level seperti pada saat sebelum hamil pada saat usia kehamilan lanjut (aterm). Peningkatan volume darah bersamaan dengan dispense dari vena dan penambahan tekanan mekanik dari pembesaran uterus hal ini dapat menyebabkan edema pada kaki, vulva, dan anal. Hal ini temukan pada trimester III (Vivian,nanny, 2011:97).

5) Kerangka janin

Kerangka janin dapat di lihat melalui USG.

6) Berat badan

Sebagian besar wanita hamil akan bertambah berat badannya yang berasal dari uterus dan isinya. Kemudian dari payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Pada kehamilan di perkirakan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Dengan adanya kehamilan maka seluruh system genetalia wanita akan mengalami sebuah perubahan yang fisiologis pada masa hamil, sehingga dapat menunjang perkembangan dari janin. Dalam perkembangan plasenta mengeluarkan hormone somatomammotropin, esterogen, dan progesterone yang menyebabkan perubahan-perubahan bagian tubuh pada masa kehamilan yaitu sebagai berikut:

1) Uterus

Uterus akan bertambah besar sesuai usia kehamilan yang di pengaruhi oleh hormone progesterone yang kadarnya meningkat. pada kehamilan 8 minggu kehamilan sebesar telur bebek, pada kehamilan 12 minggu janin sebesar telur angsa, pada kehamilan 16 minggu janin sebesar kepala orang dewasa dan di isi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua parietalis telah menjadi satu, tinggi rahim mencapai setengah jari simpisis dan puasat. Pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri 25 cm pada 32 minggu 27 cm, pada 36 minggu 30 cm. pada kehamilan 40 minggu TFU turun kembali dan terletak 3 jari di bawah *prosesus xyfoidus*, pada posisi rahim pada kehamilan: awal kehamilan ante atau retrifleksi, pada akhir bulan yang ke dua uterus teraba 1-2 jari di atas shimpisis

pubis keluar dari rongga panggul : akhir 36 minggu 3 jari di bawah *prosesus xipidieus*, uterus yang hamil sering berkontraksi tanpa adanya nyeri juga kalau di sentuh pada waktu pemeriksaan atau dengan melakukan palpasi, konsistensi lunak kembali, kontraksi ini di sebut dengan kontraksi *braxton hichs* yang merupakan kehamilan mungkin dan untuk menemukan anak dalam kandungan atau tidak : kontraksi sampai akhir kehamilan menjadi his (Prawirohardjo, 2010). Perubahan isthmus uteri pada rahim menyebabkan, isthmus menjadi lebih Panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling menyentuh. Perlunakan isthmus tersebut merupakan tanda hegar. Hubungan antara tanda besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk di ketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti kehamilan kembar, hamil molahidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri

22-28 mg	24-25 cm di atas simfisis
28 mg	26,7 cm di atas simfisis
30 mg	29,5-30 cm di atas simfisis
32 mg	29,5-30 cm di atas simfisis
34 mg	31 cm di atas simfisis
36 mg	32 cm di atas simfisis
38 mg	33 cm di atas simfisis
40 mg	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Mochtar, 2011

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uterus
12 minggu	3 jari di atas simfisis
16 minggu	½ simfisis-pusat
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat
34 minggu	½ pusat-prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xifoideus

Sumber : MC. Donald

- a) Pada usia kehamilan 20 minggu fundus Rahim terletak 2 jari di bawah pusat sedangkan pada usia 24 minggu tepat di tepi pusat.
- b) pada kehamilan 28 minggu setinggi fundus uterus mencapai 25 cm pada minggu 32 TFU mencapai 27 cm, pada kehamilan.

c) pada kehamilan 36 minggu mencapai 30 cm, TFU sekitar satu jari bawah PX (prosesus xifoideus) dan kepala bayi belum masuk PAP (pintu atas panggul).

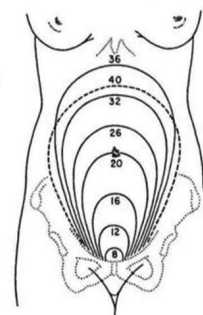
d) pada kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri turun terletak 3 jari di bawah prosesus xyfoideus. oleh karena itu kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

Pertumbuhan rahim ternyata di sama ke semua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang tepat di daerah implantasi plasenta, sehingga ke adaan Rahim bentuknya tidak sama. Bentuk rahim yang tidak sama di sebut dengan *piskaseck*. Perubahan konsentrasi hormonal yang di sebabkan oleh Rahim, yaitu dari hormone esterogen dan progesterone menyebabkan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi Rahim yang di sebut dengan Braxton hicks. Kontraksi *braxton hicks* akan berlanjut menjadi kontraksi untuk persalinan. Bersamaan dengan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Disertai dengan besarnya aliran darah menuju rahim dari ateri urterina dan arteri ovarika. Dengan meningkatnya pembuluh darah menuju rahim mempengaruhi serviks yang akan mengalami perlunakan. Serviks hanya memiliki 10% jaringan

pada otot. Pada saat terjadinya persalinan, terjadi pembukaan serviks secara pasif, karena kuatnya dari kontraksi otot rahim. Segera setelah terjadinya persalinan, serviks sedikit mempunyai otot, akan terjadi sebuah pelipatan dan pengecilan secara pasif, serviks yang sedikit mempunyai otot, akan tetapi tetap terbuka, tanpa mekanisme dari sfingter, sehingga memberikan kesempatan untuk pengeluaran pada lochea. Yang terjadi pada pemeriksaan postpartum (Manuaba, Ida Bagus Gede Fajar, 2010:85-91).

**Gambaran Tinggi Fundus Uteri (TFU)
Dikonversikan dengan Usia Kehamilan (UK)**

- Sebelum minggu 11 fundus belum teraba dari luar.
- Minggu 12, 1-2 jari diatas symphysis.
- Minggu 16, pertengahan antara sym-pst
- Minggu 20, tiga jari dibawah pusat
- Minggu 24, setinggi pusat
- minggu 28, tiga jari diatas pusat
- Minggu 32, pertengahan proc xymphoideus – pusat
- Minggu 36, tiga jari dibawah proc.xyphoideus
- Minggu 40 pertengahan antara proc xyphoideus-pusat.



Gambar 2.3
Tinggi Fundus Uteri

(Sumber : Sarwono, 2010)

2) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pada pembuluh darah karena di pengaruhi oleh esterogen sehingga terlihat

berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks) pada trimester III biasanya terjadi peningkatan rabas vagina, peningkatan cairan vagina selama masa kehamilan adalah normal. Cairannya biasanya berwarna jernih. Pada awal masa kehamilan, cairan ini biasanya sedikit kental, pada saat akan mendekati persalinan cairan akan berubah menjadi lebih cair.(Hutahean, 2012:40).

3) Ovarium

Proses ovulasi selama masa kehamilan akan berhenti dan proses pematangan folikel juga akan tertunda. Folikel ini akan berfungsi maksimal pada 6-7 minggu pada awal masa kehamilan. Setelah itu akan berperan sebagai penghasil dari progesterone dalam jumlah relative minimal. Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan menurun menjadi terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini dapat terlepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone korionik gonadotropin yang mirip dengan hormone *luteotropic hipofisis anterior* (Saifuddin, 2010:92).

4) Payudara

Payudara penuh, peningkatan dari sensitivitas, rasa geli berat pada payudara mulai sejak minggu ke 6 gestasi.

Payudara mengalami peryumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pada saat pemberian ASI pada saat laktasi. Putting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk skunder berwarna merah muda, putting susu menjadi lebih erektile. Selain trimester II dan trimester ke III pertumbuhan dari kelenjar mammae membuat sebuah ukuran pada payudara meningkat secara progresif. Meskipun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa pertengahan kehamilan, perkembangan payudara tidak dapat di lepaskan dari pengaruh hormone esterogen dan progesterone dan sumatomamotrofin.

1) Esterogen sendiri berfungsi:

- a) Menimbulkan hipertofit system saluran payudara.
- b) Dapat menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.
- c) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam yang menyebabkan rasa sakit pada payudara.

2) Progesterone yang berfungsi:

- a) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi dengan baik.
- b) Meningkatkan jumlah sel asinus.

- 3) Somatomamotrofin yang berfungsi sebagai:
- a) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, lactalbumin, dan laktoglobulin.
 - b) Pada penimbunan lemak di sekitar alveolus payudara.
 - c) Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan.

(Manuaba. 2010: 92).

4) Dinding perut

Terjadi karena adanya pembesaran pada Rahim yang menimbulkan peregangan dan menyebabkan sebuah robekan serabut elastis di bawah kulit, sehingga timbul striae gravidarum.

5) Sistem pernafasan

Pada wanita hamil biasa mengeluh tentang pernafasannya yang sesak. Pada hal ini di sebabkan oleh usus yang tertekan oleh diafragma akibat adanya pembesaran pada rahim. Karena kapasitas vital pada paru meningkat sedikit selama hamil. Sebagai kompensasi yang menyebabkan terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya. Lebih menonjol adalah pernafasan pada dada (*thoracic breathing*).

6) System perkemihan

Pada masa awal-awal kehamilan, kandung kemih tertekan sehingga timbul rasa buang air kecil, keadaan ini akan hilang dengan tuanya masa kehamilan jika uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Fungsi ginjal berubah karena adanya hormone kehamilan, peningkatan dari volume darah, postur wanita, aktivitas dan fisik serta asupan makanan. Sejak minggu ke 10 gestasi. Ginjal pada kehamilan sedikit lebih besar, lebih Panjang dan volume meningkat. (Kuswanti, 2014:90).

7) Kulit

Pada daerah kulit biasanya sering terjadi *hiperpigmentasi*.

F. Perubahan psikologi pada kehamilan

a) Trimester pertama

Pada trimester pertama yaitu merupakan suatu periode penyesuaian, yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Penerimaan ini terhadap kenyataan ini dan arti dari semua ini adalah bagi dirinya merupakan tugas dari psikologi yang paling penting adalah trimester pertama pada kehamilan.

b) Trimester ke dua

Pada usia kehamilan 16-28 minggu ibu dapat merasakan gerakan janinnya. Ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan ketidaknyamanan seperti yang dirasakan pada trimester pertama, pada trimester kedua relative lebih bebas dari ketidaknyamanan fisik, ukuran perut belum menjadi suatu masalah, lubrikasi vagina lebih banyak dan hal yang menyebabkan kebingungan sudah surut atau berkurang, dia telah berganti dari mencari perhatian ibunya menjadi dan mencari perhatian pasangannya. Semua ini berperan untuk meningkatnya libido dan kepuasan seks.

c) Trimester ke tiga

Sering di sebut periode penantianpenuh dengan kewaspadaan. Ibu akan mulai lebih menyadari kehadiran bayi sebagai anggota baru. Ssehingga ibu tidak sadar menanti kehadiran sang bua hati yaitu bayinya. Pada trimester ini merupakan waktu persiapan yang aktif dari menantikan kelahiran bayinya. Dari sejumlah ketakutan muncul pada trimester III yaitu lebih merasa cemas dan takut akan kelahiran bayinya.

Menurut Romauli (2011:90). Perubahan psikologis pada ibu hamil pada trimester III adalah sebagai berikut:

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali pada trimester III, dirinya merasa jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2) Merasa lebih tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir pada waktunya.
- 3) Ibu merasa takut dan bahaya pada fisik yang akan terjadi pada masa persalinan
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan bayi keadaan tidak normal, yang menimbulkan perhatian dan kecemasan pada ibu.
- 5) Merasa lebih sedih karena terpisah dengan bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan yang lebih sensitive
- 8) Libido menurun

G. Kebutuhan Kesehatan Ibu Hamil

Makanan diet pada ibu hamil wanita yang menyusui dan mengurus bayinya harus mendapat perhatian lebih pada keluarga dan suami akan susunan dietnya. Terutama mengenali dari jumlah kalorinya, protein untuk pertumbuhan jani dan kesehatan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia dan perdarahan pada persalinan. Abortus, partus premature. Pasca persalinan, sepsis puerperalis. Sedangkan makanan yang berlebihan, dapat mengakibatkan komplikasi seperti gemuk, pre-klamsi, janin besar.

Zat-zat yang di butuhkan yaitu: protein, karbohidrat, zat lemak, mineral atau garam.: terutama kalsium, fosfor dan zat besi (fe) vitamin dan air. Semua zat tersebut merupakan makanan yang kita olah sehari-hari dan pengibatan tambahan yang di berikan bila ada kekurangannya. yang penting di perhatikan yaitu:

- 1) Cara mengatur menu makanan
- 2) Cara pengolahan menu makanan

Menu di susun menurut petunjuk dari 4 sehat 5 sempurna yang dapat di ketahui dari makanan yang harganya belum tentu tinggi pada nilai gizinya. Pada sebaliknya banyak dari bahan makanan yang murah harganya, namun memiliki gizi yang baik dan lebih tinggi. Sebagai bahan makanan seperti sayur-sayuran dan buah-buahan yang berwarna. Karena nilai gizinya lebih tinggi . makanan yang di perlukan pada kehamilan pada pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada dan kenaikan pada metabolisme. anak aterm lebih memerlukan: 400 gr protei, 220 gr lemak. 80 gr karbohidrat, 40 gr mineral. Uterus dan plasenta memerlukan dari masing-masing 500 gr dan 55 gr protein, kebutuhan total pada protein 950 gr, kalsium 30 gr, fe 0,8 gr, dan asam folik 300 per hari. Pada pengawasan yang dilakukan untuk melihat kenaikan gizi pada ibu hamil dan pertumbuhan pada janin dapat diukur melalui kenaikan berat badan pada ibunya. Kenaikan berat badan rata-rata 6,5-16 kg (10-12 kg).

Kenaikan pada berat badan yang berlebihan atau obesitas atau berat badan turun setelah kehamilan trimester II, harus menjadi kewaspadaan.

1) Obat- obatan

Pada prinsip: sebisa mungkin lebih dihindari untuk pemakaian obat-obatan selama kehamilan trimester I. perlu di kaji apakah manfaat dari pemberian obat lebih besar yang di bandingkan bahayanya pada janin.

2) Lingkungan

Pada saat ini lingkungan lebih bahaya seperti polusi udara, air, dan makanan terhadap ibu dan anak mulai di selidiki seperti asap rokok.

3) Merokok

Lebih jelas bahwa ibu hamil dan janin rentang terhadap asap rokok, karena bisa menimbulkan berat badan pada bayi lebih kecil. Sebab itu wanita hamil dilarang untuk merokok.

4) Kerja

Boleh berkerja tetapi seperti biasa tidak terlalu capek, istirahat cukup dan makan lebih teratur. Pemeriksaan hamil yang lebih teratur pada bidan tenaga medis lainnya

5) Pakaian

- a. Pakaian harus lebih longgar, bersih tidak ada ikatan yang ketat
- b. Anjurkan memakai BH yang menyokong payudara
- c. Anjurkan menggunakan pakaian dalam yang bersih.

6) Koitus

Koitus tidak di halangi kecuali:

- a. Ada riwayat sering mengalami abortus.
- b. Terdapat perdarahan pervaginam.
- c. Pada minggu terakhir pada kehamilan harus lebih berhati-hati.

H. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Kebutuhan yang perlu di ketahui dengan tahap perkembangan adalah:

1. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen pada manusia sama yaitu memerlukan udara yang bersih, aman tidak terkena polusi udara, tidak berbau. Pada prinsip ini hindari ruangan atau tempat yang penuh polusi udara contoh memanfaatkan ruangan untuk merokok. (Pantikawati dan Sarwono, 2010).

2. Nutrisi

Nutrisi sangat di butuh pada ibu hamil bersangkutan langsung dengan pertumbuhan dan perkembangan pada

janin dan menjaga kesehatan pada ibu hamil. Kebutuhan gizi pada ibu hamil :

- a. Pada kehamilan TM I (minggu 1-2) kebutuhan gizi masih seperti biasa.
- b. Pada kehamilan TM II (minggu 13-28) dimana pada saat ini pertumbuhan janin lebih memerlukan kalori kurang lebih 285 dan protein lebih tinggi dan biasanya menjadi 1,5 g/kg berat badan.
- c. Pada kehamilan TM III (minggu 27-lahir) kalori sama dengan TM II 2kg/ Berat badan. Ibu yang cukup makanannya bisa mencapai kenaikan pada berat badan yang cukup baik.

3. Personal hygiene

A. Kebersihan pada gigi

Gosok gigi secara teratur sehabis makan dan akan tidur, berkumur setelah minum atau makan

- a) Memeriksa gigi secara rutin ke dokter
- b) Tambal gigi rutin ke dokter
- c) Mengobati gigi apabila mengalami infeksi

B. Mandi

- a) Mandi secara teratur dan pastikan tempat tidak licin

- b) Gunakan sabun yang tidak mengandung alcohol atau merkuri
- c) Tidak mandi dengan air panas.

Pada kebersihan ibu hamil lebih di jaga karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat.

C. Eliminasi

- a) Sering BAK pada perubahan fisiologis yaitu terjadi pembesaran uterus kemudian terjadi tekanan kandung kemih kemudian timbul rasa ingin berkemih meskipun berisi sedikit urin pada TM I dan TM II.
- b) BAB sembelit (konstipasi) karena pengaruh dari hormone progesterone terjadi penurunan motilitas lambung dan usus kemudian desakan usus oleh pembesaran janin dapat menyebabkan bertambahnya konstipasi.

Tindakan pencegahan yang dilakukan untuk pencegahan terjadinya konstipasi yaitu bisa mengkonsumsi makanan yang mengandung kaya serat dan banyak mengkonsumsi air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Kemudian bisa juga dilakukan minum

air hangat ketika perut dalam keadaan kosong kemudian bisa merangsang gerak peristaltic usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan segeralah buang air besar. Jika sering mengalami buang air kecil merupakan keluhan utama pada ibu hamil, terutama pada TM I, dan TM III hal tersebut merupakan hal yang fisiologis. Pada TM tiga bisa di akibatkan karena pembesaran janin sehingga membuat desakan pada kantong kemih. (Sulistyawati, 2012).

D. Seksual

Pada kehamilan TM I menurun pada trimester pertama karena seksual perlu di hindari pada trimester pertama ini bagi ibu hamil yang mempunyai riwayat abortus, premature, perdarahan, pervaginam dan infeksi. Pada TM II lebih aman pada TM III menurun karenan harus berhati-hati keinginan seksual sudah berkurang karena berat perut yang semakin besar. Bila ketuban sudah pecah maka coitus dilarang. (Romaulli, 2011).

E. Istirahat

Pada wanita hamil perlu istirahat yang cukup tidur malam sekitar 8 jam istirahat tidur siang 1 jam, mandi menggunakan air hangat sebelum tidur. Posisi miring ke kiri dengan kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut.

F. Kebersihan pada tubuh

Kebersihan pada ibu hamil sangat penting karena keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembapan pada kulit dan memungkinkan terjadinya tempat perkembangan mikroorganisme. Jika tidak di bersihkan.

G. Imunisasi

Imunisasi TT, Sebelum nikah TT capeng 2x dalam masa kehamilan dengan selang waktu 1 bulan biasanya di berikan usia 20mgg. Ibu hamil dengan TT I diharapkan mendapatkan TT 2 apabila memungkinkan bjuga di berikan TT 3 dengan interval 6 bulan. Bagi ibu yang hamil status T2 maka bisa dilakukan 1kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih 6 bulan. Bila T3 maka suntikan selama hamil dengan jarak 1

tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan T4 dapat di berikan suntikan (TT5).T5 tidak perlu di suntik TT sebab telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (Romauli, 2011).

Tabel 2.3
Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval(selang waktu minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
T1	Kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber: Kalbe Farma, 2012

I. Ketidak Nyamanan Selama Kehamilan

a. Nausea

Terjadi pada saat perut kosong dan bisa lebih parah pada pagi hari. Penyebab morning sickness perubahan pada hormone selama kehamilan, kadar gula yang rendah (bisa di sebabkan karena tidak makan sehingga mengakibatkan siklus tidak berujung dasar). Lambung yang terlalu lebih penuh, perastaltik yang lebih lambat dan fakto- faktor emosi yang lebih memuncak.

Pada wanita hamil usia lebih muda 11 minggu dan menghilang pada umur 14-22 minggu.

Cara menangani:

1. Makan porsi yang kecil, sedikit tapi sering
2. Makan biscuit atau roti kering pada saat beranjak pada waktu tidur pagi hari.
3. Jangan menyikat gigi segera setelah makan untuk menghindari stimulasi reflex
4. Istirahat yang cukup

b. Peningkatan frekuensi berkemih (TM I dan TM II)

Pada frekuensi kemih yang meningkat pada trimester awal bisa terjadi peningkatan berat pada fundus uteri bisa menyebabkan isthmus menjadi lunak (tanda hegar) bisa menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. pada trimester III frekuensi kemih meningkat sering di alami pada wanita primigravida. Efek lightaning yaitu bagian ari presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan pada kandung kemih.

Ada cara untuk mengatasi ;

1. Kosongkan kandung kemih pada saat terasa ingin kencing tau BAK
2. Banyak minum air putih pada siang hari
3. Kurangi minum pada malam hari.

c. Sesak nafas

Diakibatkan peningkatan pada jumlah progesterone selama masa kehamilan dan mempengaruhi pusat pernafasan untuk menurunkan kadar pada karbondioksida dan meningkatkan kadar pada oksigen, pada peningkatan metabolis yang terjadi pada masa kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester II karena di sebabkan ada dorongan dan tekanan pada diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama masa kehamilan.

Cara mengatasi:

1. Menjelaskan dasar fisiologis masalah tersebut
2. Menyemangati ibu hamil untuk segera sadar mengatus kecepatan dan kedalaman pada pernafasan saat mengalami hiperventilasi.
3. Ajarkan melakukan peregangan yang sama di tempat tidur seperti saat sedang berdiri tegap.
4. Anjurkan ibu berdiri dan meregangkan tangannya di atas kepala secara bertahap dan mengambil nafas dalam secara teratur.

d. Edema dependen

Terjadi karena gangguan pada sirkulasi vena dan peningkatan tekanan pada vena pada ekstermitas bawah karena tekanan pada

uterus membesar pada vena saat duduk, berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur dengan posisi terlentang.

Edema pada daerah bagian aki bisa dilihat pada pergelangan kaki yang menggantung dan harus dilihat sama atau tidak dengan membedakan dengan edema karena preeklamsi.

Cara menangani:

1. Hindari menggunakan pakaian yang ketat
 2. Posisi tidur menghadap kesamping saat berbaring
 3. Elevasi kaki secara teratur dan rutin pada setiap hari
- e. Nyeri pada ulu hati

Mulai terjadi ketidaknyamanan pada masa kehamilan pada trimester TM III

Penyebabnya yaitu :

1. Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi yang mengakibatkan relaksasi pada otot halus dan kemudian 56 di sebabkan peningkatan jumlah progesterone dan tekanan uterus.
2. Tidak ada ruang fungsional pada lambung akibat perubahan tempat dan penekanan uterus yang membesar.

Proses penanganan:

1. Makan makanan dengan porsi kecil dengan sedikit tapi sering untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.

2. Hindari makanan yang mengandung banyak lemak karena lemak bisa mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang akan dibutuhkan untuk pencernaan pada tubuh.
3. Menjaga postur tubuh dengan baik karena bisa memberi ruang lebih besar pada lambung dan dapat menjalankan fungsinya.

f. Konstipasi

Terjadi akibat adanya penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos usus besar yang terjadi karena peningkatan progesterone

Cara mengatasi:

1. Asupan cairan yang lebih
2. Istirahat yang cukup
3. Minum air hangat air putih atau teh pada saat bangun dari tempat tidur.
4. Makan makanan yang mengandung banyak serat.
5. Melakukan latihan secara rutin dengan berjalan setiap hari.

Dengan mempertahankan postur tubuh yang baik. Sehingga kontraksi pada abdomen baik.

g. Kesemutan

Perubahan ini terjadi karena penyebab tekanan pada syaraf median posisi bahu terlalu jauh ke belakang sehingga menyebabkan kesemutan dan baal pada jari jari tangan.

Cara mengatasi:

1. Menjelaskan apa penyebab terjadinya kesemutan pada jari-jari
2. Dengan istirahat secara berbaring dengan rileks.

h. Pelayanan pada asuhan antenatal

Pelayanan antenatal dilakukan dengan pemeriksaan antenatal yang dilakukan dengan tenaga medis yang berkualitas dengan cara yaitu:

1. Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan

Dilakukan pada kunjungan antenatal guna untuk mendeteksi adanya gangguan pada masa pertumbuhan dan perkembangan pada janin. Tinggi badan kurang 145 cm bisa mengakibatkan terjadinya CPD (*cephalon pelvic disproportion*). Pada berat badan yang kurang dari 9 kg pada masa kehamilan atau terjadinya pengurangan pada berat badan dengan 1 kg pada setiap bulannya bisa menunjukkan adanya gangguan pada masa pertumbuhan dan perkembangan janin. Pengukuran pada tinggi badan

pada kunjungan pertama bisa dilakukan memantau terjadinya faktor resiko pada ibu hamil.

2. Ukuran Tekanan darah

Tekanan darah pada kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi terjadinya hipertensi. Pada kehamilan tekanan darah lebih 140/90 mmHg . pada kehamilan yang mengalami preeklamsi bisa di lihat dengan adanya edema wajah dan tungkai bawah .

3. Menentukan ukuran LILA

Dilakukan untuk mengukur setatus gizi pada ibu hamil pada kunjungan pertama yang normal 23,5 cm. jika ibu mengalami kurang dari 23,5 bisa di katakan KEK. Pada ibu hamil dengan KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran pada fundus uteri pada setiap kali melakukan kunjungan ANC dilakukan untuk mengetahui usia kehamilan. Untuk mmengetahui pertumbuhan janin dan menghitung tafsiran berat janin (TBJ). Jika pada kehamilan tinggi fundus uteri tidak sesuai pada usia kehamilan bisa dikaji lebih dalam adanya gangguan pada pertumbuhan janin. Pada standar pengukuran menggunakan pita usia kehamilan yang dapat di ukur 24 minggu.

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi pada janin dilakukan pada trimester II dan selanjutnya dilakukan pada setiap kunjungan ulang ANC. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui letak janin. Penilaian DJJ dilakukan pada trimester I dan selanjutnya setiap kali pada kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 160X/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila di perlukan

Guna untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunasi TT. Pada saat kontak langsung pada kunjungan pertama, pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 supaya mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TS (TT long Life) tidak perlu di berikan imunisasi TT lagi.

7. Pemberian tablet FE (tablet tambah darah)

Untuk mencegah terjadinya anemia. Setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah. Dan asam folat 90 tablet selama kehamilan yang di berikan sejak kontak langsung pada kunjungan pertama.

8. Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pada pemeriksaan laboratorium pada ibu hamil dilakukan untuk mengetahui apa golongan darah pada pasien selain itu untuk persiapan pendonor yang cocok pada darah ibu hamil tersebut. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sebagai berikut cek golongan darah, hemoglobin darah, protein urin dan pemeriksaan spesifik darah endemis/epidemi (malaria, IMS,HIV) pada pemeriksaan ibu hamil khusus yaitu pemeriksaan yang dilakukan atas dasar indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal yang meliputi:

a. Pemeriksaan golongan darah

Guna untuk mempersiapkan calon donor darah yang sewaktu-waktu dibutuhkan apabila terjadi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Dilakukan pada trimester 1 dan dilakukan ulang pada trimester III pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut mengalami anemia atau tidak pada masa kehamilan. karena anemia bisa mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan janin.

c. Pemeriksaan proteindalam urin

Pada TM II dan TM III atas indikasi. Pada pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui adakah proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria salah satu penyebab terjadinya preeklamsia pada masa kehamilan.

d. Pemeriksaan kadar gula darah

Pada ibu hamil di curigai adanya diabetes melitus. Pemeriksaan gula darah selama masa kehamilan minimal sekali pada trimester I, trimester II dan sekali pada trimester ke III.

e. Pemeriksaan darah malaria

Pada ibu hamil yang berada di daerah yang endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah dengan cara skrining pada ibu hamil secara langsung. Daerah yang non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi tertentu.

f. Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan ini dilakukan dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang di duga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin.

g. Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan ini dilakukan apabila menderita gejala HIV dengan resiko tinggi

h. Pemeriksaan BTA (Basil Tahan Asam)

Dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai mempunyai tuberculosis sebagai pecegahan agar infeksi tuberculosis tidak mempengaruhi kesehatan pada janin.

i. Tata laksana/penangan khusus

yaitu merupakan hasil dari pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium setiap kasus yang di temui harus di tangani sesuai standar dan wewenang dbidaan.

j. Temu wicara (konseling) di lakukan pad saat kunjungan antenatal yang meliputi:

- a. Kesehatan pada ibu
- b. Prilaku hidup sehat dan bersih
- c. Peran dalam keluarga terutama suami dan orang tua dan perencanaan persalinan
- d. Mengetahui Tanda bahaya persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e. Asupan gizi seimbang.

J. Tanda bahaya kehamilan

ada beberapa tanda bahaya pada kehamilan yaitu:

a) Perdarahan pervaginam

Pada TM II dan TM III bisa terjadi perdarahan pervaginam baik nyeri atau tidak, hal ini berkemungkinan terjadi plasenta previa atau solusio plasenta.

b) Kontraksi sebelum waktu b

ersalin

Kontraksi ringan normal dialami ibu hamil pada trimester kedua atau ketiga, terutama saat ibu hamil merasa lelah atau kekurangan cairan. Kontraksi akan semakin sering terjadi saat hari perkiraan lahir semakin dekat. Kontraksi bisa menjadi tanda bahaya pada kehamilan apabila disertai dengan perdarahan atau keluar cairan dari vagina, ketuban pecah dini, dirasakan semakin kuat, dan terjadi sebelum perkiraan waktu kelahiran bayi. Hal tersebut kemungkinan menandakan ibu hamil akan melahirkan secara prematur.

c) Mual dan muntah

Kedua kondisi ini wajar dialami oleh ibu hamil, khususnya pada trimester pertama kehamilan. Namun, jika mual dan muntah terjadi secara berlebihan, dapat terjadi dehidrasi, kekurangan elektrolit, kurang gizi, dan penurunan berat badan. Kondisi ini

disebut juga *hyperemesis gravidarum* dan perlu segera ditangani oleh dokter.

d) Janin kurang aktif

e) Bergerak

Janin kurang aktif bergerak bisa menjadi tanda bahwa dia sedang tidur atau bumil tidak menyadari gerakannya. Pada bulan ke-5 atau ke-6. Bayi bergerak minimal 3 kali dalam periode waktu 3 jam. Gerakan bayi akan mudah terasa saat ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Namun, janin yang kurang aktif atau bahkan berhenti bergerak dan tidak kembali aktif seperti biasanya juga bisa menjadi tanda dia kekurangan nutrisi atau oksigen. (Astuti, 2012).

f) Sakit saat buang air kecil

Jika muncul rasa sakit atau nyeri saat buang air kecil, bisa jadi Bumil menderita infeksi saluran kemih, vaginosis bakterialis, chlamydia, endometriosis, herpes genital, gonore, atau trikomoniasis. Segera temui dokter saat pertama kali Bumil merasakan sakit ketika buang air kecil.

g) Sakit kepala hebat

Sakit kkepala hebat, menetap, tidak hilang setelah istirahat, dan dapat pula disertai pandangan kabur atau berbayang dapat mengaruh pada gejala preeklamsi.

h) Pandangan kabur

Ibu hamil perlu waspada dan dianjurkan melakukan kunjungan antenatal apabila terjadi perubahan visual mendadak seperti pandangan kabur atau berbayang.

i) Nyeri abdomen hebat

Nyeri abdomen hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini menunjukkan ibu mengalami appendiksitis, KET, abortus, radang panggul, persalinan preterm, gastritis, infeksi saluran kemih, dll.

j) Bengkak pada muka atau tangan

Bengkak yang timbul pada muka dan tangan dapat menunjukkan bahwa ibu mengalami masalah serius apabila tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini merupakan pertanda ibu menderita anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

k) Demam

Demam saat hamil adalah salah satu keluhan yang harus selalu diwaspadai oleh ibu hamil. Hal ini karena bisa jadi demam ini disebabkan oleh adanya infeksi. Infeksi saat hamil bisa terjadi akibat banyak penyakit, misalnya infeksi saluran kemih, infeksi saluran pernapasan, demam tifoid, hingga infeksi pada ketuban.

(Astuti, 2012).

K. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan meonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2010).

Melakukan palpasi abdomen (uterus)

A. Leopold I

- a) Menghitung usia kehamilan dengan mengukur TFU
- b) Menentukan bagian tubuh janin yang berada di fundus uteri.

B. Leopold II

- a) Menentukan situs janin (letak membujur, letak melintang atau letak sungsang).
- b) Menentukan letak punggung janin (kanan/kiri) serta bagian kecil janin.

C. Leopold III

- a) Menentukan bagian tubuh janin yang berada dibawah.
- b) Menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk PAP

D. Leopold IV

- a) Dilakukan bila hasil leopold III sudah masuk PAP
- b) Menentukan seberapa dalam masuknya bagian tersebut kedalam PAP.

L. Standar asuhan kehamilan

Ada 6 standar pelayanan antenatal seperti sebagai berikut :

1. Standar 3. Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi langsung pada pasien atau keluarga atau masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarga agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini secara teratur.

2. Standar 4: pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memeberikan setidaknya 4x pelayanan antenatal.yang meliputi anamneses dan pematauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan bisa berlangsung normal.

3. Standar 5: palpasi abdomen

Bidan melakukan tindakan pemeriksaan pada abdomen secara seksam dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia pada kehamilan. Seperti memeriksa keadaan janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Standar 6: pengelolaan anemia pada kehamilan.

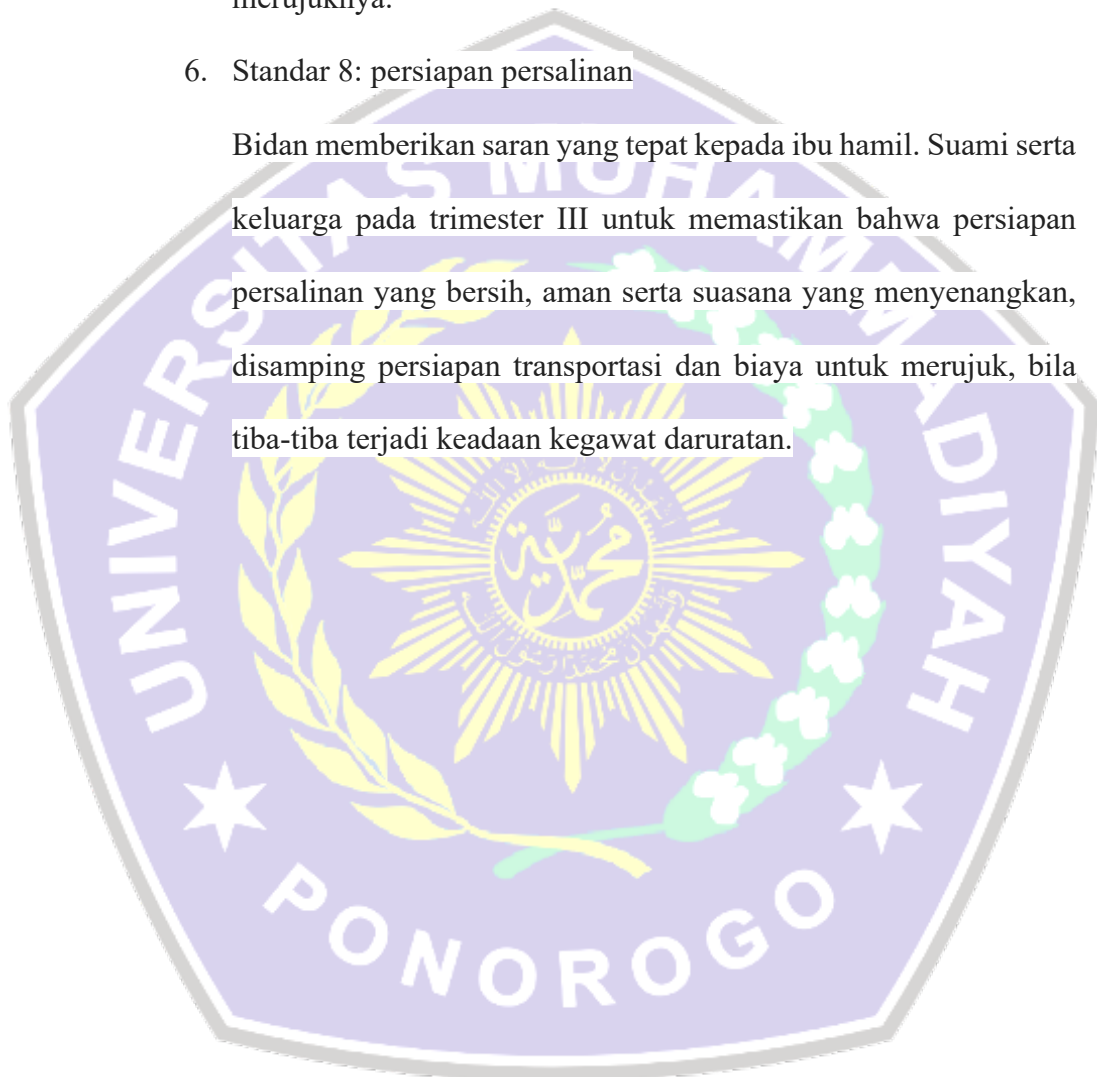
Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan tau rujukan semua kasus anemia, pada kehamilan sesuai dengan ketetntuan yang berlaku .

5. Standar 7: pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan serta mengenali tanda- tanda gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

6. Standar 8: persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil. Suami serta keluarga pada trimester III untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih, aman serta suasana yang menyenangkan, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan kegawat daruratan.



2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

A. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses dimana hasil dari kosepsi yang telah cukup bulan. sudah waktunya hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau dengan di lakukan jalan lain. Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi pada ibu dan proses yang mengejan dengan prosedur. Proses ini dengan di mulai melalui perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan melahirkan plasenta (Intan, 2015).

Menurut (Kumalasari, 2015:97) persalinan merupakan sebuah kejadian atau peristiwa yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang sesuai bulan atau hamper cukup bulan. Berdasarkan dengan proses pengeluaran dan pelepasan plasenta berserta selaput janin dan tubuh ibu. Persalinan di anggap normal apabila bayi sesuai bulan atau cukup bulan yang sesuai kehamilan (37 minggu -40 minggu) yang tanpa di sertai dengan adanya penyulit atau masalah yang serius. Persalinan adalah proses persalinan yang secara alami adanya proses kontraksi pada rahim ibu dengan melakukan proses mengejan untk mengeluarkan bayi (Sari dkk, 2014:3-6).

B. Jenis- Jenis dari Persalinan

1. Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang dilakukan secara alamiah yang berlangsung secara ibunya sendiri dengan proses mengejan dan melalui jalan lahir. persalinan normal di sebut juga sebagai proses dimana lahirnya bayi yang berlangsung dengan proses pengeluaran melalui jalan lahir dengan letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat medis serta tidak melukai ibu . yang mengalami waktu sampai dari 24 jam.

2. Persalinan buatan

Proses dimana proses persalinan yang dilakukan dengan bantuan tenaga medis dari luar seperti dokter SPOG dengan proses section caesarea merupakan sebuah tindakan oprasi yang dapat di rencanakan secara (efektif) dapat di lakukan secara mendadak yang sesuai dengan keadaan pasien (Maharani, 2012:113).

3. Persalinan anjuran

Proses dimana persalinan yang dialami yang di timbulkan dengan bantuan ransangan contohnya pemeberian Pitocin dan postagladin (Sari dan Rihmadini, 2014).

C. Teori-Teori Penyebab Persalinan

a) Teori penurunan hormone 1-2 minggu

sebelum pasrtus mulai mengalami penurunan kadar hormone esterogen dan progesterone. progesteron berkerja sebagai penenang oto-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

b) Tori plasenta menjadi tua

Menyebabkan turunnya kadar eksterogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

c) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia pada otot-otot Rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plassenter.

d) Teori iritasi mekanik

Belakang serviks terletak ganglion sevikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

e) Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan ekstrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivias otot rahim, sehingga sering terjadi kontak di braxtom Hicks. Menurunnya kontraksi progesterone karenan

matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot Rahim untuk berkontraks, dan persalinan dimulai.

f) Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Galndula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otot tidak terbentuk) sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

g) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan pada persalinan (Ari dan Esti, 2010).

D. Tanda-tanda inpartu

- a) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b) Keluar lendir campur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- c) Kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Pemeriksaan dalam: servik mendatar dan pembukaan telah ada.

E. Proses persalinan

a) Tahap persalinan

1) Persalinan kala 1 (pembukaan)

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan secara meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sampai serviks membuka dengan lengkap (10 cm). kala 1 persalinan terdiri dari dua fase yaitu :

a. Fase laten

Dimulai sejak pertama berkontraksi uterus menyebabkan penipisan serta pembukaan serviks kurang lebih 3cm, pada umumnya fase laten berlangsung sampai 7-8 jam.

b. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dibagi 3 fase yaitu:

- 1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 jam.
- 2) Periode dilatasi maksimal (steady): berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: berlangsung lambat. 2 jam pembukaan –10 cm (lengkap). Antara primigravida dan multigravida, yaitu:

- 1) Primi : pembukaan 1 cm/ jam dan mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi yang pertama OUI

(ostium uteri internum) akan membukalebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE (*Ostium Uteri Eksternum*) membuka.

- 2) Multi : pembukaan 2 cm/jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

2) Tahap persalinan kala II (pengeluaran bayi)

Kala II adalah pengeluaran bayi yang di mulai sejak pembukaan lengkap 100% dengan kekuatan hisnya di tambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses yang terjadi ini berlangsung sampai 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala II di tegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dengan kepala sudah tampak di vulva diametr 5-6 cm, gejala yang terjadi kala II yaitu:

- 1) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- 2) Menghadapi akhir kala I ketuban akan pecah dengan di tandai pengeluaran cairan secara tiba-tiba.

- 3) Ketuban pecah pada pembukaan yang mendekati lengkap dengan adanya keinginan untuk meneran karena tekanan pada feksus frankenhouser.
- 4) Kekuatan yang kedua yaitu his serta meneran dengan mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu : suboksiut bertindak sebagai hipomochlion, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka sampai kepala.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian pada punggung bayi.
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung. maka persalinan bayi di tolong dengan jalan berikut:
 - a. Dengan memegang kepala bayi tulang oksiput dan bagian terbawah dagu, kemudian di tarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - b. Setelah kedua bahu lahir. Ketiak kaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi yang belum keluar.
 - c. Bayi lahir dengan diikuti oleh sisa sisa dari ketuban.
- 7) Lama kehamilan pada kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3) Kala III (pelepasan plasenta)

Pada kala III persalinan, otot uterus (*myometrium*). Berkontraksi mengikuti dari penyusunan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan nitabusch, karena sifat retraksi dari otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda uterus menjadi bulat, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepaskan ke segmen bawah rahim, pada talipusat bertambah panjang, terjadi perdarahan, melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri (Manuaba ddk. 2010:174). Persalinan kala III dimulai sejak lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung selama 15- 30 menit. Tujuan dari manajemen aktif kala III untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersiapkan waktu kala, mencegah perdarahan, dan mengurangi terjadinya kehilangan darah kala III persalinan jika di bandingkan dengan kala III fisiologis (Sari dkk, 2014:187).

4) Kala IV

Kala IV adalah persalinan di mulai sejak plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Mulai dari saat lahirnya plasenta yang terjadi selama 2 jam pertama setelah masa kelahiran bayi, paling

kritis untuk mencegah kematian ibu dan bayi di sebabkan oleh perdarahan.

- 1) Melakukan pemeriksaan setiap 15 menit dan melakukan pemeriksaan sampai jam ke dua 30 menit. Jika kontraksi tidak kuat, masasse terus sampai terasa menjadi keras.
- 2) Memeriksa tekanan darah pada ibu, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama, setiap 30 menit jm ke 2.
 - a. Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah terjadi dehidrasi
 - b. Membersihkan perineum ibu dan menggantikan pakaian ibu dengan yang lebih bersih
 - c. Membiarkan ibu untuk istirahat dan membiarkan bayi pada dada ibu untuk merasakan pelukan pada ibu, serta untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi (IMD) inisiasi menyusui dini.
 - d. Memastikan ibu sudah BAK dan kandung kemih kosong, dalam 3 jam setelah persalinan.
 - e. Mengajari ibu untuk melukan pemeriksaan fundus uteri tentang bagaimana memeriksa fundus uteri dan bisa menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya untuk ibu dan bayi.

F. Mekanisme persalinan

a. Engagement

Pada tahap engagement (kepala terfiksasi pada PAP), ada sebuah peristiwa sinklitismus menambakan sinklitimus apabila sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Yang Menjelaskan engagement terjadi untuk LOT dan ROT dengan sutura sagitalis janin dengan mencapai diameter transversum pada PAP dan diameter biparietal janin dalam diameter anteroposterior pada PAP. (Wiknjosastro, 2009:310).



Gambar 2.4
Mekanisme Gerak Kepala Janin

Sumber: Fitriani, 2015

b. Descent

Pada descent (penurunan kepala) hal ini terjadi pada peristiwa asinklitismus posterior (titzman) pada simpisis, apabila keadaan sebaiknya dari asinklitismus anterior. Peristiwa ini yang di sebabkan kepala turun ke rongga panggul akibatnya ada tekanan dari his yang berasal dari daerah fundus dan menuju arah daerah bokong, dan ada tekanan dari cairan amnion dan terjadi kontraksi dinding perut dan dia

fragma (mengejan), serta badan janin terjadi ekstensi dan menyebabkan penegangan. (Asri dkk, 2012:15).

c. Fleksi

Pada bagian ini terjadi peristiwa asinklitismus anterior psds promotorium, pada sumbu kepala membuat sudut yang lancip dengan PAP, menurut oxorn (2010:86) yang menambahkan bahwa penurunan kepala yang menyebabkan bertambahnya fleksi. Dengan majunya kepala fleksi bertambah menyebabkan ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Asri dkk, 2012:16).

d. Rotasi internal

Terjadi pada dasar panggul. Karena kepala janin yang masuk PAP pada diameter atau obliqua yang harus berputar ke diameter *anteroposterior* supaya dapat lahir. Pada saat UUK masuk PAP tempat berhubungan dengan dasar panggul (*musculus dan facia levator ani*) pada lokasi ini UUK berputar 45 ke kanan diameter

anteroposterior panggul: LOA ke OA.UUK mendeteksi simpisis pubis dan sinciput mendekati sacrum.

e. Ekstensi

Pada tahap ini yang terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipmoklin UUK di bawah simpisis, oxom (2010:90) yang menambahkan bagian pada dasar yang di sebabkan oleh kekuatan dari kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, pada panggul yang memberikan tahanan. maka dari itu dinding depan panggul (pusbis) panjangnya hanya 4-5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm, maka demikian *siniciputharus* menempuh jarak yang lebih Panjang dari pada *occiput*. Dengan demikian semakin turunnya kepala terjadi penonjolan perineum dengan diikuti oleh kepala membuka pintu jalan lahir (*crowning*). *Occiput* yang melewati PAP secara perlahan dan tengkuk menjadi titik dari putarnya angulus subpubicus. Kemudian dengan proses ekstensi yang cepat sinciput menelusuri sepanjang sacrum dan secara berturut-turut dengan adanya lahirnya bregma. Dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum.

f. Ekspulsi kepala janin

Terjadi pada lahirnya secara berturut-turut dahi, muka dan dagu.

g. Rotasi eksternal

Terjadi pada putaran paksi luar (restitusi) (2010:92) yang menambahkan pada waktu yang lebih kepala mencapai kedaras

panggul maka bahu memasuki panggul. Oleh sebab itu panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar kedepan, maka leher ikut berputar, begitu kepala telah dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

G. Pertolongan persalinan normal

a. persalinan normal

langkah-langkah pada persalinan normal menurut

(Damayanti, 2011)

1. mengawasi dan mengamati tanda dan gejala kala II
2. memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul. Oksitosin 10 IU dan menempatkan tabung suntik steril pakai dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau clemek plastic yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam.
6. Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan

kembali ke partus set/ wadah DTT tanpa mengontaminasi tabung suntik.

7. Membersihkan vulva dan perineum menekannya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT
8. Dengan menggunakan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dengan posisi terbalik selama 10 menit, mencuci kedua tangan.
9. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir.
10. Memeritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
11. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
12. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat meneran.
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat meneran.
14. Jika kepala bayi telah membuka vulva 5-6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung dengan kain atau kasa yang bersih
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera kelahiran bayi.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya kearah luar sampai bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah bawah untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki.

25. Lakukan penilaian (selintas)
26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
28. Beritahu ibu bahwa ia akan di suntuk oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 iu IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi
31. Pemotongan dan pengikattan tali pusat
32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dan putting payudara ibu
33. Pindahkan klem pada talipusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi tangan lain memegang tali pusat

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang(dorso-kranial)
36. Lakukan penengangan dan dorongan dorso-cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas.
37. Saat plasenta muncul diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus.
39. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5 selama 10 menit
43. Pastikan kandung kemih kosong
44. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

47. Pantauan keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit)
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air TT
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu mememberikan ASI anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkan
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam di luar bagian luar di dalam dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang masih bersih
55. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan pada bayi
56. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1mg IM, di paha kiri bawah lateral,

pemeriksaan bayi baru lahir. Pernafasan bayi, dan temperature tubuh setiap 15 menit

57. Setelah 1 jam pemeberian vitamin K berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral.

58. Lepaskan sarung tangan kedalam terbalik dan rendam di dalam klorin 0,5 % selama 10 menit.

59. Cuci tangan dengan sabun dan iar megalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi

60. Lengkapi patograf.

H. Kebutuhan Dasar Ibu Dalam Proses Persalinan

a) Nutrisi dan Cairan

Perlu makanan yang bergizi harus di persiapkan sebelum ibu hamil atau pada masa reproduksi. Sehingga pada masa kehamilan dan masa persalinan, badan ibu sudah terkondisikan atau stabil dengan baik untuk masa pertumbuhan janin. Gizi pada ibu yang menyusui sangat penting untuk memproduksi ASI. yang sangat di butuhkan untuk masa tumbuh kembang pada bayi. Ibu menyusui di sarankan untuk memperoleh tambahan zat makanan 800 kkal, kebutuhan pada kalori lebih tinggi di bandingkan pada masa kehamilan. Ibu dengan nutrisi baik yaitu 70 kall/100 ml dan pada kira kira mencapai 85kal di perlukan banyak pada ibu untuk setiap 100 ml yang dihasilkan.

b) Dukungan Fisik Dan Psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Mengurangi rasa nyeri pada paska persalinan dan memberi rasa nyaman dalam hal sederhana, efektif. Murah, resiko rendah, kemajuan persalinan secara baik, hasil dari masa persalinan akan bertambah dengan baik sesuai dengan metode-metode dari dukungan persalinan dengan dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter). Dengan mengajarkan mengatur posisi, latihan relaksasi dan pernafasan. Menjelaskan proses dan kemajuan serta prosedur, asuhan fisik perawatan pada mulut, hydorterapi, lingkungan yang bersih, nyaman, aman dan kering. (Hidayat Dkk, 2010:32).

c) Personal hygiene

Ibu lebih di sarankan untuk menjaga kebersihan pada tubuhnya pada saat akan menjelang proses persalinan, ada manfaatnya yaitu:

- 1) Mandi dan membersihkan badan, ibu akan lebih merasa nyaman dan aman, mengurangi adanya kuman yang masuk

selama masa persalinan berlangsung. Manfaatnya dapat menghindari terjadinya infeksi pada masa nifas.

- 2) Ibu akan merasa lebih nyaman menjalankan proses persalinan.
- 3) Pada bulu kemaluan tidak di cukur seluruhnya, hanya bagian anus yang akan di bersihkan, hal tersebut mempermudah jika akan di lakukan episitomi.

d) Eliminasi

1) Buang Air Kecil (BAK)

Pada masa persalinan terjadi penekanan pada bagian peksus sacrum oleh bagian yang terendah janin, sehingga menyebabkan terjadinya retensi urin dan sering berkemih. Jika pasien masih berada pada kala 1, ambulasi akan berjalan sesuai aktivitas ketoilet akan membantu penurunan pada kepala janin. Apabila pasien tidak memungkinkan untuk berjalan sendiri menuju toilet, maka tugas bidan dan keluarga membantu pasien untuk BAK, dengan menggunakan pispot di tempat tidur.

2) Buang air besar (BAB)

Pasie akan merasakan ketidaknyamanan ketika merasakan dorongan untuk BAB. Dalam kondisi ini penting peran keluarga dan bidan untuk membantu nenujukan respon positif terhadap ibu. Meyakinkan pasien bahwa ibu tidak

perlu merasa risih atau sungkan untuk meminta bantuan pada bidan atau keluarga apabila tidak nyaman untuk melakukannya. Jika pasien mampu berjalan sendiri menuju toilet maka pendamping cukup untuk menemani sampai ibu selesai BAB. Namun apabila ibu tidak mampu untuk berjalan sendiri menuju ke toilet bisa di bantu BAB di tempat tidur.

Sebagai pendamping tanyakan lebih dahulu pada pasien untuk menentukan posisi yang paling nyaman serta siapa yang akan membantu untuk membersihkannya. Sebagai penolong usahakan semaksimal mungkin untuk memberikan rasa nyaman pada pasien sehingga tidak timbul rasa negative. Misalnya menutup hidung, karena ini kan menyakitkan pasien yang akan melakukan persalinan. (Sulistyawati,Dkk, 2010:99).

e) Istirahat

Istirahat sangatlah penting bagi ibu yang akan melakukan proses bersalin. Merupakan hal penting untuk pasien karena akan membuat pasien lebih rileks. Pada awal persalinan di anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Tapi pada primigravida biasanya pasien mengalami susah untuk istirahat atau tidur jika pasien tidak dapat tidur dan merasakan his. Upayakan pasien untuk berbaring di tempat tidur, posisi miring kekiri untuk beberapa waktu. Posisi ini

dapat di samakan dengan aktivitas dalam ambulasi agar penurunan janin dapat lebih maksimal.(Sulistyawati,dkk: 2010:100).

f) Pendamping

Pendamping pada proses persalinan dapat dilakukan oleh suami, keluarga atau bidan. Oleh karena itu ibu di anjurkan di temani oleh pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang memungkinkan ibu untuk membantu kenyamanan. Sebagai pendamping dapat membantu ibu untuk jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung dan menciptakan suasana kekeluargaan serta rasa nyaman, membantu ibu bernafas dengan baik pada saat kontraksi. Jika bidan pada awal sudah dapat membuat ibu memikat hati pada pasien, maka hal ini merupakan hal yang sangat istimewa bagi pasien dan keluarga bidan sebagai seorang pendamping pada proses persalinannya (Sulistyawati,dkk 2010:101)

g) Bebas dari nyeri

Pada pasien yang akan melakukan proses persalinan selalu ingin persalinan tidak merasakan nyeri yang di akibatkan oleh His. Adapun yang perlu di tekanakan pada pasien yaitu bahwa tanpa ada rasa nyeri maka pada persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena dari tanda persalinan adalah adanya his yang menimbulkan rasa sakit. Upaya yang dapat mengurangi rasa nyeri dengan berjalan-jalan, posisi lutut dada diatas tempat tidur dan seterusnya.

Pemberian obat-obatan sebagai pengurang rasa nyeri atau rasa takut, di timbulkan sesuai kondisi pasien saat ini (Sulistiyawati,dkk: 2010:101).

h) Informasi dan kepastian hasil yang aman bagi pasien dan bayinya

Pada saat pasien masuk di kamar bersalin untuk menjalani proses persalinan, bidan sebaiknya memenuhi kebutuhan pada pasien dan keluarga membantu untuk kelancaran pada proses persalinan dengan komunikasi yang baik. Selanjutnya ada beberapa informasi yang dapat di sampaikan adalah sebagai berikut:

- 1) Hasil pemeriksaan awal (kepastian apa saat ini ibu dalam kondisi normal atau tidak) dan kapan pemeriksaan selanjutnya yang akan dilaksanakan.
- 2) Identitas (nama) petugas dan bidan yang akan memberikan pelayanan pada proses persalinan.
- 3) Tarif serta lamanya perawatan pada pasien berdasarkan sesuai kelas kamar, jika sudah memungkinkan termasuk penghitungan pada total biaya perawatan tersebut.
- 4) Hak dan kewajiban pasien serta keluarga.
- 5) Bagaimana untuk meminta bantuan jika memerlukan.
- 6) Apa saja yang harus pasien ketahui jika sudah memasuki persalinan.
- 7) Adapun tehnik dan posisi pada persalinan yang di perbolehkan.

I. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a) Passage (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor, yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang diiring dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba, 2010).

b) Pintu Bawah Panggul (PBP)

- (a) Diameter panggul
- (b) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum.
- (c) Belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.
- (d) Diameter anterior-posterior : ukuran dari tepi bawah simfisi ke ujung sacrum 11,5 cm.
- (e) Diameter trasversal : jarak antara tuber ishiadika kanan dan kiri 10,5 cm.
- (f) Diameter sagitalis posterior : ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transvesa 7,5 cm.

(g) Inklinatio pelvis (kemiringan panggul) adalah sudut yang terbentuk antara bidang semu PAP (Pintu Atas Panggul) dengan garis lurus tanah sebesar 55-60°.

c) Jenis panggul

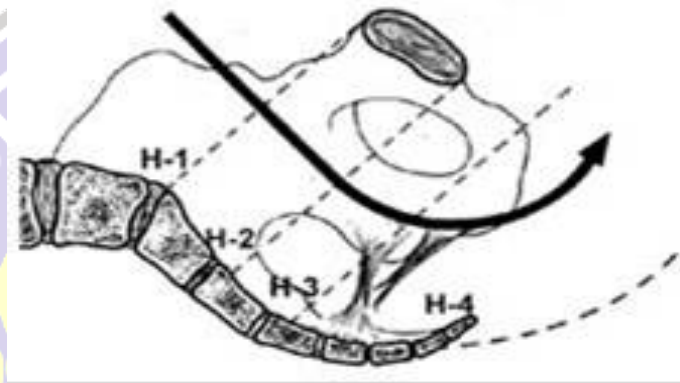
Pada panggul ukuran normal apapun jenis pokoknya, kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesulitan dalam kelahiran. Karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran-ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standar normal sehingga bisa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam. Panggul yang sempit membuat kala II menjadi lama karena di perlukan waktu untuk turunnya kepala dan untuk moulage. Terutama kelainan pada panggul *android* dengan pintu atas panggul yang berbentuk segitiga berhubungan dengan penyempitan di depan dengan spina iskiadika menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit. Salah satu jenis panggul ini menimbulkan distosia yang sukar diatasi (Wiknjastro, 2008).

(a) CPD (chehalopelvic disproportion)

chehalopelvic disproportion adalah adanya partus macet yang di sebabkan oleh ketidak sesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul sehingga persalinan pervaginam tidak bisa berlangsung. Saat ini sudah jarang, sehingga besar *chehalopelvic disproportion* berasal dari malposisi kepala janin dalam panggul atau gangguan kontraksi uterus (Hidayati, 2009).

(b) Kelainan jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak dapat menghalangi lancarnya persalinan. Tidak jarang distosia disebabkan adanya kelainan dari jaringan lunak urogenital. Keadaan yang sering dijumpai adalah distosia yang disebabkan oleh tumor ovarium mengisi jalan lahir. (Mochtar, 2010).



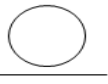
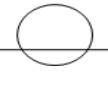
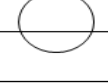
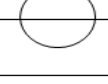


Gambar 2.5
Bidang Hodge

Sumber : Fitriani, 2015

Adapun bidang-bidang hodge yaitu:

- (a) Hodge I yaitu bidang yang dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul (PAP) dengan bagian atas simpisi dan promontorium.
- (b) Hodge II yaitu sejajar dengan hodge I, terletak setinggi bagian bawah sympisis.
- (c) Hodge III yaitu sejajar dengan hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri

(d) Hodge IV yaitu sejajar dengan hodge I,II,III terletak setinggi os coccygis.

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

Gambar. 2.6
Penurunan Kepala.

(Sumber : Fitriani, 2016)

d) Passanger (janin)

1) Janin besar

Bayi yang memiliki badan melebihi 10 pound (4,536 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grandemultipara. (Wiknjosastro, 2010).

2) Kelainan letak

(a) Presentasi dahi

Keadaan dimana kedudukan kepala berada di antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada presentasi dahi ini mulut dan dagu tidak dapat di raba. Pada proses persalinan membutuhkan waktu lama dan hanya 15% berlangsung spontan (Wiknjastro, 2010).

(b) Presentasi muka

Presentasi muka adalah dimana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap ke bawah, dikatakan presentasi muka sekunder bila baru terjadi pada waktu persalinan. Pada pemeriksaan dalam bila muka sudah masuk ke dalam rongga panggul, jari pemeriksa dapat meraba dagu, mulut, hidung, dan orbita.

e) *Power*

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus, pada saat persalinan. His yang sempurna kekuatan paling tinggi di fundus uteri pada kala II his menjadi lebih efektif, terkoordinasi, simetris dengan fundal dominal, kuat dan lebih lama 60-90 detik. Pada akhir

kala I atau kala II, jumlah kontraksi adalah 3-4 kali tiap 10 menit (2-3 menit sekali) dengan intensitas 50-60 mmHg (Siswosudarmo, 2008:1a13).

Sifat-sifat his yang baik adalah:

- (a) Teratur
- (b) Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama.
- (c) Ada dominasi fundus.
- (d) Menghasilkan pembukaan dan penurunan kepala.

His yang tidak normal adalah kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir saat persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Menurut (Wiknjastro, 2010).

Secara teoritis kelainan his dibagi menjadi :

1) Inersia uteri primer

Adalah kontraksi uterus lama, singkat dan jarang dari pada biasa. Keadaan penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak seberapa.

2) Inersia uteri sekunder

Adalah timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu lam. Ditemukan pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik waktu persalinan.

3) Incoordinate uterine action

Adalah his berubah, tonus otot uterus meningkat di luar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak adanya sinkronasi antara kontraksi bagian bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan.

J. Faktor-faktor penyulit persalinan

a) Umur ibu

Dalam kurva reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan 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 kemblai sesudah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro, 2009). Dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempedisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun insiden preeklamsia sedangkan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden hipertensi kronis dan persalinan yang lama pada multipara (Vareney, 2008).

b) Paritas

Seseorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Wiknjosastro, 2010). Paritas mempengaruhi durasi

persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grandemultipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus. Semakin tinggi paritas insiden plasenta previa, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat. Menurut (Manuaba, 2010) yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan adalah:

a) Primipara

Seorang wanita yang pernah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.

b) Multipara

Wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut lebih dari lima kali. Multipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang *viable* untuk beberapa kali.

c) Grandemultipara

Wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

d) Nulipara

Seorang wanita yang belum pernah melahirkan dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu atau belum pernah melahirkan janin yang mampu hidup di luar rahim.

K. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Penerapan partograf ditunjukkan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertindak sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010).

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

a) Denyut jantung janin

Batas normal antara 120-160x/menit. Penilaian DJJ dilakukan setiap $\frac{1}{2}$ selama 1 menit (Manuaba, 2010).

b) Air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.

Tanda U selaput utuh. J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur meconium, D air ketuban bernoda darah dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010).

c) Molase (penyusupan tulang kepala janin)

Penyusupan adalah indicator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Catatan temuan yang ada dikotak sesuai dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambing-lambang beriku:

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, atura dengan mudah dapat dipalpasi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan masih dapat dipisahkan (Saifuddin, 2010).

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpeng tindih dan tidak dapat dipisahkan (Saifuddin, 2010).

d) Pembukaan mulut Rahim

DilinaI pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberikan tanda silang (X) (Saifuddin, 2010).

e) Penurunan again terbawah janin. Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5. Symbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simpisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa kepala janin sudah tidak dapat dipalpasi diatas simpisis pubis, beri tanda O yang sesuai pada garis (Saifuddin, 2010).

f) Jam dan waktu

Dijelaskan bahwa dibawah patograf tertera kotak-kota dibawah angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

g) Kontraksi uterus

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

- 1) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- 2) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010).

h) Oksitosin

Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2010).

i) Obat-obatan lain dan cairan

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan satu cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010).

j) Nadi, tekanan darah, suhu.

Angka disebelah kiri patograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

k) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.

1) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.

2) Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai. Protein, aseton, dan volume urine. Catat setiap ibu berkemih (Saifuddin, 2010).

L. Lima benang merah dalam asuhan persalinan normal

Aspek yang terpenting dalam persalinan yang bersih dan aman.

Aspek tersebut terdapat pada setiap persalinan, baik secara normal maupun patologis. Lima benang merah akan selalu berjalan secara kesinambungan dengan penatalaksanaan pada persalinan dari kala I – kala 4 sampai dengan penatalaksanaan bayi baru lahir.

1) Membuat keputusan klinik

Pada ketetapanj klinik terjadinya proses yang memberikan penyelesaian masalah yang akan di tentukan dalam asuhan kebidanan yang di perlukan pada klien, dari keputusan yang harus akurat, komperhensif dan aman dalam penyimpanan data, terhadap pasien maupun petugas kesehatan dalam pemberian penolongan. Berbagai keputusan yang di harapkan dalam pemberian asuhan yang menjalankan tugasnya dan berpengalaman dlam ilmunya Langkah langkah dalam pembuatan keputusan klinik:

1. Penilaian (pengumpulan informasi)
 2. Diagnosis (menyimpulkan hasil informasi)
 3. Penatalaksanaan klinik
 4. Evaluasi hasil dari implementasi
- 2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu seperti menghargai kepercayaan ibu atau pasien dengan baik hati. Kepercayaan dan keinginan ibu .suami dalam proses persalinan di ikut sertakan dalam penolongan persalinan sebagai penyemangat pada istrinya. Dari berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu lebih di perhatikan maka mereka akan lebih nyaman dan tenang dalam proses persalinan.

3) Pencegahan infeksi

Prinsip-prinsip dari pencegahan infeksi antara lain:

a) Antisepsis

Antisepsis adalah upaya pencegah terjadinya infeksi dengan membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme padakulit dan jaringan tubuh.

b) Asepsis atau aseptik

Adalah segala upaya yang dilakukan untuk mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang kemungkinan akan menimbulkan infeksi.prosedur ini lebih aman bagi ibu,bayi baru lahir Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan mikroorganisme yang

terdapat pada permukaan benda hidup atau benda mati. Caranya dapat menghilangkan serta menurunkan jumlah mikroorganisme pada jaringan tubuh dan benda mati dalam tingkat aman.

c) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah sebuah tindakan yang dilakukan untuk melihat apakah petugas kesehatan sudah melakukan secara aman pada benda-benda dari (peralatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan dan alat-alat medis lainnya). Terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh pada pasien. Cara untuk mengeringkannya dengan melakukan dekontaminasi terhadap benda-benda yang sudah terkena oleh cairan tubuh dan darah.

d) Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan dari macam kuman atau mikroorganisme yang bisa timbul pada benda mati atau benda hidup.

e) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Suatu tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan mikroorganisme yang terjadi pada benda mati dengan cara merbus, mengukus, atau dengan cara kimiawi (penggunaan desinfektan kimia).

f) Mencuci dan membilas

Suatu proses yang dilakukan untuk menghilangkan kotoran dari debu, darah, cairan dalam tubuh. Yang terlihat dari benda mati serta melakukan pembersihan mikroorganisme untuk mengurangi terjadinya resiko pada manusia yang menyentuh atau memegang benda tersebut. Proses ini terdiri dari beberapa prosedur yaitu: mencuci dengan sabun atau detergen, membilas dengan air yang mengalir dan bersih, dan proses pengeringan secara keseluruhan.

g) Sterilisasi

Seterilisasi adalah sebuah tindakan yang dilakukan bertujuan untuk menghilangkan semua jenis organisme hidup, yaitu termasuk untuk menghilangkan mikroorganisme (protozoa, fungi, bakteri, mycoplasma, virus) yang ada pada suatu benda.

h) Prinsip pencegahan infeksi yang efektif

- 1) Setiap individu (pasien dan petugas kesehatan) dianggap berpotensi menularkan penyakit.
- 2) Setiap pasien sudah dianggap menularkan penyakit yang menyebabkan infeksi yang bersifat tanpa gejala
- 3) Pada permukaan benda yang berada di sekitar kita, termasuk peralatan dan benda-benda lainnya yang telah

bersentuhan langsung oleh pasien yang mengalami luka pada kulit atau tubuh dan menimbulkan darah, harus dianggap terkontaminasi yang telah di gunakan ,sehingga harus dilakukan proses secara benar atau runtut.

4) dari peralatan atau benda-benda yang sudah di steril dengan benar maka semua itu harus dianggap telah terkontaminasi.

5) Pada resiko yang menyebabkan infeksi tidak bisa di bersihkan secara total. Dapat di kurangi dengan cara atau tindakan-tindakan pencegahan infeksi yang benar.

i) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi

1) Mencuci tangan

Prosedur ini untuk mencegah terjadinya penularan infeksi, bkepada penolong dan klien dan para pelaksana pelayanan KIA perlu melakukan prosedur mencuci tangan dengan menggunakan air mengalir dan bersih sebelum melakukan pemeriksaan pada klien/pasien.

2) Menggunakan sarung tangan

Sarung tangan digunakan untuk mencegah terjadinya infeksi yaitu pada bagian yang basah (kulit yang tidak utuh, mukosa, darah atau cairann pada tubuh), setelah melakukan tindakan di anjurkan untuk mengganti sarung tangan untuk menangani setiap ibu atau bayi baru lahir

untuk menghindari kontaminasi silang dengan cara membedakan sarung tangan setiap tindakan yang berbeda.

3) Menggunakan aseptis atau Teknik aseptik

Istilah ini dipakai sebagai gambaran usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan bisa menimbulkan infeksi. Pada teknik aseptik membuat prosedur lebih aman pada ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan atau menghilangkan seluruh mikroorganisme pada bagian kulit, jaringan dan instrumen atau peralatan sampai tingkat aman.

4) Memproses alat bekas pakai

a) Dekontaminasi

Dekontaminasi merupakan tindakan yang dapat dilakukan dengan memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani dengan baik dan aman pada benda-benda (dari peralatan medis, sarung tangan, dan meja pemeriksaan) apabila terkontaminasi darah dan cairan tubuh.

b) Mencuci dan membilas

Mencuci dan membilas merupakan tindakan yang dapat dilakukan secara semua untuk

menghilangkan mikroorganisme penyebab penyakit pada benda-benda asing (debu, atau kotoran) dari kulit atau instrumen.

c) Desinfeksi

Desinfeksi merupakan tindakan yang dapat dilakukan sebagai tugas untuk menghilangkan mikroorganisme yang menyebabkan penyakit pada benda-benda mati atau instrument.

d) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Desinfeksi tingkat tinggi (DTT) merupakan sebuah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri, dengan cara merebus, mengukus dan tehnik kimiawi.

e) Sterilisasi

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk membunuh kuman pathogen dan apatogen beserta sporrannya, dengan tehnik merebus, stoom, panas tinggi, atau menggunakan bahan kimiawi.

4) Pencatatan rekam medik asuhan kebidanan

Pencatatan atau pendokumentasian adalah bagian penting proses membuat keputusan klinik

karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

5) Rujukan

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



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Definisi masa nifas

Masa nifas merupakan masa dimana masa setelah persalinan dan terjadi pemulihan, yang mulai dari masa persalinan sampai dengan selesai sehingga alat-alat kandungan kembali kesemula seperti pada masa sebelum hamil. lama masa nifas bisa mencapai 6-8 minggu .

Pada masa nifas (puerperium) yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari yang merupakan waktu dimana yang di perlukan untuk memulihkan kandungan pada keadaan seperti normal kembali (Manuaba, 2010:234).

Periode pada masa post partum adalah merupakan masa dimana 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke ke adaaan normal seperti sebelum hamil. (Herawati, 2015:1)

Masa nifas adalah masa dimana mulai setelah plasenta di lahirkan dan berakhir ketika alat-alat reproduksi atau kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Pada periode post partum merupakan masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin yang menandakan akhir dari periode masa inpartum, sampai kembalinya reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Islami dkk, 2012:1).

B. Periode masa nifas

Tahap masa nifas

Nifas dibagi menjadi 3 menurut (Ambarwati dkk, 2010:4)

- a. Puerperium dini, Merupakan kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Artikan dalam agama islam yang sudah dianggap telah bersih dan boleh berkeja setelah 40 hari.
- b. Puerperium intermedial, yaitu merupakan keadaan dimana kepulihan menyeluruh alat-alat genetaliannya yang lamanya mencapai 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium, yaitu merupakan keadaan dimana waktu yang diperlukan untuk pemulihan secara sehat dan sempurna terutama pada masa selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, yang memerlukan waktu untuk sehat sempurna bisa sampai berminggu-minggu ,bahkan berbulan, bisa juga sampai tahunan.

C. Perubahan fisiologis pada masa nifas

Pada masa nifas akan mengalami berbagai perubahan-perubahan penting yang menyertainya, antara lain sebagai berikut:

- b. Perubahan uterus

Pada ukuran uterus akan mengecil kembali (setelah memasuki 2 hari setelah pasca persalinan, sehingga umbilicus, setelah 4 minggu akan masuk ke panggul, setelah 2 minggu

akan kembali pada ukuran sebelum hamil) (Rahmawati dkk, 2009:77).

c. Lochea

Lochea merupakan kotoran atau secret dari uterus yang keluar melalui dari lubang vagina selama masa nifas ada beberapa jenis lochea yaitu:

1) Lochea rubra

Lochea ini merupakan keadaan yang berisi darah segar dan sisa-sisa dari selaput dari ketuban, 4 sel-sel darah desidua

1) desidua yaitu sebuah selaput rahim yang berada dalam keadaan hamil.

2) Venix caseosa yaitu palit bayi ,zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel -sel epitel yang menyelimuti dari kulit janin.

3) lanugo yaitu merupakan bulu halus yang tumbuh pada kulit bayi baru lahir

4) Meconium merupakan kotoran janin yang berada pada usus janin yang cukup bulan yang terdiri dari getah kelenjar usus dan air ketuban berwarna hijau

2) Lochea sanguinolenta, yaitu berwarna kuning yang berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 3-7 pada pasca persalinan (Rahmawati,dkk, 2009:78-79)

- 3) Lochea serosa, yang berwarna kuning dan cairan ini tidak keluar darah lagi pada hari ke 7-14 pada pasca setelah persalinan atau masa nifas.
- 4) Lochea alba, merupakan sebuah cairan yang berwarna putih yang terjadi setelah 2 minggu (Waryana, 2010:60).
- 5) Lochea purulenta, yang merupakan keadaan dimana terjadi infeksi yang di timbulkan dengan pengeluaran cairan nanah atau pus yang berbau busuk (Waryana, 2010:60).
- 6) Lochea stasis, yang merupakan lochea yang tidak lancar keluarnya (Waryana, 2010:60).

d. **Laktasi**

Masa nifas akan mengalami dimana ASI di perlukan untuk pemenuhan kebutuhan pada bayi, yang terjadi perubahan-perubahan pada masa nifas laktasi dimulai sejak wanita pada perubahan hormone pada saat melahirkan. Pada wanita yang menyusui yang berspon terhadap menstimulasi pada bayi yang di susui akan melepaskan hormone dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Pada hari kedua dan ketiga pada pasca persalinan, kadar esterogen dan progesterone turun secara drastis, sehingga mempengaruhi prolaktin lebih dominan dan pada saat ini mulai terjadi sekresi pada ASI (ambarwati dkk, 2010:7). Menurut manuaba (2012:214) proses pengeluaran asi yaitu sebagai berikut:

1) Reflek aliran

Reflak aliran atau reflek let down yang di timbulkan dengan rasa kesemu-semutan. Reflek ini di pengaruhi oleh kejiwaan ibu atau psikologi pada ibu. yang bertujuan menyusui memberikan kesehatan, perkembangan dan potensi psikososial. Saat menyusui tidak hanya mengurangi angka moriditas dan mortalitas pada anak, melainkan mengurangi yang kemungkinan ada infeksi , kanker dan penyakit kronis pada ibu (wallenborn,2017:1).

A. Kolostrum

- a) Yang berwarna kekuningan jernih dengan dengan mengandung protein tinggi.
- b) Pengeluaran kolostrum berlangsung sejak 2-3 hari dan di sertai ASI yang mulai berwarna putih. Kolostrum banyak mengandung antybody, anti infeksi, serta dapat menumbuh kembangkan bayi. (manuaba,2012:214).

B. Air susu masa peralihan

merupakan ASI peralihan dari kolostrum yang terjadi setelah kolostrum dan menjadi ASI matur. Kadar proteinnya rendah, kadar lemak dan karbohidrat tinggi. yang terjadi sejak hari ke 4 sampai ke 10 hari.

C. Air susu matur

yang berupa cairan yang berwarna putih kekuningan yang diakibatkan dari garam kalsium caseinat, riboflavin, dan karoten yang berada di dalamnya. Dekresi yang terjadi pada hari ke 10 dan sampai seterusnya.

(Legawati, 2011:61).

e. Serviks

Perubahan pada servik yang terjadi bentuk servik seperti corong agak menganga. Yang terjadi segera setelah bayi lahir.

Pada setelah persalinan serviks seperti sangat lembek, kendur dan terkulai. Serviks bisa mengalami lecet pada daerah anterior karena bisa disebabkan trauma pada pasca persalinan, bentuk serviks yang berdilatasi bisa mencapai 10 cm pada waktu persalinan, yang menutupi secara bertahap, setelah terjadinya bayi lahir, dan tangan bisa masuk kedalamnya rongga Rahim setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari pada minggu ke 6 postpartum servik telah menutup (Ambarwati dkk, 2010:79).

a) System pencernaan

Setelah masa persalinan biasanya ibu akan mengalami konstipasi. Yang disebabkan oleh setelah waktu persalinan, pada alat pencernaan yang mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong.

Pengeluaran cairan yang lebih terjadi pada saat persalinan, bisa disebabkan karena kurangnya asupan cairan dan makanan. Dapat diatasi dengan cara diet tinggi serat, tingkatkan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila konstipasi tidak bisa diatasi pada waktu 2-3 hari dapat dilakukan dengan pemberian enema atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain dengan perijinan oleh keluarga dan pasien, (Saleha, 2009:58) beberapa hal yang terjadi pada system pencernaan yaitu:

a) Nafsu makan

Nafsu makan pada ibu nifas atau pada pascapersalinan biasanya ibu akan merasa lebih lapar sehingga ibu diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Yang diperlukan pada nafsu makan yang diperlukan pada waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun pada kadar progesterone menurun setelah pasca persalinan asupan makan akan mengalami penurunan selama satu atau dua hari

b) Mortilitas

Penurunan pada tonus otot dan mortilitas otot traktus cerna menetap pada waktu yang cepat setelah bayi lahir. yang terjadi kelebihan analgesia dan anastesia bisa

memperlambat pengembalian tonus otot dan mortalitas ke adaan pada masa normalnya.

c) Pada pengosongan uterus

Pada pasca melahirkan ibu akan sering mengalami konstipasi pada saat akan BAB. Bisa di sebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa paska persalinan, diare sebelum persalinan, enema sebelum persalinan , kurang makan, dehidrasi, terjadi hemoroid atau laserasi pada jalan lahir. System ini pada pencernaan pada masa nifas yang membutuhkan waktu untuk kembali normal. Ada beberapa cara untuk ibu agar dapat mudah membuang air besar agar kembali teratur, di antaranya yaitu:

- (a) Pemberian diet makanan yang mengandung banyak serat.
- (b) Memberikan cairan yang cukup.
- (c) Di beritahu tentang pola eliminasi pasca persalinan
- (d) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- (e) Bila usaha yang terjadi diatas tidak berhasil maka sebagai tenaga medis dapat memberikan tindakan medis dengan melakukan huknah atau obat yang lain.

b) System perkemihan

Pada saat setelah persalinan hendaknya dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang pada masa puerperium mengalami susah buang air kecil dan buang air besar karena takut mengalami neyri pada saat pengeluaran, yang di sebabkan karena sfingter ani selama masa persalinan, adanya edema kandung kemih yang terjadi pada masa persalinan (ambarwati dkk,2010:81). Urin yang berjumlah lebih besar akan di hasilkan dalam 12-36 jam post partum. Pada kadar hemorogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Urin biasanya berlebihan bisa terjadi pada hari ke 2 samapi ke 5. Hal ini bisa di sebabkan karena kelebihan cairan yang di sebabkan retensi air dalam kehamilan dan sekarang telah di keluarkan. Kandung kemih pada masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambahbesar dan relative tidak sensitive terhadap tekanan pada cairan intravesika. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam jangka waktu 12sampai 36 jam setelah melahirkan (Rukiyah dkk. 2011:65).

a. Perubahan tabda-tanda vital

a) Suhu

pada suhu di post partum mencapai (37.5-38.0°) yang terjadi karena kerja keras pada proses melahirkan, yang menyebabkan kehilangan pada cairan dan kelelahan. Nadi normal pada orang dewasa (60 – 80 x/menit setelah proses masa melahirkan denyut nadi bisa lebih cepat (sulistyawati,2009:81)

b) Nadi

pada nadi ibu akan lebih lambat sampai 60 kali per menit, yaitu pada waktu setelah proses persalinan sebab ibu dalam keadaan istirahat yang penuh, hal ini terjadi pada minggu pertama postpartum (Rahmawati,dkk,2009:83-84).

c) Tekanan darah

pada tekanan darah pada ibu postpartum pada umumnya tidak mengalami perubahan, yang kemungkinan akan turun karena ada perdarahan pada pasca melahirkan dan akan meningkat sebab terjadinya preeklamsia postpartum. Pernapasan akan selalu berhubungan dengan suhu dan nadi. Apa bila suhu dan nadi tidak normal maka pada

pernapasan juga akan mengikutkan (sulistyawati, 2009:81).

d) Respirasi

yang pada umumnya respirasi lambat dan bahkan normal, sebab demikian karena ibu dalam keadaan masa pemulihan atau dalam masa istirahat.

Apabila ada respirasi yang cepat pada postpartum (lebih dari 30x/menit) sebab ikutan tanda-tanda syok (Rahmawati, dkk. 2009:83-84).

c) Sistem kardiovaskuler dan system hematologi

Leukositosis yang menyebabkan meningkatnya pada sel-sel darah putih yang sampai banyak pada masa persalinan. Leukosit tetap tinggi pada hari pertama postpartum akan tetapi jumlah hemoglobin dan hematocrit serta eritrosit sangat bervariasi pada awal masa nifas (Saleha, 2009:62).

d) System pada endokrin

Perubahan yang terjadi pada system Endokrin yaitu: Pada perubahan hormone plasenta, hormone pituitary, kadar esterogen dan hipotalamik pituitary ovarium hormone-hormon.

yang berperan dalam proses ini yaitu:

a) Oksitosin

Oksitosin yang berperan dalam proses persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga bisa mencegah terjadinya perdarahan. Isapan pada bayi dapat merangsang ASI dan sekresi oksitosin, hal ini dapat membantu uterus kembali ke bentuk semula atau normal.

b) Prolaktin

Dapat menurunkan kadar esterogen yang menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary pada bagian belakang berguna untuk mengeluarkan prolaktin, pada hormone ini berperan penting dalam pembesaran payudara guna untuk merangsang produksi ASI. pada ibu yang menyusui bainya, pada kadar prolaktin tetap tinggi pada ibu yang menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hri setelah pasca persalinan, sehingga menimbulkan rangsangan kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium kearah pemulaan pola produksi esterogen dan progesterone yang

normal, pertumbuhan, folikel, ovulasi dan menstruasi. (Sulistiyawati, 2009:80).

e) System gastrotestional

Sering kali di pergunakan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun pada kadar progesterone menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga akan mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani, 2015).

D. Kunjungan nifas

- 1) Pertama :6 - 8 jam setelah melahirkan
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena Antonia uteri
 - b) Pemantauan keadaan umum pada ibu
 - c) Pemantauan ASI eksklusif
 - d) Melakukan bonding attachment hubungan antara ibu dan bayi.

- 2) Kedua: hari ke 6 hari setelah melahirkan
 - a) Memastikan involusi di bawah umbilicus
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan

- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup dan mendapat makanan yang bergizi
- d) Memastikan ibu untuk menyusui dengan baik secara ondemand
- e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, tali puast, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari

3) Ketiga : kunjungan 6 minggu setelah melahirkan

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang di alami oleh ibu
- b) Memeberikan konseling KB secara dini, imunisasi senam nifas dan tanda-tanda bahaya yang di alami ibu dan bayi.

E. Proses Dari Masa Nifas

- a) Pengecilan Rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot Rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal.

Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim

menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilicus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang menjadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya Rahim akan kembali ke posisi yang normal dengansekitar 30 gram dalam waktu 3 bulan, hal ini bukan hanya Rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

b) Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) kan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12%. Jika hemoglobinnya terlalu rendah. Setelah melahirkan, system sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 pasca persalinan.

c) Proses Laktasi dan Menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormone penghambat prolaktin (hormone plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. setelah plasenta lepas, hormone-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal ini yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Sap leha, 2009).

F. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

Penyulit yang terjadi pada nifas dan komplikasi pada masa nifas yaitu:

1. Infeksi nifas

Pada infeksi masa nifas adanya peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang di sebabkan oelh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam vagina dan system reproduksi selama proses persalinan dan masa nifas.

Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari oksigen atau endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering timbul infeksi masa nifas adalah staptococcus, bacil coli dan staphylococcus.

Macam-macam infeksi yang terjadi pada masa nifas:

(1) Endometritis

Endometritis yang terjadi peradangan atau infeksi yang terjadi pada masa nifas pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang paling sering terjadi pada masa nifas mikroorganisme masuk ke endometrium melalui bekas luka yang terbuka atau luka basah yang terjadi bekas insersio plasenta pada waktu singkat dapat menyebabkan seluruh endometrium.

(2) Peritonitis

Peritonitis yaitu peradangan atau infeksi yang terjadi pada protoneum (selaput dinding perut) pada masa nifas peritonitis terjadi pada uterus yang melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis secara umum, peritonitis ini yang terjadi biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejala tidak seberat pada peritonitis secara umum.

(3) Mastitis

Mastitis adalah peradangan yang terjadi pada payudara atau pada mammae. masa nifas ini dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae. Yang paling utama pada primipara. Penyebab infeksi sendiri adalah staphylococcus aureus, tanda-tanda ibu yang mengalami mastitis yaitu panas dan disertai dengan peningkatan suhu pada tubuh,

lesu, kulit memerah, nafsu makan berkurang, mammae membesar dan terasa nyeri, membengkak dan nyeri pada perabaan jika tidak segera di tangani dapat menjadi abses.

(4) Thrombophlebitis

Thrombophlebitis yaitu proses perjalanan infeksi melalui vena. Pada hal ini terjadi pada masa nifas karena terbentuknya vena-vena selama proses pada persalinan sehingga mudah masuknya virus atau mikroorganisme pathogen, thrombophlebitis sering membuat timbulnya kematian karena mikroorganisme atau virus yang memudahkan cepat menyebarkan ke seluruh tubuh yang melalui dari system pembuluh darah dan timbul infeksi pada organ-organ tertentu.

(5) Perdarahan pada post partum

Pada perdarahan post partum yang terjadi pada jalan lahir yang mengeluarkan darah lebih dari 500 ml yang berlangsung dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir, menurut waktu terjadinya, perdarahan post partum di bagi menjadi 2 bagian yaitu:

- a. Pada partum lanjut (*early post partum*) atau juga perdarahan post partum primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir

b. Post partum lanjut (late post partum) yang di sebut juga sebagai perdarahan post partum skunder, yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah bayi lahir, yang terjadi pada post partum dapat disebabkan dari berbagai faktor yang memicu perdarahan, antara lain:

1. Atonia uteri

Terjadi uterus gagal untuk berkontraksi baik setelah proses persalinan.

2. Retensio plasenta

Adalahsuatu keadaan dimana plasenta belum lahir pada waktu 30 menit setelah persalinan atau setelah bayi lahir.

3. Involusi Uteri

Keadaan dimana fundus uterus terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.

4. Robekan jalan lahir

Keadaan dimana ada luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir atau perineum akibatterjadinya proses persalinan. Robekan pada jalan lahir terjadi secara disengaja maupun tidak di sengaja dengan cara di sengaja denga di lakukan (episiotomi).

Terjadinya tertinggalnya sisa-sisa pada plasenta dalam uterus sisa pada plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus yang dapat menimbulkan terjadinya perdarahan. Pada sisa plasenta yang dapat menimbulkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus yang tidak dapat berkontraksi dengan sempurna.

G. Tandabahaya Pada Masa Nifas

1. Perdarahan yang terjadi pada post partum lebih dari 500 ml dalam waktu 24 jam pertama setelah proses persalinan dan bayi lahir (Prawirohardjo, 2009:299).
2. Perdarahan post partum primer yang terjadi pada waktu 24 jam setelah bayi baru lahir. Terjadi hal ini disebabkan adanya atonia uteri, retensio plasenta, sisa dari plasenta yang tertinggal di dalam, dan robekan pada jalan lahir, terbanyak selama 2 jam pertama setelah proses persalinan.
3. Perdarahan post partum sekunder yang terjadi setelah 24 jam. Hal ini terjadi biasanya hari ke 5 -15 post partum, penyebab utama yaitu robekan pada jalan lahir dan sisa -sisa plasenta (Yudiana W.2016:321). Pada perdarahan post partum merupakan hal penting yang menyebabkan kematian maternal khususnya di

negara yang berkembang. Faktor-faktor yang menyebabkan post partum adalah:

a) Grandemultpara

(a) Jarak persalinan yang pendek kurang dari 2 tahun

(b) Persalinan yang tindakan dengan pertolongan yang sebelum waktunya, pertolongan yang di bantu dengan dukun bayi, persalinan dengan tindakan secara paksa, persalinan dengan narkoba. (Manuaba, 2009:103)

4. Sub involusi uterus

Involusi adalah proses dimana uterus mengecil dengan kontraksi Rahim yang di pengaruhi berat Rahim dari 1000 gram, setelah persalinan menjadi 40 sampai 60 mg selama 6 minggu kemudian. Jika pengecilan Rahim terganggu atau kurang baik bisa disebut dengan sub involusi. Faktor yang menyebabkan terjadinya sub-involusi adalah sisa-sisa dari plasenta yang terdapat di dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri, pada pemeriksaan yang di lakukan dengan melakukan pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besaran lebih lembek pada dasarnya. Fundus tinggi, lochea banyak dan berbau, yang terdapat di dalam perdarahan.

5. Infeksi pada masa nifas

Infeksi yang terjadi pada masa nifas (sepsis puerperalis) yaitu infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap masa pecah ketuban atau (rupture membrane) atau persalinan ke 42 hari setelah persalinan dan menyebabkan abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut: nyeri pelvik, demam yang mencapai $38,5^{\circ}\text{C}$, rabas oada vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan yang terjadi dalam penurunan uterus (Suhermi dkk,2009:132).

6. Keadaan abnormal pada payudara

a) Bendungan ASI: yang di sebabkan ooleh penyumbatan yang terjadi pada saluran ASI. terjadi keluhan mammae bengkak, keras dan terasa panas dan suhu mencapai badan yang meningkat.

b) Mastitis dan abses mammae

Hal ini dapat menimbulkan infeksi dan menyebabkan demam, terjadi nyeri pada mammae. Pembengkakkan mammae dan terjadi perubahan pada warna kulit mammae (Haryani, 2010:108).

H. Masalah Pada Masa Nifas

a) Anemia

Anemia bisa disebabkan karena infeksi akibat perdarahan, kelelahan karena proses persalinan yang lama, dan sudah menderita anemia sejak masa kehamilan. Untuk mengatasinya, konsumsilah suplemen zat besi ya, Mam.

b) Perdarahan

Masa nifas ditandai dengan keluarnya darah atau perdarahan selama sekitar 40 hari. Pada hari pertama hingga kedua setelah melahirkan, darah segar yang keluar bercampur sisa ketuban, kemudian darah bercampur lendir. Lalu, setelah seminggu darah akan berubah menjadi kuning kecokelatan, lalu lendir keruh. Pada akhir masa nifas, akan keluar cairan berwarna bening.

c) Rambut rontok

Rambut rontok wajar dialami oleh ibu pada masa nifas. Hal ini disebabkan adanya penurunan hormon secara drastis. Gangguan ini biasa diatasi dengan menggunakan produk shampoo dan kondisioner yang berkualitas, mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin E, memotong rambut lebih pendek.

d) Payudara bengkak

Pada masa nifas juga terjadi proses menyusui. Mulainya proses menyusui ditandai dengan payudara membengkak, keras, dan menghitam di sekitar puting susu. Bahkan, payudara bengkak ini pada sebagian ibu disertai rasa nyeri bahkan demam.

e) Emosi yang tidak stabil (*baby blues*)

Ibu akan bisa merasa bahagia, bangga dan tiba-tiba menjadi sedih dan cemas. Kondisi emosi ini disebabkan karena faktor perubahan hormon, kelelahan, kurangnya perhatian keluarga, dll.

f) Infeksi vagina

Infeksi pada vagina ini ditandai dengan vagina berbau tidak sedap, terasa perih, panas, berwarna merah, bahkan terdapat nanah. Infeksi jalan lahir ini bisa diatasi dengan selalu menjaga kebersihan daerah kewanitaannya.

g) Pegal

Proses persalinan yang mengeluarkan banyak energi serta kelelahan merawat bayi membuat badan Anda terasa pegal. Anda bisa mengatasinya dengan memijat badan Anda secara tepat.

h) Perut mulas

Perut mulas disebabkan adanya kontraksi untuk merapatkan dinding rahim sehingga rahim akan mengecil secara berangsur-angsur.

i) Susah buang air kecil

Susah buang air kecil disebabkan karena terjadi penyempitan pada saluran kencing akibat ditekan oleh kepala bayi saat proses kelahiran.

j) Wasir atau ambeien

Gangguan ini biasanya disebabkan karena ibu salah mengejan saat proses persalinan atau gangguan sembelit yang berkepanjangan.

k) Sembelit atau konstipasi

Sembelit pada masa nifas terjadi karena adanya perubahan kadar hormon dan kurangnya gerakan tubuh sehingga fungsi usus menurun.

I. Perawatan Payudara

Sebagai bidan dapat mengajarkan atau memberitahu ibu bagaimana cara menyusui atau merawat payudara dengan baik dan benar yang dapat dilakukan oleh ibu bayi secara sendiri. Sebagai ibu dapat melakukan perawatan payudara selama menyusui dengan cara sebagai berikut:

1. Ibu dapat mengatur posisi menyusui dengan secara bergantian
2. Ibu akan mengeringkan bagian payudara yang di susui oleh bayinya, untuk mencegah terjadinya lecet dan retak oleskan sedikit ASI keputting, keringkan dulu sebelum menggunakan pakaian, lecet dan retak pada putting tidak berbahaya.

3. Jika pada ibu mengalami mastitis atau tersumbatnya saluran pada ASI anjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI.
4. Tanda gejala bahaya dalam menyusui yaitu : bitnik atau bergaris merah dan panas pada payudara, teraba gumpalan atau bengkak pada payudara, demam. kedua mammae harus sudah di rawat selama masa kehamilan, areola mammae dan putting susu di cuci dengan menggunakan sabun dan di beri minyak, agar tetap lemas jangan sampa terjadi lecet dan pecah-pecah, sebelum menyusui mammae harus dalam keadaan lemas (massase) dan juga bersih (Rukiyah dkk, 2010:29-30).

J. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Masa Nifas

a) Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dapat mengkonsumsi nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi komposisi air susu. Diet yang disebabkan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009:71).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut:

- 1) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.

- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari postpartum.
- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009).

b) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya (Saleha, 2009). Keuntungan ambulasi dini antara lain:

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan pada ibu mengenai cara merawat bayi.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis) (Sulistyawati, 2009).

c) Eliminasi

1) Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Apabila 8 jam postpartum ibu belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan katerisasi. Akan terapi, jika ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk katerisasi (Saleha, 2009). Sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada ibu postpartum yaitu:

- (a) Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- (b) Obat-obat perut masih lemah.
- (c) Edema dan uretra.
- (d) Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha, 2009).

2) Buang air besar

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Apabila pada hari ketiga ibu belum BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2009).

d) Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009). Secara perlahan-lahan dan bertahap. Selain itu pasien juga harus diinginkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat sebagai bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

e) Seksual

Aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Purwanti, 2009).

f) Latihan/senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya dilakukan latihan masa nifas seawall mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit postpartum.

Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas. Gerakan yang dapat dilakukan saat senam nifas antara lain:

- 1) Tidur terlentang, tangan disamping badan. Tekuk salah satu kaki, kemungkinan Gerakkan keatas mendekati perut, lakukan sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kiri, kemudian rileks selama 10 hitungan.
- 2) Berbaring terlentang, tangan diatas perut. Kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang keprtut selama 5 kali hitungan, lakukan Gerakan ini sebanyak 15 kali, rileks selama 10 hitungan.
- 3) Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan Gerakan sebanyak 15 kali, rileks selama 10 hitungan.
- 4) Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat kaki kiri lurus keatas sambil menahan otot perut. Lakukan Gerakan sebanyak 15 kali hitungan, bergantian dengan kaki kanan, rileks selama 10 hitungan.
- 5) Tidur terlentang, letakkan kedua tangan dibawah kepala, kemudian bangun tanpa merubah posisi kedua kaki (kaki

tetap lurus). Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali hitungan. Rileks selama 10 hitungan sambil menarik nafas panjang lewat hidung keluarkan lewat mulut.

Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut 90°. Gerakan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin dan tahan selama 5 hitungan.

Lakukan Gerakan ini sebanyak 15 kali kemudian rileks selama 10 hitungan (Manuaba, 2010).



2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Pada masa neonatus adalah masa dimana sejak lahir atau sejak pertama kali di luar rahim atau 28 hari sesudah kelahiran, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dalam kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim, masa neonatus terdiri dari neonatus dini yaitu bayi berusia (0-7 hari), dan kemudian neonatus lanjut yaitu bayi yang berusia sekita (7-28 hari) (Muslihatun, 2010:2). Pada bayi baru lahir yang normal yaitu bayi yang berat badannya mencapai 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan atau cacat bawaan yang berat (Kumalasari, 2015:209).

Neonatus mengalami masa perubahan di kehidupan di dalam rahim yang serba mandiri, masa perubahan yang paling besar yang terjadi selama jam 24-72 pertama (Surmarni, dkk, 2013:277) neonatus yang merupakan sebagai individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma pada saat proses persalinan, harus dapat menyesuaikan diri dari lingkungan kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pada bayi baru lahir dengan normal yaitu bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir normal 2.500-4000 gram (Dewi, 2011:1) periode bayi baru lahir yang merupakan

suatu periode penyesuaian kearah ke bentuk kehidupan, yang sebagian besar dari proses tersebut yaitu penyesuaian dalam sekitar minggu yang pertama, sekalipun dengan tujuan yang pertama dalam kehidupan yang di gambarkan sebagai periode neonatal (Herawati, 2015:1).

B. Fisiologis Bayi Baru Lahir (BBL)

Adaptasi bayi baru lahir

Pada bayi baru lahir akan mengalami adaptasi yang awalnya di mulai dengan bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri yang secara fisiologis .

1) Pada system pernafasan

Paling penting dalam proses ini bayi akan mengalami pengeluaran cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan olveolus paru. Supaya alveolus dapat berfungsi dengan baik, maka harus cukup surfaktan yang awalnya dimulai pada usia 20 minggu pada kehamilan dan pada jumlah yang akan mengalami peningkatan sampai paru matang sekitar 30-40 minggu kehamilan. (Deslidel dkk, 2011:2).

2) Pada system pernafasan janin

Pada system pernafasan bayi baru lahir (BBL) yang berasal dari titik dimana akan mengalami tumbuh yang terdapat di faring, yang bercabang dan kemudian kembali membentuk struktur percabangan bronkus, pada seiringnya waktu yang berjalan usia 8 bulan bronkiolus dan alveolus akan sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan adanya bukti gerakan nafas yang sepanjang trimester I dan III, didalam rahim yang kaya oksigen dan nutrisi yang di salurkan melalui plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilicus, dan pada sebagian vena cava inferior yang melalui ductus venosus aranti, darah dari vena cava inferior yang masuk ke atriumkananyang bercampur dengan darah dari vena cava superior. Darah yang berasal dari atrium kanan yang sebagai melalui foramen ovale ang masuk kedalan atrium kiri yang bercampur dengan darah yang berasal dari *vena pulmonalis*. Pada darah akan mengalirkan ke atrium kiri yang selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan di pompakan ke aorta, yang selanjutnya akan melalui arteri koro naria darah yang mengalir ke bagian kepala janin, pada ekstermitas janin. Pada sebagian kecil darah yang berasal dari atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan Bersama –

sama dengan darah yang berasal dari *vena kava superior*, pada tekanan dari paru-paru yang belum berkembang, maka pada sebagian terbesar dari ventrikel kanan yang seharusnya mengalir yang melalui ductus arteriosus botali ke aorta desenden dan mengalir ke paru-paru dan pada selanjutnya akan ke atrium kiri yang melalui vena pulmonalis. Darah dari sel-sel tersebut yang miskin oksigen serta penuh dengan sisa pembakaran dan pada seterusnya akan di alirkan pada plasenta yang banyak melalui arteri umbilikalis, dan seterusnya (Marmi, 2011).

3) Sistem Pernafasan Bayi Baru lahir:

Pada saat tali pusat sudah di potong dan pada tekanan atrium kanan yang akan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Pada hal ini akan menyebabkan terjadinya penurunan pada volume dan tekanan atrium kanan. Pada kedua hal ini yang membantu darah dengan kandungan O₂ sedikit akan mengalir ke paru-paru dan akan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernafasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbentuknya system pembuluh darah pada paru-paru yang peningkatannya sirkulasi ke paru paru yang mengakibatkan adanya peningkatan tekanan atrium kanan dan akan mengalami penurunan tekanan atrium kiri, *foramen ovale*

yang secara ber fungsional akan menutup. Dengan pernafasan, pada kadar O₂ dalam darah akan meningkat, mengakibatkan *ductus venosus* berkonstriksi dan akan menutup. Pada vena umbilicus, *ductus venosus* dan pada arteri hipogastrika berasal dari tali pusat yang di klem, penutupan anatomi pada jaringan fibrosa yang berlangsung 2-3 bulan (Marmi, 2011).

4) System metabolisme serta pengaturan suhu pada tubuh bayi.

Pada lingkungan yang terbuka atau keadaan lingkungan yang dingin, pada pengaturan suhu tanpa adanya mekanisme menggigil atau kedinginan yang merupakan usaha utama seseorang bayi yang kedinginan yang mendapatkan panas pada tubuhnya, pada pengaturan suhu tanpa menggigil yang merupakan hasil dari penggunaan lemak coklat berguna untuk memproduksi panas (Deslidel dkk, 2014). Ada beberapa mekanisme yang hilangnya panas yang terjadi melalui.

A. Evaporasi

Pada penguapan cairan pada ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi pada tubuh bayi sendiri yang terjadi setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan (Kumalasari, 2015:213).

B. Konduksi

Terjadi pada kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung pada tubuh bayi pada permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, dan timbangan pada temperature yang lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh pada bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda yang berada di sekitar yang menimbulkan dingin (Kumalasari, 2015:213)

C. Konveksi

Terjadi kehilangan panas pada tubuh saat bayi terpapar pada udara sekitar yang lebih dingin, pada suhu ruangan yang dingin, pada aliran udara dari kipas angin, pada hembusan udara yang melalui ventilasi udara atau pendingin dari udara contoh AC, kipas angin (Kumalasari, 2015:213).

D. Radiasi

Menyebabkan kehilangan panas yang terjadi karena bayi di tempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, sebab benda-benda tersebut menyerap radiasi panas pada tubuh bayi meskipun tidak bersentuhan secara langsung (Kumalasari, 2015:213).

5) System Gastrointestinal

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

a) Pada system ginjal

Pada janin yang membuang toksin dan homeostatis pada cairan atau elektrolit yang melalui plasenta, setelah lahir ginjal yang berperan dalam hemeostatis cairan yang lebih dari 90% bayi akan berkemih dalam usia 24 jam (Deslidel dkk, 2011:7)

b) Pada sistem neurologi

yang berfungsi memetabolisme dan mendengar sejak lahir yaitu sehingga membutuhkan stimulasi pada suara dan penglihatannya, yang terjadi setelah lahir pada ukuran sel saraf tidak bertambah (Deslidel dkk, 2011:7)

c) System hati

Pada fungsi hati adalah memetabolisme karbohidrat, protein dan asam empedu, yang menemukan bayi

kuning lebih dari 2 minggu dari fases yang berbentuk seperti dempul ada kemungkinan terjadi astresia bilier yang memerlukan operasi segera mungkin untuk usia 8 minggu (Deslidel dkk, 2011:7).

d) System imonologi

Terjadi setelah bayi baru lahir imunitas neonatus mulai berkembang sejak usia gestasi 4 bulan. Setelah lahir imunitas neonatus cukup bulan lebih rendah dari orang dewasa, pada usia 3 sampai 12 bulan keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi. Karena neonatus kurang bulan memiliki kulit yang mudah rapuh, membrane mukosa yang mudah cedera, pertahanan tubuh lebih rendah dapat menimbulkan resiko yang mengalami infeksi yang besar (Deslidel dkk, 2011:8).

C. Ciri- ciri bayi baru lahir normal

- 1) Lahir aterm 37 – 42 minggu
- 2) Berat badan lahir mencapai 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 7) Pernafasan lebih kurang 40-60 kali/ menit

- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin sebab jaringan subkutan cukup.
- 9) Rambut lanugo sudah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 10) Kuku sedikit panjang dan lemas.
- 11) Pada bayi laki-laki testis sudah turun ,skrotum sudah ada.

Pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.

- 12) Reflek menghisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 13) Reflek moro atau gerak memeluk sudah membaik
- 14) Eliminasi baik, meconium keluar dalam 24 jam pertama lahir, meconium berwarna hitam kecoklatan.

D. Asuhan pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah yang dimulai sejak proses persalinan hingga kelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehidupan), yang pertama di lakukan yaitu:

- 1) Pencegahan infeksi
 - a) Pencegahan infeksi pada tali pusat

Hal ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang benar dan bersih, agar luka tersebut tetap bersih dan kering, tidak terkena air kencing, kotoran bayi atau tanah. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan

ramuan atau obat-obatan tanpa adanya resep dari dokter atau bidan, sebab akan menyebabkan infeksi pada talipusat yang dapat menyebabkan tetanus dan bisa menyebabkan kematian (Kumalasari, 2015:211).

b) Pencegahan infeksi pada kulit

Guna untuk menegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain yaitu dengan meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi skin to skin kontak langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadinya kolonisasi mikroorganismenya yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganismenya ibu yang bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibody bayi yang sudah terbetuk serta terkandung dalam ASI (Kumalasari, 2015:211).

c) Pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir

Pada waktu satu jam setelah bayi baru lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah terjadinya *oflamia neontorum* (tetrasklin 1%, eritromisin 0,5% atau nitras argensi 1%) (Kumalasari, 2015:211).

d) Imunisasi pada bayi

Vaksin telah mengurangi angka kesakitan dan angka kematian yang di sebabkan penyakit menular pada masa anak-anak yang seperti pertussis dan

campak, untuk melindungi bayi satu pendekatan tidak cukup, maka harus dilakukan dengan cara atau setrategi imunisasi, sehingga meningkatkan vaksinasi harus menjadi prioritas kesehatan masyarakat dan harus diterapkan dalam metode terpadu. Imunisasi hepatitis B sudah merupakan program nasional dalam Indonesia, meskipun pelaksanaannya yang dilakukan secara bertahap. Pada tempat yang terjadi resting (resiko tinggi), pada pemberian imunisasi hepatitis B yang di anjurkan pada bayi baru lahir (Kumalasari, 2015:211). Melakukan penilaian dan inisiasi pernafasan spontan. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan.

Segera setelah bayi baru lahir, maka perlu dilakukan upaya inisiasi pernafasan spontan (0-30 detik) secara cepat dan tepat dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (a) Melakukan penilaian kondisi bayi baru lahir secara cepat dan tepat, bayi diletakkan diatas perut ibu yang dilapisi dengan handuk.
- (b) Evaluasi data yang terkumpul, buat diagnosis, dan tentukan rencana untuk asuhan bayi baru lahir.

(c) Melakukan rangsangan taktil untuk mengaktifkan reflek pada tubuh bayi baru lahir. Cara ini dapat merangsang pernafasan spontan pada bayi yang sehat. Rangsangan taktil harus dilakukan secara lembut dan hati-hati, rangsangan taktil yang dapat dilakukan, adalah sebagai berikut:

- (1) Dengan lembut gosok punggung, tubuh, kaki atau tangan (ekstermitas) satu atau dua kali.
- (2) Dengan lembut, tepuk atau sentil telapak kaki bayi (satu atau dua kali). Rangsangan yang kasar, keras, atau terus-menerus, tidak akan banyak menolong, malahan dapat membahayakan bayi.

Tabel : 2.4

APGAR SCORE

No	Tanda	Nilai		
		0	1	2
1	Appearance (warna kulit)	Biru/pucat Seluruh tubuh	Tubuh kemerahan, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
2	Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	Lambat <100x/menit	Cepat >100x/menit
3	Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
4	Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
5	Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis

Sumber : Vivin, 2012

Apabila nilai APGAR SCORE:

- 7-10 : bayi mengalami asfiksia ringan atau dikatakan bayi dalam keadaan normal.
- 4-6 : bayi mengalami asfiksia sedang.
- 0-3 : bayi mengalami asfiksia berat.

Apabila ditemukan APGAR SCORE dibawah enam maka bayi tersebut membutuhkan tindakan resusitasi.

e) Melakukan penilaian dan inisiasi pernafasan spontan

Pada apgar skor yang di definisikan sebagai ukuran yang untuk kondisi bayi yang baru lahir, apgar skor memiliki poin maksimal dengan dua kemungkinan untuk setiap detak jantung, tonu otot, respon terhadap stimulasi, warna kulit (Senkoro et al, 2017:1).

f) Membebaskan jalan nafas

Dapat dilakukan apabila bayi tidak langsung menangis setelah dilakukan inisiasi pernafasan spontan penolong segera membersihkan jalan nafas yang pertama yaitu:

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang yang di tempatkan tempat yang keras dan hangat.
- 2) Denga menggulung spotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.

- 3) Membersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokan bayi dengan cara jari tangan yang di bungkus kasa steril.
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau dengan cara menggosok kulit bayi dengan kain yang kasar.
- 5) Alat penghisap lendir pada mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril. Tabung oksigen dengan segalanya harus sudah ada di tempat.
- 6) Segera lakukan usaha penghisapan mulut dan lendir.
- 7) Memantau dan mencatat usaha dalam pernafasan yang pertama (apgar score).
- 8) Warna kulit, apakah ada cairan, atau meconium pada hidung atau mulut harus di perhatikan (Kumalasari, 2015:213).

g) Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme kehilangan panas sebagai berikut:

1) Evaporasi

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

2) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakan diatas benda-benda tersebut.

3) Konveksi

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

4) Radiasi

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

Cara mencegah kehilangan panas adalah:

- (a) Keringkan bayi dengan cara menyeka tubuh bayi, juga merupakan ransangan taktil untuk membantu bayi memulai pernafasan.

- (b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat. Ganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih, dan kering).
- (c) Selimuti bagian kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relative luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tertutup.
- (d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya. Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu jam pertama kelahiran.
- (e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Oleh karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut,

bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam jam setelah lahir. Dengan cara pencegahan yaitu :

1. Keringkan bayi dengan seksama

Selimutkan bayi dengan selimut yang hangat jauhkan dari tempat yang dingin.

2. Topi bayi

3. Anjurkan kepada ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya

4. Jangan segera menimbang dan memandikan bayi baru lahir (Kumalasari, 2015:214).

h) Merawat tali pusat

Pada waktu kelahiran, bayi masih menempel pada ibu melalui tali pusat, yang merupakan bagian dari plasenta, bayi biasanya dipisahkan dari plasenta dengan cara menjepit tali pusat dengan dua klem, satu penjepit di tempatkan dekat pusat bayi dan yang kedua di tempelkan lebih jauh dari sepanjang tali pusat, dan kemudian di potong di antara dua klem, pada tugas ini berlangsung selama kala tiga tahap persalinan, yang merupakan periode lahirnya bayi dan kemudian lahirnya plasenta (Medonald et al, 2014).

i) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu lahir bayi belum mampu mengatur tetap suhu pada badanya dan membutuhkan pengaturan tetap suhu badannnya serta membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat, bayi baru lahir (BBL) yang di bungkus hangat. Suhu pada tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuh bayi sudah stabil, pada suhu bayi harus di catat (Kumalasari, 2015:215).

j) Pencegahan perdarahan

Memberikan vitamin K pada bayi baru lahir untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normalnya cukup bulan perlu diberikan vitamin per oral 1 mg/hari selama 3 hari. Pada bayi resiko tinggi akan di berikan vitamin K prenatal dengan dosis 0,5-1 mg secara IM (Kumalasari, 2015:215).

k) Mengidentifikasi pada bayi

Membutuhkan alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu di pasang segera paska persalinan. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi, nyonyanya), tanggal lahir, normal pada bayi jenis kelamin, unit , nama lengkap

ibu, pada setiap tidur harus di beri nama atau tanda untuk mencegah terjadinya miskomunikasi guna untuk nomor identifikas (Kumalasari, 2015:216).

1) Adaptasi bayi baru lahir

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

- 1) Mendapatkan oksigen dengan melalui system sirkulasi pernafasannya yang baru.
- 2) Mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula darah yang cukup.
- 3) Dapat mengatur suhu tubuh.
- 4) Dapat melawan setiap penyakit dan infeksi.

Sebelum diatur oleh tubuh bayi sendiri, fungsi tersebut dilakukan oleh plasenta yang kemudian masuk ke periode transisi. Periode transisi terjadi segera setelah lahir dan dapat berlangsung hingga 1 bulan atau lebih (untuk beberapa system). Transisi yang paling nyata dan cepat adalah pernafasan dan sirkulasi, system termoregulasi, dan system metabolisme glukosa.

E. Rawat Gabung

Rawat gabung adalah suatu cara perawatan ketika bayi baru lahir ditempatkan bersama ibunya dalam satu ruangan (perawatan terpadu ibu dan anak). Tujuan rawat gabung.

- a) Mencegah infeksi silang.
- b) Agar bayi mendapat kolostrum ASI.
- c) Memberi ransangan secara dini untuk pertumbuhan dan perkembangan.
- d) Membantu hubungan ibu dan bayi agar lebih dekat dan erat.
- e) Memberi kesempatan pada ibu dan keluarga agar mendapat pengalaman.
- f) Memberikan Pendidikan kesehatan.

Manfaat bagi ibu dari segi psikologi adalah meningkatkan keakraban ibu an bayinya, memberikan kesempatan pada ibu untuk merawat sendiri bayi, memberi rasa percaya diri tanggung jawab kepada ibu untuk merawat bayinya, dan memberi kesempatan pada ibu untuk mengenal tangisan bayinya sedangkan manfaat dari segi fisik bagi ibu adalah involusi uterus akan terjadi dengan baik, mempercepat mobilisasi, dan mempercepat produksi ASI. Manfaat bagi bayi dari segi psikologi adalah sentuhan dapat merupakan stimulasi mental dini yang diperlukan bagi tumbuh kembang anak, khususnya rasa aman sedangkan manfaat bagi bayi dari segi

fisik adalah melindungi bayi dari bahaya infeksi, mengurangi kemungkinan terjadi infeksi nosokomial. Mengurangi bahaya aspirasi, dan bayi menyusu dengan Teknik yang benar. Manfaat bagi keluarga dari segi psikologi adalah dapat mendorong ibu agar menyusui bayinya dan memberi kesempatan bagi ibu dan keluarga untuk mendapat pengalaman cara merawat bayi. Sedangkan manfaat bagi keluarga dari segi ekonomi adalah biaya perawatan sedikit. Tidak membeli susu dan perlengkapan, dan anak jarang sehingga biaya berobat berkurang.

F. Reflek Pada Bayi Baru Lahir

a) Reflek glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara perlahan-lahan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

b) Reflek hisap (sucking)

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui.

c) Reflek mencari (rooting)

Bayi menolak kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusao pipi bayi dengan lembut bayi akan menolehkan kepalanya kearah jari kita dan membuka mulutnya.

d) Reflek genggam (grasping)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

e) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian Gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f) Reflek moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g) Reflek tonik neck

Ekstermitas pada satu sisi ketika kepala ditoleh akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditoleh ke satu sisi saat istirahat. Respon ini mungkin tidak ada atau tidak lengkap segera setelah bayi lahir (Marmi, 2015).

G. Kunjungan Neonatus

- a) Kunjungan pertama dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit dan Gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1,

hepatitis B, perawatan tali pusat, pencegahan kehilangan panas bayi.

- b) Kunjungan kedua dilakukan hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan fisik, penampilan dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi, personal hygiene, pola istirahat keamanan, tanda-tanda bahaya yang terjadi.
- c) Kunjungan ketiga dilakukan hari ke 8 -ke 28 hari. Dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya. (Putra, 2012).

H. Masalah Pada Bayi Baru Lahir

a) Jaundice

Adalah warna kuning yang terlihat pada kulit bayi baru lahir. Pertama kali muncul di wajah, kemudian dada, perut, dan beberapa kejadian ada di bagian lengan dan kaki. Bagian putih di mata juga bisa jadi kuning. Menurut Centers for Disease Control and Prevention (CDC), jaundice terjadi ketika bilirubin menumpuk di darah Si Kecil. Hal ini terjadi karena hati belum cukup berkembang secara efisien mengeluarkan bilirubin dari aliran darah.

b) Kulit membiru

Kaki dan tangan bayi bisa saja menjadi sedikit berwarna biru, tetapi tidak perlu dirisaukan. Kalau tangan dan kakinya menjadi sedikit biru karena kedinginan, biasanya akan segera kembali

berwarna pink begitu mereka menghangat. Jika kulit terlihat biru terus menerus, apalagi diikuti dengan kesulitan bernapas dan menyusu, ada kemungkinan jantung atau paru-parunya tidak bekerja sebagaimana mestinya. Segera konsultasikan kepada dokter, Moms.

c) Perut membuncit

Kebanyakan perut bayi secara normal terlihat membuncit terutama setelah banyak menyusu. Di antara waktu menyusu, perut bayi yang baru lahir biasanya terasa lebih lunak. Moms perlu berhati-hati bila perut Si Kecil terlihat besar dan saat dipegang terasa keras, belum buang air besar selama lebih dari 1 hari atau muntah. Jika hal ini terjadi, segera hubungi dokter anak. Bisa jadi ada masalah pencernaan yang lebih serius.

d) Bekas forceps

Saat forceps digunakan untuk membantu proses persalinan, alat ini bisa meninggalkan tanda merah atau bahkan goresan pada wajah dan kepala bayi. Biasanya goresan akan hilang dalam beberapa hari. Kadangkala benjolan datar, keras, timbul di satu area ini karena kerusakan minor pada jaringan di bawah kulit.

Namun, kondisi ini biasanya akan hilang dalam waktu 2 bulan.

e) Menangis berlebihan

Semua newborn menangis, tanpa alasan yang jelas. Bila Anda yakin Si Kecil sudah disusui, disendawakan, dalam kondisi

hangat, dan menggunakan popok bersih, cara terbaik untuk menenangkan tangisannya adalah menggendong, bernyanyi atau berbicara dengannya hingga ia berhenti menangis. Bila tangisannya terdengar aneh, ada lengkingan sakit, bisa jadi tanda adanya masalah medis, Moms. Minta saran dari dokter segera.

f) Cedera persalinan

Healthy Children menyebutkan, saat persalinan, newborn bisa mengalami cedera, terlebih bila prosesnya cukup panjang, sulit, atau bayi berukuran sangat besar. Cedera yang terjadi adalah salah satunya kelemahan otot. Disebabkan adanya tekanan yang terjadi selama proses persalinan ataupun peregangan dari saraf yang melekat pada otot. Minta bantuan dokter tentang cara mengasuh dan memegang bayi yang tepat.

g) Lesu dan selalu mengantuk

Setiap newborn menghabiskan banyak waktunya dengan tidur. Sepanjang ia bangun setiap beberapa jam, menyusu dengan baik, terlihat kenyang, dan terjaga di siang hari., normal baginya untuk banyak tidur. Kalau Si Kecil jarang terjaga, tidak bangun dengan sendirinya untuk menyusu, segera bawa ke dokter.

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian dari Keluarga Berencana

Pada program ini guna untuk keluarga berencana yaitu suatu program yang digunakan untuk membantu para pasangan dan pada perorangan dalam mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insiden kehamilan beresiko tinggi, angka kesakitan dan angka kematian dengan membuat pelayanan yang bermutu, mudah terjangkau, di terima dan mudah di peroleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu nasehat, komunikasi, informasi, edukasi, konseling dan pelayanan meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab dalam keluarga berencana (Maharyani dkk, 2010:1).

Pada keluarga berencana adalah tindakan yang dilakukan untuk membantu pasangan suami istri dalam menghindari kehamilan yang tidak di inginkan serta mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, serta mengontrol waktu serta saat kelahiran dalam hubungan yang umur suami dan istri serta untuk menentukan jumlah anak dalam keluarga dengan adanya pelayan KB. Program KB berguna untuk menkan laju pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan keluarga ibu dan anak (Indrawati, 2012:1). Pada program keluarga berencana nasional tidak hanya berorientasi kepada masalah

pengendalian pertumbuhan penduduk tetapi untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan penduduk Indonesia (Setiadi, 2015).

B. Syarat Kontrasepsi

ada beberapa syarat kontrasepsi yaitu :

1. Aman dalam pemakaian dan dapat di percaya
2. Tidak ada efek samping yang serius dan dapat merugikan
3. Pada lama kerjanya dapat di atur dengan menurut keinginan
4. Tidak mengganggu hubungan dalam persetubuhan
5. Tidak memerlukan bantuan secara medik atau dengan cara control yang ketat selama pemakaiannya
6. Cara penggunaan sederhana
7. Harga murah dan mudah terjangkau
8. Dapat di terima oleh pasutri (pasangan suami istri) dalam mempelajari kontrasepsi dalam pengetahuan pada kehamilan dan cara kerja kontrasepsi harus benar-benar dipahami, misalnya:
 - a) tidak menumpahkan sel sperma ke dalam vagina pada cara abstinesia dan koitus interruptus.
 - b) Mengelakkan masa subur wanita system kalender
 - c) Dengan cara menutup mulut Rahim dengan menghalangi masuknya sperma kedalam Rahim dan saluran sel telur diafragma (dutch cap).
 - d) Dengan mematikan sperma dalam vagina spermisida.

- e) Mencegah kontrasepsi atau masa nidasi IUD
- f) Menekan dan melumpuhkan sel sperma dengan PIL KB
- g) Meenakan ovulasi sehingga sel telur tidak keluar (kontrasepsi hormonal).
- h) Memotong dan mengikat atau dengan cara menjepit saluran sel telur dan saluran sperma (kontrasepsi mantap).

C. Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan sebagai usaha yang dapat mencegah terjadinya pembuahan dengan usaha-usaha itu yang dapat bersifat sementara, dapat juga dengan bersifat permanen (Prawirahardjo, 2008:534). Pada kotrasepsi yang berarti mencegah terjadinya kehamilan atau dengan melawan sedangkan, konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan, kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibatnya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma (Kumalasari, 2015:277) ada beberapa cara kerja kontrasepsi yaitu:

a. Metode sederhana

- 1) Tanpa menggunakan alat atau tanpa menggunakan obat-obatan misalnya bersenggama terputus dan pantang berkala

2) Dengan alat kontrasepsi dan obat misalnya dengan kondom, diafragma atau cup, cream, jelly, cairan berbusa, dan tablet berbusa (vagina tablet).

b. Metode efektif

- 1) Implant atau susuk KB
- 2) AKDR (alat kontrasepsi dalam Rahim)
- 3) Suntik KB
- 4) Pil KB

c. Metode kontrasepsi dengan cara operasi (kontrasepsi mantap)

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

D. Evaluasi dan Pelayanan

Beberapa metode kontrasepsi yang harus dievaluasi dalam pemakaian, apalagi alat tersebut atau cara tersebut baru digunakan di Indonesia. Beberapa kriteria yang dapat dipakai untuk evaluasi yaitu sebagai berikut:

1) Efektifitas

a. Efektifitas klinis adalah keunggulan cara kontrasepsi tertentu dalam mencegah terjadinya kehamilan.

b. Efektifitas kontrasepsi yaitu keunggulan cara kontrasepsi yang tertentu dalam mencegah kehamilan dalam kenyataan sehari-hari.

2) Aksetabilitas

Angka dalam presentasi suami istri yang menggunakan suatu cara atau kontrasepsi secara teratur dan terus menerus.

3) Angka kelangsungan

Angka yang menunjukkan seara banyaknya aseptor yang masih menggunakan suatu cara atau alat kontrasepsi.

4) Angka drop-out

Dengan cara mengitung jumlah akseptor yang keluar dari cara atau alat kontrasepsi.

5) Angka tukar cara

Jumlah akseptor yang menukar suatu cara kontrasepsi dengan cara lain.

E. Jenis Kontrasepsi

A. Metode Sederhana

1. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Amenorea laktasi atau MAL yaitu kotrasepsi yang mengandalkan dalam pemberian ASI secara eksklusif yaitu dengan di berikan secara teratur tanpa di berikan makanan tambahan atau minuman apapun (Saifuddin, 2013).

a. Cara Kerja Kontrasepsi MAL

- a) Menyusui secara penuh atau full brast feeding yang lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ dalam sehari.
- b) Belum haid
- c) Umur bayi masih kurang dari 6 bulan
- d) Efektif dalam digunakan sampai 6 bulan , namun harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lain (Saifuddin,2013)

b. Keefektifitasnya

Dalam metode MAL dalam 98% bagi ibu yang menyusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama pasca persalinan dan sebelum menstruasi setelah melahirkan.

- 1) Ibu harus menyusui secara penuh atau dengan hamper penuh hanya (sekali di berikan 1-2 teguk air putih pada upacara adat atau agama)
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan (belum dianggap haid)
- 3) Bayi menghisap secara langsung
- 4) Menyusui dimulai sejak satu jam stelah bayi lahir.
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi

6) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan dalam 2 jam sekali) dengan cara bergantian dalam kedua payudara. Apabila terjadi kegagalan dalam proses menyusui bisa karena adanya anggapan keliru bahwa pemberian ASI akan berpengaruh pada bentuk payudara ASI yang sesungguhnya ada dan bisa di manfaatkan namun dapat di ganti dengan susu formula dengan alasan kesibukan berkerja atau tidak di berikan kesempatan untuk menyusui di tempat mereka berkerja dan kemungkinan lain seperti masih longgarnya kebijakan atau peraturan yang mengatur pemanfaatan ASI bagi ibu menyusui (Muryanta, 2012).

2. Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

a. Coitus interruptus

Merupakan senggama terputus yang mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi, metode senggama ini merupakan metode yang caranya mengeluarkan penis dari vagina seblum ejakulasi terjadi (Manuabaddkk, 2013).

b. Cara kerja coitus interruptus

Pada alat kelamin di keluarkan sebelum ejakulasi terjadi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina dan tidak ada pertemuan antara sel sperma dan ovum, dan tidak terjadi kehamilan (Saifuddin,2013).

c. Efektifitas

Pada 16-23 kehamilan mencapai 100 wanita dalam setahun, penyebabnya yaitu dalam angka kegagalan tinggi adalah:

- 1) Adanya cara pra-ejakulasi, yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, uretra, kelenjar cowper yang dapat keluar setiap saat dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa
- 2) Kurangnya kontrol diri pada pria. Pada metode ini justru sangat penting untuk pasutru (Hartanto, 2015)

d. Manfaat

- a. Efektif bila digunakan dengan benar
- b. Mudah terjangkau
- c. Tidak mengganggu produk ASI dapat
- d. Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya

- e. Tidak ada efek samping
 - f. Dapat digunakan setiap saat
 - g. Tidak membutuhkan biaya (Saifudin, 2013)
- e. Keterbatasan

Keterbatasan dalam senggama terputus yaitu berkurang kenikmatan atau kepuasan bagi suami istri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan (Hartanto, 2015). Indikasinya yaitu:

- a. Suami istri yang partisipasi aktif dalam keluarga berencana.
 - b. Pasangan yang taat beragam atau mempunyai alasan untuk tidak memakai metode lain.
 - c. Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
 - d. Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode lain.
 - e. Pasangan yang membutuhkan pendukung.
 - f. Pasangan yang melakukan hubungan seksual yang tidak teratur (Saifuddin, 2013).
- f. Kontraindikasi

Suami yang sulit untuk melakukan ini sebab senggama terputus, suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, biasanya istri yang mempunyai

pasangan yang sulit berkerjasama, pasangan yang tidak bersedia melakukan metode senggama terputus.(Saifuddin, 2013).

3) Kondom

a. Kondom yaitu

selubung atau sarung karet yang terbuat dari karet atau berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil) bahan alami (produk hewani) yang di pasang pada penis saat akan melakukan hubungan seksual, kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis yang terbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digunakan berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu, berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektifitas (contohnya penambahan spermisida).

b. Cara kerja

Carakerja kondom yaitu sebagai berikut:

- a. Kondom menghalangi proses pertemuan antara spermatozoa dengan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang di pasang pada penis sehingga sperma stersebut tidak tercurah kedalam seluruh reproduksi pada wanita.

b. Mencegah terjadinya penularan virus atau mikroorganisme (IMS seperti HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain pada khususnya yaitu kondom yang terbuat dari karet atau lateks dan vinyl.

c. Manfaat kontrasepsi kondom

- 1) Efektive bila digunakan
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- 4) Murah dan dapat di beli secara umum
- 5) Dapat mencegah penularan IMS
- 6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus di tunda.

d. Non kontrasepsi

- a) Memberi dorongan pada suami untuk ikut ber KB
- b) Dapat mencegah penularan IMS
- c) Mencegah ejakulasi dini
- d) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks).

e) Mencegah *imuno infertilitas*

e. Keterbatasan (Afandi, 2010)

1. Dalam cara kerja penggunaannya sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
2. Sedikit mengganggu dalam berhubungan seksual
3. Harus sedia setiap dalam keadaan akan melakukan hubungan badan.
4. Pembuangan kondom bekas kemungkinan dapat menimbulkan masalah dalam pembuangan limbah.
5. Pasangkan kondom pada saat penis sedang ereksi, kemudian tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Kemudian lepaskan gulungan tersebut ke arah pangkal penis, pasangannya harus dilakukan sebelum akan melakukan hubungan seksual.
6. Apabila kondom tidak mempunyai tempat penampakan maka longgarkan sedikit pada bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi.
7. Kondom akan di lepas apabila penis melembek atau tidak berejakulasi

8. Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga pada kondom tidak lepas saat di cabut dan lepaskan di luar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina
9. Gunakan kondom satu kali dalam berhubungan seksual.
10. Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman.
11. Selalu sedia kondom lebih dari satu apabila terjadi robekan pada kondom
12. Jangan gunakan minyak goreng, air mineral atau pelumas dari bahan petrolatum karena dapat menimbulkan kerusakan pada kondom.

B. Metode efektif

1. Pil KB merupakan sebuah obat yang di gunakan dengan cara oral yang merupakan sebuah alat kontrasepsi yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukan melalui mulut (diminum), yang berisi hormone esterogen atau progesterone

a. Cara kerja pil KB

- 1) Menekan terjadinya ovulasi yang akan mencegah terjadinya lepasnya sel telur dari ovarium.

- 2) Mengendalikan lendir mulut rahim sehingga sel mani tidak dapat masuk ke dalam Rahim.
- 3) Kemudian menipiskan lapisan endometrium
(Maryunani, 2016)

b. Macam-macam Pil KB

1) Pil kombinasi

Pada sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesterone dan esterogen

2) Pil sekuensial

Pil ini banyak mengandung komponen yang disesuaikan dengan system hormonal pada tubuh, 12 pertama hanya mengandung esterogen, pil pada 13 dan seterusnya merupakan kombinasi.

3) Pil Progestin (minipil)

Pada hal ini hanya mengandung progesterone dan digunakan ibu pada saat postpartum ada beberapa jenis minipil:

1. Ada kemasan dengan isi 35 pil: 300 glevonorgestrel atau 350 g noretindron.

2. Kemasan dengan isi 28 pil: 75 g desogestrel

(Saifuddin, 2013).

4) After morning pil

Pil ini digunakan segera setelah hubungan seksual

c. Keuntungan

- 1) Mudah digunakan
- 2) Mencegah anemia defisiensi zat besi
- 3) Cocok untuk menunda kehamilan pertama pada pasangan muda (Maryunani, 2016).

d. Kerugian

Dapat mengurangi ASI atau dapat juga menghambat produksi ASI hal ini harus minum Pil secara teratur dalam waktu yang Panjang dapat menekan fungsi ovarium, penyulit ringan (berat badan akan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual muntah).

Mempengaruhi fungsi hati dan ginjal.(Manuaba dkk, 2010).

e. Efek samping

Ketida nyamanan pada periode ini menstruasi yang tidak nyaman, timbulnya penyakit pada system kardiovaskuler, terutama pada memakai pil yang berumur lebih dari 35 tahun dan perokok. Pada pemakaian pil kontrasepsi juga akan meningkatkan

resiko terkena penyakit-penyakit tromboemboli, serta dapat menyebabkan hipertensi

f. Indikasi

1) Pil kombinasi

Pada usia reproduksi telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, yang memungkinkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui pada pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid yang hebat, ada riwayat kehamilan ektopik, kelainan pada payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal. Pembulu darah. Mata dan saraf, penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometritis atau tumor ovarium jinak, dan menderita tuberculosi, varises vena (Saifuddin, 2013).

2) Mini pil

Pada usia reproduksi telah memiliki anak atau belum memiliki anak, yang menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui pada pasca persalinan dan tidak menyusui pada pasca keguguran pokok segala usia, yang mempunyai riwayat tekanan darah

tinggi atau hipertensi <180/110 mmHg atau dengan adanya masalah pembekuan darah, dan tidak boleh menggunakan esterogen (Saifuddin, 2013).

g. Kontraindikasi

Kontraindikasi pada penggunaan pil kontrasepsi dapat dibagi menjadi 2 yaitu: Kontra indikasi mutlak atau absolut dan kontra indikasi relatif. Kontra indikasi mutlak meliputi dari penyakit tromboflebitis atau tromboemboli. Penyakit serebrovaskuler dan juga penyakit jantung koroner. Penyakit tersebut diderita saat ini atau riwayat yang sebelumnya. Penyakit lain adalah kanker payudara serta penyakit kanker lain yang dipengaruhi oleh esterogen, pada perdarahan pervaginam abnormal yang tidak terdiagnosis, pada kehamilan dan gangguan faal hati (4,6,14) sedangkan pada kontra indikasi relative meliputi penyakit hipertensi ,diabetes melitus, perokok, umur yang lebih dari 35 tahun, pada penyakit kandung empedu, pada gangguan faal hati ringan gangguan faal ginjal dimasa lalu epilepsy dan mioma uteri.

h. Efektivitas

Pil kombinasi yang memiliki efektivitas yang tinggi yang hampir menyerupai efektivitas tubektomi bila digunakan setiap hari dari 1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan, pil progesterin atau minipil sangat efektif 98,5% (Saifuddin, 2013).

2. KB suntik

KB suntik merupakan alat kontrasepsi dengan di berikan melalui suntikan, pada ontrasepsi suntik yaitu merupakan hormonal jenis suntikan yang di bedakan menjadi dua macam yaitu: DMPA (depo medroksi progesterone asetat) dan kombinasi (Susilowati, 2012).

a. Ada beberapa cara kerja KB suntik

- (a) Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita
- (b) Mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam Rahim
- (c) Dengan memisahkan endometrium (Maryunani, 2016).

b. Macam-macam KB suntik:

(a) Kontrasepsi DMPA

Menurut Bazied (2002) Yaitu yang berisi depot medroksiprogesteron asetat yang di berikan dalam suntikan dengan tunggl 150 mg/ml. Secra IM pada setiap 12 minggu (Susilowati, 2012).

1. Depo noretisteron enatat (depo Noristerat). Yang mengandung 200 mg norestindron entat, yang di berikan setiap bulan dengan cara di suntikan secara IM (Saifuddin, 2013)

2. Kontrasepsi kombinasi

Depo seterogen dan progesterone merupakan jenis suntikan kombinasi yang terdiri dari 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg esterogen sipionat (Siregar, 2010).

c. Keuntungan

a. Dapat di gunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun

b. Pada pemberian sederhana dengan setiap 8-12 minggu

c. Pada evektifitasnya tinggi

d. Ada hubungan seks dengan suntikan KB bebas

e. Pengawasan medis yang ringan

- f. Dapat di berikan pascapersalinan, atau pasca keguguran atau pasca menstruasi
- g. Tidak mengganggu pengeluaran ASI dan masa tumbuh kembang bayi
- h. Pada suntikan KB cyclofem yang di berikan pada setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi (Manuaba dkk, 2010).

d. Kerugian

yang pertama yaitu:

1. Perdarahan yang tidak menentu
2. Terjadi amnorea (tidak adanya haid atau datang bulan) berkepanjangan
3. Masih terjadi kemungkinan hamil
4. Kemudian kerugian atau penyulit ini yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan pada KB (Manuaba dkk, 2010).

e. Efek samping

- a) Gangguan pada saat haid
- b) Berat badan yang meningkat
- c) Sakit kepala
- d) Pada system kardiovaskuler efeknya sedikit, mungkin terjadi sedikit peninggian pada insulin

dan penurunan HDL-kolesterol (Hartanto, 2015).

f. Indikasi

1. Pada hamil atau yang di duga hamil
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas apa penyebabnya.
3. Tidak dapat di pakai atau menerima terjadinya gangguan haid.
4. Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin) atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate)
5. Terjadi kanker payudara atau riwayat kanker payudara
6. Sering lupa meminum pil
7. Miom uterus, pada progestin memicu pertumbuhan miom uterus
8. Pada riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pada pembuluh darah.

g. Kontra indikasi

Menurut WHO menjalurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi yang suntikan.

1. Pada saat kehamilan
2. Konsinioma pada payudara
3. Karsinoma tuktus genetalia

4. Perdarahan abnormal uterus (Hatanto, 2015)

h. Efektivitas

Pada kedua kontrasepsi tersebut untuk mempunyai efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 pada perempuan-tahun asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwalnya (Saifuddin, 2013).

3. IUD atau AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)

a. Pengertian

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dilakukan di dalam rahim yaitu ada beberapa jenisnya :

a) AKDR nonhormonal

yang merupakan AKDR menjadi dua bagian yaitu: bentuk dengan terbuka yang misalnya lippes loop. Cu-T , marguiles, spring coil,multiolat, nova-T, bentuk tertutup device seperti ota-ring atigon dan graten berg ring.

Menurut tambahan obat atau metal yaitu: Medicated IUD misalnya Cu-T 200 (ada daya kerja sampai 3 tahun) Cu-T220 (daya kerja 3 tahun) Cu-T 300 (daya kerjanya 3 tahun),Cu-T 380A (daya kerjanya 8 tahun),Cu-7,Nova T (daya kerjanya sampai 5 tahun), ML-Cu 375

(daya kerja 3 tahun). Unmedicated IUD misalnya lippes loop, marguiles, saf T coil, antigon.

b) AKDR yang mengandung hormonal yaitu progestasert-T=Alza dan LNG 20 (Kumalasari, 2015).

b. Cara kerja

Mekanisme kerja AKDR antara lain:

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR berkeja dengan baik untuk mencegah terjadinya masuknya sperma bertemu dengan ovum, meskipun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- 4) Kemungkinan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

c. Keuntungan

- 1) Pada metode ini Panjang sampai 10 tahun proteksi dari CuT-380A
- 2) Tidak ada efek samping hormonal

- 3) Tidak mempengaruhi produksi ASI
- 4) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau setelah abortus
- 5) Membantu mencegah kehamilan ektopik

d. Kerugian penggunaan AKDR dan efek samping yang umum terjadi yaitu:

- 1) Perubahan siklus haid yang pada umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan.
- 2) Haid lebih lama dan banyak.
- 3) Perdarahan atau spotting.
- 4) Saat haid akan lebih sakit.

e. Komplikasi

- 1) Merasakan sakit dan kejang selam 3-5 hari setelah pemasangan.
- 2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
- 3) Mencegah terjadinya IMS termasuk HIV/AIDS.
- 4) Penyakit pada radang panggul terjadi setelah sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR.

PRP dapat memicu infertilitas.

- 5) Sedikit nyeri atau sakit dan perdarahan (spotting) yang terjadi segera setelah pemasangan AKDR biasanya menghilang dalam waktu 1-2 hari
- 6) Kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa di ketahui atau sering terjadi apabila AKDR di pasang segera sesudah melahirkan.
- 7) Pada perempuan harus memeriksakan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukan jari ke dalam vagina ibu. Sebagian perempuan tidak mau untuk melakukan.

f. Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nullipara
- 3) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 4) Tidak menghendaki metode hormonal
- 5) Perokok
- 6) Gemuk maupun kurus harus ideal
- 7) Penderita tumor jinak pada payudara
- 8) Pusing, sakit kepala
- 9) Tekanan darah tinggi
- 10) Penderita penyakit diabetes
- 11) Penyakit tiroid

12) Setelah kehamilan ektopik

g. Kontra indikasi

- 1) Sedang hamil
- 2) Perdarahan vagina yang tidak di ketahui
- 3) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servisititis)
- 4) Kanker alat genitalia
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- 6) Di ketahui menderita penyakit TBC pelvik

h. Proses pemasangan AKDR

- 1) Pertama persiapan alat
Tahap praintraksi
- 2) Baca catatan medis atau rekaman medik
- 3) Cuci tangan dan keringkan
- 4) Tahap orientasi
- 5) Berikan salam pada klien
- 5) Jelaskan proses dan prosedur serta tujuan tindakan
- 6) Memastikan klien memang memilih intra uterine device (IUD)
- 7) Menilai pengetahuan klien tentang efek samping yang umumnya intra uterine device (IUD)

- 8) Menjelaskan kepada klien tentang apa yang akan dilakukan dan mempersiapkan klien mengajukan pertanyaan.
- 9) Sampaikan pada klien kemungkinan akan merasakn sediki rasa sakit pada proses pemasangan
- 10) Pastikan klien telah mengosongkan kandung kemih

terlebih dahulu

i. Tahap kerja atau prosedur kerja

- 1) Mempersilahkan klien berbaring di kasur serta atur posisi tidur dengan litotomi
- 2) Meminta pada klien untuk membuka pakaian bagian bawah
- 3) Memakai pelindung diri APD
- 4) Membersihkan vagina dan vulva dengan kapas sublimat atau cebok dengan air DTT
- 5) Periksa genitalia ekstermitas untuk memeriksa adanya ulkus atau pembengkakan kelenjar getah benin, pembengkakan kelenjar batolini dan kelenjar skene.
- 6) Lakukan pemeriksaan speculum untuk pemeriksaan adanya cairan vagina, servitis dan pemeriksaan mikroskopis jika di perlukan

- 7) Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar posisi uterus konsistensi dan mobilitas uterus, untuk memeriksakan adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi.
- 8) Melepaskan speculum dan sarung tangan serta rendam dengan larutan klorin
- 9) Buka kemasan pada AKDR/IUD lipat kedua bagian sisi yang terbuka.
- 10) Keluarkan pendorong dari kemasan dan masukkan ke dalam tabung inserter kemudian dorong hati-hati hingga menyentuh ujung batang AKDR.
- 11) Masukkan lengan AKDR di dalam kemasan steril
- 12) Memakai sarung tangan baru dan steril
- 13) Memasang duk steril
- 14) Memasukkan speculum dan usap vagina serta serviks dengan larutan antiseptic 2-3 kali
- 15) Gunakan tenaculum untuk menjepit serviks pada posisi jam sepuluh atau jam dua (16) memasukan sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri
- 16) Pasang AKDR.
- 17) Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri (19) pegang tabung

AKDR dengan menggunakan leher biru dalam posisi horizontal(dengan sejajar lengan AKDR).

18) Lakukan tarikan hati-hati pada tenaculum, memasukkan tabung inserter ke dalam uterus sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa adanya tahanan.

19) Lepaskan lengan AKDR dengan menggunakan tehnik menarik keluar pendorong, penggunaan tenaculum untuk menahan saat melepaskan lengan AKDR.

20) Setelah lengan AKDR lepas, dorong secara perlahan-lahan tabung interser ke dalam kavum uteri sampai leher biru menyentuh servik. Pastikan AKDR terpasang sampai di fundus

21) Tarik keluar sebagian tabung interser, dan kemudian dorong benang AKDR kira-kira 3-4 m panjangnya, kemudian pastikan sisa benang AKDR yang telah terpotong masih berada di dalam tabung inserter untuk memudahkan pada proses pembuangan atau pengeluaran AKDR.

22) Buang bahan-bahan habis pakai pada tempat sampah medis. Yang terkontaminasi darah atau cairan vagina

ke dalam kantung plastic yang tidak bocor sebelum melepas sarung tangan.

23) Lakukan dekontasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah melakukan tindakan . kemudian rendam alat-alat dan sarung tangan menggunakan larutan klorin 0,5% selama 10 menit sebelum di cuci dan didisinfeksi, ajarkan ibu bagaimana cara memeriksa benang AKDR dengan menggunakan model jika tersedia.

24) Mendiskusikan apa yang harus dilakukan jika ibu mengalami efek samping

25) Meminta ibu untuk menunggu diklinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR.

j. Tahapan terminasi

- 1) Evaluasi kedalam klien.
- 2) Simpulkan hasil kegiatan.
- 3) Lakukan kontrak untuk lanjutnya.
- 4) Akhir kegiatan.
- 5) Cuci tangan dan keringkan.

6) Dokumentasikan catat hasil kegiatan pemasangan AKDR dalam catatan keperawatan (Kumalasari,2015).

k. Prosedur pelepasan AKDR tindakan pra pencabutan

- 1) Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemih dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun
- 2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.
- 3) cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir, keringkan dengan kain bersih.
- 4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.
- 5) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan di pakai dalam wadah steril atau DTT. Pada prosestindakan pencabutan.
- 6) Lakukan pemeriksaan bimanual:
 1. Pastikan gerakan serviks bebas.
 2. Tentukan besar dan posisi uterus.
 3. Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa.
 4. Pasang speculum vagina untuk melihat serviks
 5. Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali.
 6. Jepit benang yang dekat dengan klem.
 7. Tarik keluar benang
 8. dengan mantap tetap hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.

9. Tunjukkan pada klien bahwa AKDR telah di keluarkan, kemudian rendam ke dalam larutan klorin 0,5% g. keluarkan speculum dengan hati-hati.

1. Tindakan pasca pencabutan

- 1) Rendam semua peralatan sudah di pakai kedalam klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
- 2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak di pakai lagi (kasa, sarung tangan dengan sekali pakai) ke tempat yang sudah di sediakan.
- 3) Celupkan kedua tangan yang masih emakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin.
- 4) Cuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir
- 5) Amati selama 5 menit sebelum meperboelhkan ibu pulang.
- 6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau nyeri pada perut dan panggul).
- 7) Buat rekaman medis tentang pencabutan AKDR (Thair,dkk. 2015).

4. Implant

- a. Efektif pada 5 tahun untuk norplant, selama 3 tahun untuk jedanya, indoplant, atau implanon.

- b. Nyaman
- c. Dapat di pakai oleh semua ibu dalam semua usia reproduksi.
- d. Pemasangan dan pencabutan perlu dengan proses pelan -pelan.
- e. Kesuburan segera kembali setelah implant di cabut.
- f. Efek samping dari implant yaitu berupa perdarahan tidak teratur. Perdarahan yang berbercak dan amenorea.
- g. Aman di pakai pada masa laktasi (Dewi, 2013).

A. Cara kerja kontrasepsi implant

1. Mengentalkan lendir serviks dan jumlahnya sedikit sehingga menghambat proses pergerakan atau transportasi sperma.
2. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi sekalipun telah terjadi fertilisasi antara sperma dan ovum.
3. Mengurangi perjalanan sperma, perubahan pada lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit, sehingga menghambat proses pergerakan pada sperma.
4. Menekan ovulasi. Levonorgestrel yang menyebabkan supresi terhadap lonjakan luteinizing hormon (LH), baik dalam hipotalamus maupun hipofisis yang terpenting untuk ovulasi. (Hidayati, 2009).

B. Jenis-jenis kontrasepsi implant.

a. Norplant

(a) Terdiri dari 6 batang silatik lembut dan berongga dengan Panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg levonorgestrel dan lama pemakaian sampai 5 tahun.

(b) Implanon yang terdiri dari 1 batang putih lentur dengan Panjang 40mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 ketodesogestrel dan lama kerjanya sampai 3 tahun.

(c) Jadena dan indoplant yang terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Dewi, 2013).

(d) Uniplant yang terdiri atas satu batang putih silastik dengan panjang mencapai 4 cm, yang mengandung 38 mg momegestrel asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 g per hari lama kerja 1 tahun.

(e) Capronor yang terdiri dari atas satu kapsul biodegradable, biodegradable implant melepaskan progestin dari bahan pengangkut yang seara perlahan-lahan larut dalam jaringan tubuh, kapsul ini mengandung levonogestrel

dan terdiri atas polimer E-kaprolakton. Mempunyai diameter 0,24 cm, terdiri atas dua ukuran dengan Panjang 2,5 cm mengandung 16 mg levonorgestrel, dan kapsul dengan panjang 4 cm yang mengandung 26 mg, levonorgestrel. Lama kerja 12-18 bulan. Kecepatan 200 pelepasan levonogresterl dari kaprolakton adalah sepuluh kali lebih cepat di bandingkan slastik (Kumalasari, 2015).

C. Keuntungan

- 1) Daya penggunaan tinggi
- 2) Dalam perlindungan jangka panjang dalam 5 tahun
- 3) Pengembalian kesuburan yang cepat.
- 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 5) Bebas dari pengaruh esterogen
- 6) Tidak mengganggu kegiatan dalam berhubungan seksual
- 7) Tidak mengganggu ASI
- 8) Pasien hanya kembali ke klinik apabila mengalami keluhan.
- 9) Dapat di cabut setiap saat.

- 10) Mempengaruhi jumlah darah menstruasi terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang hilang.
- 11) Dapat mengurangi atau memperbaiki anemia (Hidayati, 2009).

D. Kerugian

- a. Terasa nyeri pada kepala.
- b. Berat badan meningkat.
- c. Timbul jerawat.
- d. Ada perubahan perasaan atau mood atau kegelisaaan
- e. Membutuhkan tidak pembedaan minor untuk insersi dan pencabutan.
- f. Tidak memberikan efek produktif terhadap infeksi.
- g. Pasien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi.
- h. Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obatan tuberculosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturate).
- i. Insiden pada kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (Kumalasari, 2015).

E. Indikasi

- a. Dalam pemakaian KB pada jangka Panjang dengan waktu yang lama.

- b. masih memiliki keinginan untuk memiliki anak lagi, tapi jarak antara kelahirannya tidak terlalu dekat.
- c. Tidak dapat memakai jenis KB yang lain (K Sukarni, 2013).

F. Kontra indikasi

- 1) Hamil atau di duga hamil, perdarahan pervaginam tanpa adanya sebab.
- 2) Wanita dalam usia reproduktif.
- 3) Telah atau belum memiliki anak.
- 4) Menginginkan kontrasepsi jangka Panjang dalam 3 tahun untuk jedyanya.
- 5) Menyusui dan memerlukan kontrasepsi.
- 6) Pada pasca persalinan dan tidak menyusui.
- 7) Pasca keguguran.
- 8) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak kontasepsi mantap.
- 9) Riwayat kehamilan ektopik.
- 10) Tekanan darah $<180/10$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell).
- 11) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung esterogen, dan sering lupa menggunakan pil.

- 12) Perdarahan pervaginam yang belum di ketahui apa penyebabnya.
- 13) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 14) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
- 15) Miom uterus dan kanker payudara.
- 16) Gangguan toleransi glukosa (K Sukarni, 2013).

G. Prosedur dalam pemasangan implant.

- 1) Pertama persiapan alat dan perlengkapan lainnya untuk implant.
- 2) Tahap prainteraksi.
- 3) Terlebih baca catatan medis klien.
- 4) Siapkan alat-alat secara ergonomis, periksa kelengkapan alat dan letakkan pada tempat yang mudah di jangkau.
- 5) Kemudian cuci tangan dan keringkan
 - a. Tahap orientasi
 - 1) Memberi salam
 - 2) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan di lakukan.
 - 3) Memberikan informed consent pada klien atau pasien tentang tindakan yang akan di

lakukan secara mempersiapkan klien untuk prosedur pemasangan implant.

- 4) Menganjurkan ibu untuk mencuci tangan lengan dengan sabun dan air.
- 5) Kemudian naik ke atas tempat tidur.
- 6) Memakai sarung tangan steril.
- 7) Menggunakan sarung tangan setelah kanan dengan cara yang benar jangan sampai robek atau menyentuh bagian luar sarung tangan. Kemudian pasang sarung tangan sebelah kiri.
- 8) Usap tempat pemasangan implan dengan larutan antiseptic dan pasang duk berlubang steril.
- 9) Mulai menghusap dari tempat yang akan dilakukan insisi kearah luar dengan Gerakan melingkar. Sekitar 8-13cm dan biarkan kering.
- 10) Pasang duk steril.
- 11) Anestesi tempat insisi dengan lidokain1% menyuntikkan anestesi tepat di bawah kulit sepanjang jalur tempat pemasangan.

- 12) Buat insisi pada lengan. Dengan membuat insisi selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.
- 13) Tusukkan troker dan pendorongnya.
- 14) Memasukkan troker dengan ujung mengarah ke atas tepat di bawah kulit sampai dengan tanda biru.
- 15) Jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya.
- 16) Angakt troker ke atas, masukkan troker sepanjang jalr pemasangan dengan sesuai pla. Sambal kulit diangkat sehingga penempatan kapsul tepat di bawah kulit(batas masuknya troker sampai dengan tanda satu.
- 17) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implant.
- 18) Jika kapsul di ambil dengan tangan, pastikan sarung tangan tersebut bebas dri bedak atau pastikel lain. Jika perlu gunakan klem penjepit.
- 19) Kapsul yang tertentu kapas atau bahan lain akan menjadi lebih relaktif lebih sering

menyebabkan perletakkan atau jaringan perut, karena partikel kapas menempel pada kapsul silastik.

20) Masukkan kembali pendorong dan dorong kapsul jangan mendorong kapsul dengan pakas.

21) Tahan pendorong dan menarik troker keluar sampai di batas ujung dua.

22) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari troker. Kapsul harus bebas dari troker untuk menghindari terpotongnya kapsul saat troker untuk menghindari terpotongnya kapsul saat trokat di gerakkan untuk memasang kapsul berikutnya.

23) Pindahkan trocar dengan cara memutar ujung trocar tanpa mencabut trikar untuk memasukan implant berikutnya. Geserkan trocar sekitar 15° untuk memasang kapsul berikutnya.

24) Memastikan kapsul pertama bebas.

25) Melanjutkan pemasangan implant sampai seluruh implant terpasang. Posisi implant seperti kipas.

26) Kelurkan trocar setelah kedua kapsul terpasang. Tekan tempat insisi dengan jari selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan dan bersihkan tempat pemasangan dengan kapas antiseptic.

27) Tutup luka insisi. Temukan tepi kedua insisi dan gunakan plester dan tutup dengan kasa steril pastikan tidak ada perdarahan.

28) Lakukan pemeriksaan 15-20 menit apakah ada perdarahan, tutup dengan pembalut.

29) Kemudian rapihkan ibu dan rendam peralatan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian rendam selama 10 menit untuk dekontaminasi alat sebelum di cuci.

b. Tahap terminasi

- 1) Evaluasi klien.
- 2) Kemudian simpulkan hasil dari kegiatan.
- 3) Melakukan kontrak selanjutnya.
- 4) Mengakhiri kegiatan dengan membersihkan alat-alat.

5) Cuci tangan dan keringkan dengan kain bersih.

6) Melakukan dokumentasi temui klien kembali dan melakukan pendokumentasian.

Memberitahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap serta melakukan pendokumentasian. (Kumalasari, 2015).

c. Cara dan prosedur dalam pelepasan implant

1) Mempersiapkan alat.

2) Tahap prainteraksi.

3) Kemudian baca catatan keperawatan.

4) Siapkan alat-alat dan privasi pasien.

5) Cuci tangan dan kemudian keringkan.

d. Tahap orientasi.

1) Memberi salam pada klien.

2) Menjelaskan prosedur dan tindakan yang akan di lakukan.

3) Menganjurkan klien untuk mencuci tangan bagian lengan dengan sabun dan air yang

mengalir lalu keringkan dengan kain yang bersih, dan pastikan tidak terdapat sisa sabun.

e. Tahap dalam pekerjaan.

- 1) Mempersiapkan klien berbaring di tempat tidur.
- 2) Pasang duk steril untuk menutupi lengan.
- 3) Raba pada lokasi yang akan diinsisi.
- 4) Melakukan anastesi lokasi pada daerah yang akan di lakukan insisi atau penempatan pemasangan implant ($\pm 0,5$).
- 5) Melakukan insisi melintang 4 mm di ujung bawah kapsul (0,5 mm) dengan scalpel.
- 6) Melakukan pencabutan yang mudah teraba dari luar dengan menggunakan klem.
- 7) Melakukan dorongan kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak. Kemudian masukkan klem melalui ujung luka insisi, jepitan mengarah ke kulit, meneruskan sampai berada di bawah ujung kapsul dekat siku. Buka dan menutupi jepitan pada klem untuk memotong secara tumpul pada jaringan parut yang mengelilingi ujung kapsul. Kemudian mencabut kapsul satu persatu dengan selesai.

8) Apabila sulit untuk di keluarkan, buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul dengan menggosok-gosok kasa steril untuk memudahkan pencabutan kapsul, kemudian syarat dengan skapel secara hati-hati untuk mencegah terjadinya terpotongnya kapsul.

9) Melakukan penjepitan kapsul yang sudah terpapar dengan menggunakan klem sampai dengan kapsul terangkat dari lubang insisi.

10) Melakukan observasi pada perdarahan dan memberikan obat analgetik.

11) Melakukan bekas luka insisi dengan plester dan kasa steril.

f. Tahap terminasi

1) Melakukan evakuasi pada klien.

2) Memberikan kesimpulan pada hasil kegiatan.

3) Melakukan kontrak untuk selanjutnya.

4) Akhiri kegiatan.

5) Melakukan cuci tangan dan keringkan menggunakan kain bersih.

6) Dokumentasi catat hasil pelepasan implant di dalam catatan kebidanan. (Kumalasari, 2015).

C. Metode kontrasepsi dengan cara operasi (kontrasepsi mantap)

A. Tubektomi

Pengertian tubektomi yaitu tindakan pembedahan yang mengakibatkan orang atau pada pasangan yang bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi dan bersifat permanen, pada metode ini kontrasepsi permanen yang hanya di lakukan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak yang di sebabkan adanya alasan kesehatan .(K Sukarni, 2013).

pada tujuan tubektomi ada 4 macam sterilisasi yang berdasarkan pada tujuannya:

1. Sterilisasi hukuman
2. Sterilisasi eugenic, yaitu untuk mencegah berkembangnya kelainan mental secara turun temurun.
3. Sterilisasi medis, yaitu melakukan berdasarkan indikasi medis demi kesehatan wanita tersebut karena kehamilan berikutnya dapat membahayakan jiwanya.
4. Sterilisasi sukarela, yang bertujuan ganda dari sudut kesehatan, social ekonomi, dan kependudukan.

B. Cara melakukan tindakan tubektomi.

- a. Dengan melakukan pemotongan saluran pada telur (tubektomi): ada beberapa cara untuk melakukan tehnik tubektomi atau sterilisasi yaitu:

1. Ada cara pemoeroy cari tuba lalu angkat pada pertengahan sampai membentuk lengkungan. Pada bagian yang berada di bawah klem, diikat dengan benang yang dapat diserap oleh jaringan. Melakukan pemotongan dengan tehnik tubektomi pada bagian atas ikatan setelah luka sembuh dan benang ikatan di serap, kedua ujung tuba akan berpisah satu dan lain-lainnya.
2. Cara selanjutnya cara kroener cari tuba lalu ikatkan pada fimbria dengan klem. Buatlah dua ikatan, melakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat.
3. Cara medlener cari tuba kemudian angkat pada pertengahan dan klem, bagian bawah klem, diikat dengan benang yang mudah diserap oleh jaringan, kemudian klem dilepas dan biarkan tanpa dilakukan pemotongan.

4. Melakukan cara aldridge buat insisi kecil pada peritonium, buka sedikit dengan klem tangkap fimbria, lalu tanamkan kedalaman atau di bawah ligamentum, kemudian luka dijahit dengan beberapa jahitan.
5. Cara uchida tuba di cari dan diikat keluar, kemudian di sekitar ampula tuba di suntikkan kemudian di larutkan salin-adrenalin, di daerah ini dilakukan. Isisi kecil, pada tuba diikat kemudian di potong (tubektomi).
6. Cara irving tuba diikat pada dua tempat dengan benang yang dapat diserap, lalu melakukan tubektomi diantara kedua ikatan, di buat insisi kecil kedalam miometrium pada sudut tuba fundus uteri. Ujung sebelah proksimal di benamkan kedalam insisi miometrium tadi dengan ujung bagian distal boleh pula dibenamkan ke ligamentum larutan.

C. Indikasi

(a) Indikasi medis umum.

a) Apabila adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi.

b) Gangguan fisik: tuberculosis, penyakit jantung, penyakit ginjal, kanker payudara, dan sebagainya.

c) Gangguan pada psikis: skizofenia, dan seterusnya.

(b) Indikasi pada edis obstetric yaitu toksemia gravidarum yang berulang. Seksio sesaria berulang, abortus yang berulang.

(c) Indikasi medis genikologik yaitu disaat melakukan operasi genekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.

(d) Indikasi sosial dan ekonomi yaitu indikasi berdasarkan banyaknya anak dengan social dan ekonomi yang rendah.

D. Kontraindikasi.

a) Pada saat hamil.

b) perdarahan vaginal yang belum terjelaskan.

c) Infeksi sistemik atau pelvik yang kuat.

- d) Tidak boleh melakukan proses pembedahan.
- e) Adanya kekurang pastian mengenai keinginan untuk fertilisasi di masa depan.
- f) Ibu hamil dengan keadaan menstruasi dengan usia reproduksi.
- g) Belum memberikan persetujuan tertulis.

E. Kelebihan

- a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan).
- b) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- c) Tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien yang apabila kehamilan akan menjadi faktor resiko keehatan yang serius.
- d) Melakukan pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi local.
- e) Tidak ada efek samping dalam jangka Panjang.
- f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual atau tindakan ada efek pada reproduksi hormone ovarium.
- g) Berkurangnya resiko terjadinya kanker ovarium.

F. Kerugian

- a) Harus di pertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini tidak dapat di pulihkan kembali.

- b) Klien atau pasien dapat menyesal di kemudian hari.
- c) Ada resiko komplikasi kecil meningkatnya apabila digunakan anestesi umum.
- d) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- e) Dilakukan oleh dokter yang telah di butuhkan dokter special bedah untuk proses laparoskopi.
- f) Tidak melindungi diri dari ada atau penyakit menular seksual PMS, termasuk HIV/AIDS.

A. Vasektomi

Pengertian dari vaksetomi yaitu merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman dan sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan memerlukan anestesi umum. Namun di seluruh dunia, kontrasepsi pria masih merupakan metode yang terbaik dan kurang mendapatkan perhatian, yang baik dari pihak suami maupun petugas medis keluarga berencana (KB). Hal ini disalahkan pada sikap pihak suami:

- a. Pria lebih tertarik untuk menunjukkan kejantannya dari pada ikut bertanggungjawab dalam perencanaan keluarga.
- b. Pria atau suami bahwa tidak kontab pria akan melukai kehidupan seksnya.

c. Menyamakan tindakan kontak pria dengan pengebiran atau (kastasi). Disamping itu dari sebab-sebab lain yang mungkin menyebabkan kontak pria kurang mendapat minat antara lain yaitu:

- a) Tersediannya metode kontrasepsi baru.
- b) Prosedur-prosedur yang membuat kontak wanita menjadi lebih aman dan lebih mudah dikerjakan dibandingkan sebelumnya.
- c) Minat yang kurang dari petugas (KB), yang pada umumnya terlatih dalam bidang kesehatan ibu dan anak.
- d) Angka perceraian yang meningkat.
- e) Ada dasar dari vaksetomi okulasi vasdiferen, sehingga dapat menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam semen atau ejakulasi atau tidak ada penghantar spermatozoa dari testis ke penis.

d. Keuntungan kontak pria

- 1) Efektif
- 2) Aman dan morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortilitas.
- 3) Sederhana.
- 4) Cepat hanya memerlukan waktu sekitar 5-10 menit.

- 5) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan asetesi local saja.
- 6) Biasanya rendah.
- 7) Secara kultural dan sangat di anjurkan di negara-negara dimana para wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang ada dokter wanita dan para medis wanita.

e. Kerugian vasektomi.

- 1) Diperlukan tindakan operatif.
- 2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.
- 3) Adapun kontak pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam system reproduksi dari tempat okulasi vasdeferens yang di keluarkan.
- 4) Ada masalah psikologi yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut system reproduksi pria.

f. Kontra indikasi vasektomi

- 1) Adanya infeksi kulit local. Misalnya scabies.
- 2) Infeksi tektus genetalia.
- 3) Kelainan skrotum dan ada di sekitarnya.
- 4) Ada penyakit sistemik misalnya penyaki perdarahan diabetes melitus (DM).
- 5) Ada riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil (KSukarni, 2013).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

A. Pengertian

Pengkajian perlu dilakukan dengan menggunakan adanya data yang di perlukan untuk mengevaluasi dalam keadaan klien atau pasien secara lengkap (Nurhayati, 2014).

1) Data subyektif

A. Identitas pasien

Merupakan data yang dapat di dapatkan sebagai tanda pendapat terhadap situasi dan kejadian yang nyata (Nusalam, 2009) ada beberapa identitas pasien di antara lain yaitu:

a) Biodata

1) Nama suami dan istri

Data dalam melakukan komunikasi dengan pasien keluarga dapat terjalin komunikasi dengan baik (Manuaba, 2010:27)

2) Umur

dalam kurun waktu yang reproduksi sehat serta di kenal bahwa usia aman untuk masa kehamilan dan persalinan 20-3- tahun. Ada penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang termasuk resiko tinggi di bandingkan

dengan umur 20 tahun sampai dengan 30 tahun. Pada keadaan ini yang di sebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga dapat merugikan kesehatan ibu dan maupun perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010:28).

3) Agama

Tanyakan apa pilihan klien dan berbagai praktik terkait tentang agama, jadi harus di observasi. Untuk memberi motifasi pada klien sesuai agama dan kepercayaan agama yang di anut, agar petugas lebih muda dalam pendekatan dan pemberian motivasi atau dorongan pada klien atau pasien.

4) Suku bangsa

yaitu mempermudah dalam pelaksanaan dalam asuhan kebidanan dlam mengetahui faktor budaya atau ras dalam bermasyarakat.

5) Pendidikan

Untuk mepermudahkan dalam tingkat yang nantinya penting dalam memberikan Pendidikan kesehatan pasien dengan tingkat Pendidikan agar motivasi yang di berikan

dapat mudah di dapatkan dan mudah di pahami, serta motivasi yang diberikan petugas dapat di terima sesuai dengan pengetahuannya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat social ekonomi dan penghasilan dalam keseharian.

7) Alamat

Dapat mengetahui dimana lingkungan dan tempat tinggal dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu di perlukan.

B. Keluhan utama

Ada beberapa yang terjadi ketidaknyamanan pada pasie atau pada ibu hamil trimester III yaitu:

- a) Konstipasi
- b) Kram tungkai
- c) Edema dependen.
- d) Dyspareunia
- e) Insomnia
- f) Nyeri punggung bawah
- g) Sesak nafas
- h) Hemoroid
- i) Varises dan leokorea

Sehubungan dengan meningkatnya produksi kelenjar dan lendir edoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar esterogen. Adanya ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III. yaitu menyebabkan kepala dan striae gravidarum (Marmi, 2011)

C. Alasan datang

Alasan pada wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri(Hani, 2010:87).

D. Riwayat menstruasi

yaitu untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid.

banyaknya darah, dimenorrhoe atau tidak, haid teratur atau tidak. (Manuaba, 2008).

E. Riwayat obstetri

1) Gravida atau para

2) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

3) Kehamilan yang lalu

a. tanggal persalinan

b. usia gestasi

c. tempat lahir

d. bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakum ekstrasi).

e. Masalah obstetric, medis dan social yang lain, dalam kehamilan. yaitu preeklamsi, dan lain-lain. Dalam

persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain). Berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital pada bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati) status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebab utamanya. Pertanyaan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan. Karena pada jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan. (Hani, 2011).

F. Riwayat kehamilan sekarang

Pada riwayat kehamilan sekarang di kaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat, sesudah mengetahui umur kehamilan pada pasien, bidan atau tenaga medis dapat memberikan konseling tentang keluhan utama pada kehamilan yang bisa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik lagi (Rukiyah, 2009:145).

G. Riwayat KB

Dapat mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya kapan berapa tahun dalam penggunaannya, dan jenis KB apa yang di gunakan. (Estiwidani dkk, 2008). Pada pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septic tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD. Untuk berencana KB yang

meliputi KB metode sederhana (atau kondom, spermisida , coitus interruptus, pantang berkala) daan metode efektif (pil KB, progesterone only pil, pil KB kombinasi, after morning pil, suntik KB , susuk KB atau implant. (Manuaba, 2010).

1. Riwayat kesehatan keluarga

- 1) Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk pada wanita dengan komplikasi kehamilan yang sebelumnya, membutuhkan perawatan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan jika ada penyakit yang telah di derita oleh ibu dapat mempengaruhi proses kehamilannya, sebagai 240 contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat di picu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung dan diabetes melitus.
- 2) Diabetes melitus, anemia serta penyakit menular seksual (PMS) (Marmi, 2014).
- 3) Penyakit yang pernah di derita (pada sekarang)
 - (a) Diabetes melitus tergantung insulinya (IDDM)>

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas polyuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, dan meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan timbul

kelelahan, sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, rasa lapar, dan mudah lelah, tetapi yang lebih menonjol yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan kabur, atau bahkan mengalami neuropati perifer. Pada wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnya di pertimbangkan. Dan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008).

(b) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas angka kesakitan dan angka kematian, janin serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan pada plasenta, gagal ginjal akut, abrusio retina, gagal janin, hemoragi serebral. IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

(c) sifilis

Sifilis yaitu ditularkan dalam janin melalui plasenta, sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterine, kematian neonatus, dan sifilis kongenital, lebih besar dari 80% ibu

hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas ataupun morbiditas. (Walsh, 2012).

(d) Hepatitis B

Penurunan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% beresiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hb ibu. Ibu yang seropositive untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resting (resiko tinggi) penularan terhadap neonatus. (Walsh, 2012).

(e) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadinya kontraksi otot Rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus, pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh atau system imun sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian pada ibu dan janin (Manuaba,2012).

(f) Penyakit jantung

Bisa menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan.

Persalinan dan nifas, perlu memerlukan konseling konseling dan prakonsepsi dapat memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada pasien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3/4 sebaiknya tidak sedang hamil dan dapat memiliki memakai konsepsi seperti AKDR, tubektomi, atau vaksetomi pada pasien dan pasangannya (Saifuddin, 2014).

(g) HIV/AIDS

Apabila hamil dapat memperberat kondisi klinik pada wanita dengan infeksi HIV/AIDS karena tranmisi vertikal virus AIDS dari ibu ke janin terjadinya melalui plantara dari plasenta. Ada pengobatannya yang dapat dilakukan pada ibu yang menderita HIV dan penyakit oportunitiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007).

2. Riwayat kesehatan keluarga

1) Diabetes melitus tergantung insulinnya (IDDM)>

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas polyuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, dan meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan timbul kelelahan, sedangkan diabetes

tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, rasa lapar, dan mudah lelah, tetapi lang lebih menonjol yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal,infeksi kulit, pengelihatan kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Pada wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat di jelaskan sebabnya di pertimbangkan, dan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008).

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortilitas angka kesakitan dan angka kematian, janin serta maternal. Komplikasi yang berkitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan pada plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemorargi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

3) sifilis

Sifilis yaitu di tularkan dalam janin melalui plasenta, sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterine, kematian neonatus, dan sifilis kongenital, lebih besar dari 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas ataupun morbilitas. (Walsh, 2012).

4) Hepatitis B

Penurunan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% beresiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hb ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko (resiko tinggi) penularan terhadap neonatus. (Walsh, 2012).

5) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadinya kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus, pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh atau system imun sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian pada ibu dan janin (Manuaba,2012).

6) Penyakit jantung

Bisa menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan. Persalinan dan nifas, perlu memerlukan. Konseling-konseling dan prakonsepsi dapat memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada pasien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3/4 sebaiknya tidak sedang hamil dan dapat

memiliki memakai konsepsi seperti AKDR, tubektomi, atau vaksetomi pada pasien dan pasangannya (Saifuddin, 2014).

7) HIV/AIDS

Apabila hamil dapat memperberat kondisi klinik pada wanita dengan infeksi HIV/AIDS karena tranmisi vartikal virus AIDS dari ibu ke janin terjadinya melalui plantara dari plasenta. Ada pengobatannya yang dapat di lakukan pada ibu yang menderita HIV dan penyakit opurtunitiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007).

3. Pola dan fungsi kesehatan

1) Nutrisi

Pada ibu hamil kebanyakan mengalami peningkatan konsumsi makanan yang mencapai 300 kalori dalam perhari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, menu seimbang dan cukup airan, nutrisi yang perlu di tambahkan antara lain:

(a) Kalori

Ada beberapa jumlah kalori yang di perlukan ibu pada saat hamil yaitu sebanyak 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dan dapat menyebabkan obesitas dan hal- hal yang lainnya yang merupakan faktor predisposisi untuk

terjadinya preeklamsia, dan jumlah berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama masa kehamilan.

(b) Protein

Pada jumlah protein yang di butuhkan ibu hamil mencapai 8,5 gram per hari. Pada sumber protein yang di hasilkan dapat di peroleh dari tumbuh-tumbuhan seperti : (Kacang-kacangan), atau hewani seperti (daging ayam, ikan, keju, susu, dan telur)

Pada defisiensinya pada kelahirann premature, anemia dan odema.

(c) Kalsium

Kebutuhan pada kalsium pada ibu hamil yaitu 1,5 gram dalam per hari. Kalsium yang di butuhkan untuk pertumbuhan janin, yang terutama pada bagian perkembangan otak dan kerangka pada janin. Dengan sumber kalsium yang mudah di dapatkan seperti : susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensinya kalsium yang menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

(d) Zat besi

Kebutuhan zat besi yang diperlukan ibu hamil yaitu dengan memberikan tablet tambah darah FE sehari segera setelah rasa mual hilang. Pada setiap tablet Fe mengandung FeSO_4 320 mg (pada zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , pada minimal masing-masing 90 tablet.

Pada tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena menggunakan penyerapan pada metabolisme yang tinggi pada ibu hamil yang memerlukan kecukupan oksigenasi pada jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen yang melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Berguna untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal yang diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/ hari yang terutama setelah trimester 2, pada sumber zat besi yang dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kaangan. Serta kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi pada zat besi.

(e) Asam folat

Selain zat besi diperlukan sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Pada jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil mencapai 400

mikrogram dalam per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Table 2.11
Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

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

Sumber : Marmi, 2013

2) Pola eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

Terjadi kemungkinan frekuensi pada saat berkemih pada trimester III sering mengalami BAK biasanya di alami oleh wanita primigravida setelah lightening. Pada hal ini yang menyebabkan bagian presentasi (terendah) pada janin akan menurun masuk kedalam panggul dan

menimbulkan tekanan pada kandung kemih dan akan sering mengalami BAK (Marmi, 2014)

2. Buang air besar (BAB)

Pada ibu hamil yang sering di alami konstipasi yaitu susah untuk buang air besar yang di sebabkan adanya penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormone progesterone, konstipasi juga terjadi akibat efek sampingnya mengkonsumsi zat besi, pad hal ini akan mengakibatkan masalah pada ibu hamil (Marmi, 2014).

3) Pola aktivitas

Pada pola aktivitas dapat di lakukan dengan melakukan senam hamil yang bertujuan untuk melancar proses peredaran darah dan melancarkan proses persalinan dan dapat meregangkan otot-otot sehingga dapat berfungsi seara optimal dalam persalinan yang normal. Pada senam hamil dapat di lakukan pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Merupakan salah satu aktivitas yang dapat di anggap sebagai senam hamil yaitu berjalan-jalan saat hamil yang terutama pada pagi hari (Manuaba, 2011). Tidak di anjurkan pada ibu untuk melakukan pekerjaan berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berakibat pada kehamilannya (Saifuddin, 2014).

4) Pola istirahat

Pada pola istirahat yang di butuhkan oleh ibu hamik kurang lebih 6-8 jam/hari. Termasuk dalam tidur siang maupun pada saat tidur malam hari, posisi pada saat tidur yang baik yaitu dengan tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih baik miring ke kiri, dengan slah satu kaki menyilang dan menyelipkan bantal di bagian paha dengan cara melipatkan ke dua kaki (Manuaba, 2010).

5) Pola seksual

Pada hubungan seksual disarankan di hentikan pabila ibu mengalami tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai dengan rasa nyeri atau hubungan sekdua panas, yang terjadi perdarahan saat berhubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang secara tiba-tiba, pada hal ini tidak di anjurkan untuk ibu yang sering mengalami keguguran atau abortus, persalinan yang belum waktunya, bayi mati dalam kandungan sekitar 2 minggu sebelum proses persalinan,(2012), sedangkan menurut (Saifuddin (2010). Koitus di perbolehkan dilakukan pada masa kehamilan apabila di lakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya jangan di lakukan karena dapat menyebabkan perdarahan dan sakit.

6) Personal hygiene

Menjaga kebersihan itu penting pada ibu hamil yang terutama pada lipatan-lipatan kulit seperti (leher, ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan menggunakan air dan di keringkan menggunakan kain bersih dan kering (Saifuddin, 2009).

A. Riwayat ketergantungan

1. Merokok

Pada ibu hamil tidak di anjurkan mengkonsumsi rokok karena sangat merugikan bagi ibu dan bayinya, bayi akan kekurangan oksigen serta dapat menimbulkan racun yang di peroleh rokok. Rokok dapat di transfer melalui plasenta ke dalam tubuh janin, pada kandungan nikotin yang terdapat di dalam 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. Bisa juga mengakibatkan bayi premature. (Marmi, 2011).

2. Alkohol

Pada masalah yang signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf yang terkait alkohol dan meningkatkan

wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang di kandunginya. (Marmi, 2011).

3. Obat-obatan terlarang

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

B. riwayat psikososial dan budaya

pada status perkawinan: berperan pertanyaan yang dapat di ajukan antara lain yaitu:

- a. usia nikah pertama kali.
- b. Status pernikahan sah atau tidak.
- c. Lama pernikahan.
- d. Perkawinan sekarang adalah suami yang ke berapa (Sulistyawati, 2019).

1. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum.

1. Keadaan umum

Data yang di deperoleh dengan pengamatan pada pasien atau klien dengan cara keseluruhan.

Pada hasil pengamatan yang di lakukan di laporkaan dengan kriterianya yaitu:

- a. Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- b. Lemah: pasien dimasukkan dalam kriteria ini apabila ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan sekitar dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010:102).

2. Kesadaran

Ada beberapa kesadaran yaitu:

Omposmentis atau sadar penuh, apatis atau acuh tak acuh terhadap keadaan lingkungan sekitar.

3. Suhu

Suhu pada tubuh yang baik yaitu 36-37,5°C

Apabila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu waspada adanya infeksi (Romauli, 2011).

4. Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normal 16-24 kali/menit (Romauli, 2011).

5. Antropometri

1. Tinggi badan

Pada tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetic, pada tinggi badan seharusnya di ukur 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 – 15 kg selama masa hamil atau terjadinya kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012).

3. Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm, jika LILA kurang dari 23,5 cm maka

interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK) (Jannah, 2012).

b) Pada pemeriksaan fisik

1. Kepala

Bersihkan atau kotor. Pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, ada uban atau tidak, rambut yang mudah di cabut menandakan kurangnya gizi atau tidak ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

2. Muka

Terdapat cloasma gravidarum atau tidak, sebagai akibat dari deposit pigmentasi yang berlebihan dan tidak ada sebab, pada bentuk simetris, apabila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Pada edema yang terdapat pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan 259 salah satu dari tanda dan gejala pre-eklamsia (Saifuddin, 2010)

3. Mata

Pada konjungtiva berwarna pucat atau kemerahan, sklera putih atau tidak, (Alimul, 2008).

4. Hidung

Pada pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan pernafasan cuping hidung, deformitas atau

penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabil, pada rongga hidung terbebas dari sumbatan, perforasi septum nasal. Pada pemeriksaan nasal dapat di lakukan dengan speculum, (dengan ukuran tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titi-titik dari perdarahan, rabas, dan warna mukosa). (Varney dkk, 2008).

5. Telinga

Pada normalnya tidak terdapat serumen atau yang berlebihan tidak berbau, berbentuk simetris (Romauli, 2011).

6. Telinga

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

7. Dada atau payudara.

Pada kontraksi uterus, TBJ,DJJ, palpasi pada kandung kemih (Sulistyawati, 2010). ada beberapa yang dapat di lakukan untuk mengetahui keadaan janin.

yaitu di antaranya:

- a. Normalnya DJJ 120-160x/menit apabil kurang dari 120x/menit di sebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit di sebut dengan *takikardi* (Romauli,2011).

- b. Ukuran janin

Dengan tehnik atau cara Mc. Donald, untuk mengetahui Tinggi Fundus Uteri (TFU) dengan menggunakan pita ukuran kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak $(TFU(cm) - n \times 155 = TBJ)$. Bila kepala di atas *spina ischiadika* maka $n=12$. Bila kepala di atas *ischiadika* maka $n=11=11$ (Varney, 2011).

- c. Letak dan presentasi

Pada letak dan presentasi janin dapat diketahui melakukan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah leopold, yaitu:

- a. Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

b. Leopold II: untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang di sebelah kiri atau kanan.

c. Leopold III : untuk menentukan bagian terbawah janin

(presentasi).

d. Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian terbawah janin sudah masuk panggul (Akhhamd, 2016).

d. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Pemeriksaan panggul luar

b. Distansia spinarum, jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan bagian kanan (normalnya 23-26 cm).

c. Distansia cristaru, jarak antara crista iliaka kanan dan kiri pada normalnya (26-29 cm).

d. Conjugata eksterna (baudeloque), yang merupakan jarak antara pinggir atas sympsis dan juga prosesus spinosus ruas tulang lumba ke V (normal 18-20 cm).

e. Ukuran pada lingkaran panggul dari pinggir atas sympsis ke pertengahan spina iliaka anterior superior dan trochanter mayor

spina dan kembali melalui tempat yang sama di pihak yang lain, (normal 80-90 cm).

- e. Pada pemeriksaan panggul dalam pemeriksaan panggul dalam pada usia kehamilan sekitar 36 minggu. Pada pemeriksaan panggul dalam dapat digunakan untuk merasakan kesan mengenai bentuk panggul. Di katakan dengan normalnya jika promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostoses), linea innominate teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os.sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus >90 .

8. Genetalia

Pada pemeriksaan ini genetalia di lakukan dengan mencari adanya lesi, edema, perubahan warna, pembengkakkan, ekskoriasi serta apa adakah memar, apabila terjadi lesi kemungkinan adanya sifilis atau herpes. Sedangkan pada primipara labia mayora Bersatu, himen koyak beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae utuh, perineum utuh,

pada multipara labia mayora agak terbuka, karunkula himenalis, vagina lebar dengan rugae berkurang dan perineum terdapat luka bekas episiotomy, pada peningkatan kongesti di tambah relaksasi dinding pembuluh darah serta uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva (Romauli, 2011).

9. Anus

Anus biasanya terjadi hemoroid yang sering di temukan pada ibu hamil dengan mengalami konstipasi, oleh sebab itu, maka semua penyebabnya konstipasi berpotensi menyebabkan relaksasi pada dinding vena dan usus besar, selain itu pembesaran pada uterus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, 2008).

10. Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering kali mengalami edema dependen yang di sebabkan dengan adanya kongesti sirkulasi pada esktermitas bawah, pada peningkatan kadar permeabiloitas kapiler, pada tekanan dari pembesaran uterus pada vena kava

inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan di disertai proteinuria serta hipertensi perlu di waspadai adanya pre-klamsia (Marmi, 2014). Apabila bagian bawah bergerak dengan sedikit ketika tendon di ketuk, bila di gerakkan berlebihan dan cepat maka hal ini memungkinkan merupakan tanda preeklamsia. Bila reflek patella negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan menunjang

a. Pemeriksaan darah

1. Haemaglobin

Pada pemeriksaan ini dan pengawasan haemaglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat di golongan dengan sebagai berikut :

Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang 7-8 g%, anemia berat Hb < 7 g% (Manuaba, 2012:139).

2. Golongan darah

Akan dilakukan pemeriksaan golongan darah berfungsi untuk mengetahui golongan darah klien, yang dilakukan pada kunjungan pertama kali pada pemeriksaan fisik ibu hamil, pada hal ini sebagai persiapan ibu jika mengalami perdarahan secara mendadak selama masa persalinan atau sesudah persalinan, sehingga tranfusi darah dapat segera dilakukan (Rohmauli, 2011).

b. Pemeriksaan protein urine

Pada pemeriksaan ini dilakukan kunjungan pertama kali pada ibu hamil pada setiap kunjungan trimester

III. Cara menilai hasil yaitu:

- a. tidak ada kekeruhan (-)
- b. ada kekeruhan tanpa butir-butir (+).
- c. kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++).
- d. kekeruhan dengan jelas dan berkeping-keping (+++).
- e. Sangat keruh berkeping-eping besar atau bergumpal (++++).(Romauli, 201).

c. Pemeriksaan reduksi.

Reduksi urin dilakukan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin yang dilakukan pada kunjungan pertama, ara menilai dengan hasil reduksi urin adalah:

- a) jika berwarna hijau jernih atau biru (-).
- b) Hijau keruh (+).
- c) Hijau keruh kekuningan (++)
- d) Jingga atau kuning keruh(+++).
- e) Merah kekuningan dan keruh atau merah bata (++++) (Romauli, 2011).

d. Ultrasonografi (USG).

Pada penentuan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cek USG menggunakan 3 cara yaitu :

- a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- b) Dengan mengukur jarak kepala – bokong (GRI = Groun Rum Length) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- c) Dengan mengukur diameter biparetal (BPD) pada kehamilan lebih 12 minggu.

b. Kartu skor prodji rochyati

Berguna untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan kartu skor prodji rochyati (PSPR). Terdiri dari kehamilan resiko rendah dengan skor 2 di tolong oleh bidan, kehamilan resiko tinggi (KRT) dengan skor 6-10 di tolong oleh bidan atau dokter, kehamilan dengan resiko tinggi (KRST) dengan skor >12 di tolong oleh dokter (Kemenkes, 2014).

A. Diagnosa kebidanan

Menurut Kemenkes RI No. 938/Menkes/VIII/2007bidan menganalisa data yang di peroleh pada pengkajian, menginterpretasikan data secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Diagnosa : G1/1PAP1AH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012). Dengan masalah yang mungkin timbul antara lain: edema dependen, nukturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, pnas, dan nyeri pada ulu hati, serta kecemasan yang menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007).

B. Perencanaan

Pada keputusan menurut Menteri kesehatan RI No.938/Menkes/VIII/2007 tentang standar kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan yang berdasarkan pada diagnosa dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria perencanaan sebagai berikut:

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien : tindakan segera, antisipasi, dan asuhan secara berkesinambungan.
- b) Melibatkan pasien atau keluarga.
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, social budaya ibu maupun keluarga.
- d) Menentukan tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien atau pasien.
- e) Mempertimbangkan kebijakan serta peraturan yang berlaku pada sumberdaya atau fasilitas yang ada. Menurut varney dkk (2007), pada diagnosa kebidanan antara lain yaitu:

- a. Diagnosa kebidanan :G1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi

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

Tujuannya : ibu dan janin dalam keadaan sehat , sejahtera sampai melahirkan.

1. Keadaan umum baik
2. Keadaan composmentis.
3. Tanda-tanda vital (TTV) normal pada tekanan darah :100/70-130/90 mmHg, Nadi: 76-88x/menit, suhu:36,5-37,5°C. respirasi rate: 6-24x/menit.
4. Pemeriksaan laboratorium.
5. Hb lebih dari 11 g%, protein urine (-). Reduksi urin (-).
6. Denyut jantung janin (DJJ) 120-160x/menit, kuat, irama teratur.
7. Tinggi fundus uteri (TFU) sesuai masa kehamilan
8. Situs bujur dan presentasi kepala. Intervensi menurut varney dkk (2007) adalah:
 1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaannya

R/ apabila ibu mngerti keadaannya dengan tindakan yang di berikan.

2. jelaskan tentang ketidaknyamanan saat masalah yang mungkin terjadi pada ibu hamil dengan trimester III.

R/ ibu dapat menyesuaikan diri dengan keadaan yang dialaminya.

3. Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya yaitu: nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, senam hamil.

R/ dengan terpenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan baik dan lancar.

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya pada kehamilan, agar klien mengetahui kebutuhan yang harus di persiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ dengan adanya rencana persalinan agar ibu menerima asuhan yang sesuai dengan tepat waktu (Marmi,2011).

6. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang haru di persiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan kegawatdaruratan.

7. Pesankan pada ibu untuk control ulang sesuai jadwal atau jika ada keluhan.

R/ memantau keadaan ibu dan janin, serta deteksi dini adanya komplikasi

- 2) Masalah 1 : edema dependen

Tujuan: ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen) kriteria: setelah tidur atau istirahat edema berkurang. Intervensi menurut Sulistyawati (2011).

- a) Jelaskan penyebab dari edema denden,

R/ ibu mengerti penyebab dari edema dependen yaitu adanya tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau vena casa inferiot ketika berbaring.

- b) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri dan kaki menyilang serta bagian tengah kaki di isi bantal.
- c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ mengingatkan perencanaan pada vena dalam panggul.

- d) Anjurkan pada ibu untuk menghindari pemakaian baju ketat.

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

- e) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal dapat melonggarkan tekanan darah pada vena yang ada pada panggul.

3) Masalah 2 : nocturia

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

Kriteria: ibu buang air kecil (BAK) 7-8x/ hari terutama siang hari dan tidak terjadi infeksi pada

saluran kencing. Intervensi menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- a) Jelaskan penyebab terjadinya ibu mengalami sering kencing

R/ ibu mngerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- b) Anjurkan ibu untuk menghindari mengkonsumsi minum-minuman yang bahan diuretic alami seperti. Kopi, the dan softdrink.

R/ karena bahan diuretic akan menambah produksi urin.

- c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil (BAK).

R/ menahan buang air kecil (BAK) akan menyebabkan infeksi pada saluran kemih.

- d) Anjurkan pada ibu untuk minum 8-10x dalam sehari, di perbanyak dengan minum air putih pada siang hari dan mengurangi minum setelah sore hari, serta anjurkan ibu untuk buang air kecil sebelum tidur pada malam hari.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

4) Masalah 3 : konstipasi

Tujuan: tidak terjadi konstipasi

Kriteria: Buang Air Besar (BAK) lancer dan konsistensi lunak. Intervensi menurut Hanni (2011) yaitu:

- a) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, banyak mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran dan buah.

R/ makanan tinggi serat dapat menjadikan feses tidak terlalu padat atau keras.

- b) Anjurkan ibu untuk banyak minum dingin atau panas (yang terutama pada saat perut kosong)

R/ dengan minum panas atau dingin sehingga dapat merangsang Buang Air Besar (BAB)

- c) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB secara teratur.

R/ berperan besar dalam menentukan waktu dalam frekuensi, dan dapat ,menghindari pembekuan pada feses.

5) Masalah 4 : hemoroid

Tujuan : tidak terjadi hemoroid

Kriteria :

- a. Buang Air Besar (BAB) lancar, konsistensi lunak tidak keras
- b. Buang Air Besar (BAB) tidak nyeri

Intervensi menurut Eny (2009):

- a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung serat untuk menghindari terjadinya konstipasi.

R/ makanan bersifat menjadikan feses tidak terlalu keras sehingga mempengaruhi pengeluaran feses.

- b) Anjurkan ibu untuk minum air putih hangat satu gelas setiap bangun tidur pada pagi hari.

R/ minum air putih hangat akan merangsang prelastik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat BAB

R/ mengejan terlalu sering akan mengakibatkan terjadinya hemoroid.

- d) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dalam air hangat.

R/ air hangat akan memberi kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi darah pada pasien.

6) Masalah 5: kram pada kaki

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

Kriteria:

- a. Kram pada kaki berkurang
- b. Ibu dapat mengatasi kram tungkai atau kram dapat berkurang intervensi menurut Bandiyah (2009).

Intervensi:

- a) Jelaskan penyebab kram pada kaki yang dialami klien.

R/ ibu mngerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidak seimbangny rasio pada kalsium.

- b) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/ senam hamil dapat meperlancar peredaran darah serta suplai O₂ ke jaringan sel sel terpenuhi.

- c) Anjurkan ibu untuk merendam kaki dengan air hangat disertai dengan melakukan massage.

R/ agar sirkulasi darah ke jaringan dapat berjalan dengan lancar.

d) Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas berdiri terlalu lama.

R/ untuk mengurangi penekanan pada kaki sehingga aliran darah dapat berjalan dengan lancar.

e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktifitas berat serta istirahat yang cukup.

R/ agar otot-otot dapat berelaksasi sehingga kram dapat berkurang.

f) Anjurkan ibu untuk tidak diet kalsium dan fosfor.

R/ mengkonsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan.

7) Masalah 6 : sesak nafas

Tujuan: ibu mampu beradaptasi dengan kondisi di sekitarnya dan kebutuhan O₂ pada ibu terpenuhi.

Kriteria:

a. Frekuensi pernafasan 16-24x/menit

b. Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut serri (2013).

a) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

R/ bertujuan untuk merelaksasikan otot-otot.

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

R/ menghindari tekanan pada diafragma

- c) Anjurkan ibu untuk tidak menghirup asap rokok.

R/ agar pernafasan tidak terganggu.

- d) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas kerja keras yang berlebihan.

R/ aktivitas berat dapat menyebabkan energi yang dilakukan banyak serta menambah kebutuhan O₂.

- 8) Masalah 7: pusing sehubungan ketergantungan otot, setres, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan.

Tujuan: ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria :

- a) Pusing dapat berkurang
 - b) Kesadaran komposmentis
 - c) Tidak terjadi kehilangan keseimbangan
- intervensi menurut sunarti (2013).

- a) Jelaskan pada ibu penyebab pusing yang dialaminya

R/ ibu mngerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

- b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi tidur.

R/ agar ibu tidak terjatuh saat bangun dari tidur.

- c) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat mnyebabkan pusing pada klien.

- d) Jelaskan untuk tidak melakukan posisi terlentang

R/ agar sirkulasi O₂ ke otak lancar.

- 9) Masalah 8: nyeri punggung

Tujuan: ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami.

Kriteria: nyeri punggung dapat berkurang.

Intervensi menurut Eny (2009).

- a) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tidur terlentang pada saat punggung terasa nyeri.

R/ agar nyeri yang dialami klien dapat berkurang.

b) Anjurkan ibu untuk tidak membungkukkan
berlebih

R/ membungkuk secara berlebihan dapat
menimbulkan rasa pada pinggang.

c) Anjurkan ibu untuk tidak mengangkat berlebih
yang terlalu berat.

R/menimbulkan rasa nyeri pada pinggang bagian
bawah.

d) Anjurkan klien untuk tidak miring kiri dan perut
di ganjal bantal

R/ mengurangi tekanan uterus pada ligamentum
rotundum.

10) Masalah 9: varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises dapat hilang

Kriteria: tidak terdapat varises

Intervensi menurut Sulistyawati (2011).

a) Hindari menggunakan pakaian yang ketat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik
vena.

b) Hindari berdiri terlalu lama dan kaki tidak dalam
posisi menyilang saat duduk.

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

c) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ latihan ringan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi pada kaki klien.

d) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ penggunaan korset dapat mengurangi terjadinya tekanan darah pada vena panggul.

11) Masalah 10: nyeri di ulu hati

Tujuan : tidak terjadi ulu hati

Kriteria: ibu tidak merasakan nyeri tekanan pada bagian ulu hati.

Intervensi menurut Eny (2009).

a) Anjurkan ibu untuk makan dengan porsi kecil tapi sering.

R/ untuk mengurangi rasa mual.

b) Anjurkan ibu menghindari makanan seperti kopi, alkohol, coklat.

R/ menekan mortalitas lambung dan sekresi asam lambung.

- c) Ajarkan ibu untuk menghindari makan-makanan dingin atau minum bersamaan dengan mengkonsumsi makanan

R/ menghambat sekresi pada asam lambung.

- d) Hindari makan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur.

R/apabila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan reflusk.

- e) Berikan antasida

R/ antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang di alami oleh klien.

12) Masalah 11 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan: kecemasan dapat berkurang

Kriteria:

- a) Ibu tampak tenang dan santai
 b) Ibu dapat tersenyum
 c) Suami dan keluarga memberi dukungan kepada ibu

Intervensi menurut Varney ,dkk,(2007)

- a) Jelaskan kepada ibu hal-hal yang menimbulkan kecemasan.

R/ ibu mngerti penyebab kecemasan yang di alami menjelang persalinan adalah hal yang normal.

b) Anjurkan ibu untuk mandi air hangat

R/ selain memperbesar sirkulasi darah mandi dengan air hangat juga memberikan rasa nyaman.

c) Anjurkan ibu untuk melakukan relaksasi progresi

R/ relaksasi dapat mengurangi masalah psikologi seperti rasa cemas yang dialaminya.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

A. Data subyektif

1. Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upaya agar bidan memanggil dengan nama panggilannya sehingga hubungan dalam berkomunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011).

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008).

c) Agama

Sebagai dasar bidan memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan. (Sulistyawati, 2011).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan tingkat intelektualnya. Sehingga bidan dapat memberikan

konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu dan suami, gunanya untuk mengetahui titik social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati,2009)

f) Suku dan bangsa

Dat ini berhubungan dengan social dan budaya yang di anut oleh klien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati, 2011)

g) Alamat

Dinyatakan untuk mempengaruhi kunjungn rumah apabila diperlukan (Eny, 2010).

2. Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus di dapatkan dari, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari vagina yang berada dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir bercampur darah, serta pergerakan anin untuk memberikan kesehatannya (Sulistyawati,2011) biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhanseperti: pinggang terasa

sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lendir dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban)(Sulistiyawati, 2010:33).

3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Pentingnya untuk melakukan pelapisan pada ibu secara sepat terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum yaitu preeklamsia, anemia. Atau munculnya yang menyerupai tanda-tanda persalinan(Varney, 2007). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori:

a) Diabetes melitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Yaitu bisa terjadi pada bayi. Selain pada bayi, ibu hamil juga berpotensi mengalami komplikasi, seperti hipertensi dan preeklamsia, yang dapat membahayakan nyawa ibu dan bayi. Ibu hamil juga berisiko terserang diabetes gestasional pada kehamilan berikutnya, atau malah terkena diabetes tipe 2. Di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya mikrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubinemia, bayi baru lahir, sindrom distress respirasi (RDS) serta

meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2011).

b) Anemia

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

c) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusi plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009).

d) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010).

e) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseluruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009).

f) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan, kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009).

g) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang di sebabkan oleh *treponema pallidum*, transmisi *treponema* dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009).

4. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetic. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organic yang memiliki komponen hereditier (Marmi, 2011). Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetic atau keturunan (Saifuddin, 2009).

5. Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid hari terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi

lahir(menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2014).

a. Riwayat menstruasi menurut (Marmi, 2014)

a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada

b) usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

c) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamnya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

d) Haid pertama haid terakhir.

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhatikan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang di pakai adalah + 7, bulan - 3, tahun +1.

b. riwayat kehamilan

a) riwayat kehamilan sekarang

HPHT (hait pertma haid terakhir) untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran

persalinan yang di hitung rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan)= HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba, 2010). Dikaji tentang jumlah kunjungan, jumlah kunjungan minimal 4x yaitu satu kali pada trimester 1, satu kali trimester II, dan dua kali trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul Bersama dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang di sebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010). Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT

dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT 1 ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2017).

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Diatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser et al, 2009). Aborsi spontan berulang dapat mengidentifikasi adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidakseimbangan hormone, atau inmpetensi serviks (Fraser dkk, 2009).

c) Persalinan yang lalu

a) lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan

persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney et al, 2008).

- b) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini.

Selain itu juga mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibandingkan dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008).

- c) Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Varney et al, 2008).

- d) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical

bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi.

dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney, 2008:780).

e) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang di ikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:170).

f) Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalua meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan

waktu lahir, pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pemimpin persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010).

6. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan klien setelah melahirkan (Fathma, 2014).

7. Data fungsional kesehatan

a) Pola nutrisi

Di kaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandunginya. Selain makanan, berapa kali dalam

sehari juga perlu untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014).

Ibu di perbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan resiko regurgitas dan aspirasi isi lambung (Fraser et al, 2009).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila Bersama dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan

aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, ibu di anjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga pintu atas panggul (PAP) klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Ibu dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, ibu sukut tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat dan tidur meskipun bukan tidur betulan hanya membaringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

1) kapan terakhir tidur

2) berapa lama

3) aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang

seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika di akhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011).

e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang per di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

- 1) kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
- 2) kapan terakhir ganti baju dan pakai pakaian dalam. (Sulistyawati, 2010).

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat, dapat menjadi Pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009).

f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan organisme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke II, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester III merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

8. Riwayat ketergantungan

a) Merokok

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

b) Alcohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alcohol janin dan gangguan perkembangan saraf janin alcohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alcohol dan mengingatkan wanita efek potensial alcohol jangka Panjang pada bayi yang di kandunginya (Marmi, 2011).

c) Obat terlarang

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

9. Data prikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seseorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk

memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) keadaan umum menurut Sukistyawati (20011), data ini di dapatkan dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang di laporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

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

f) Lemah: pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

g) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya). Samnolens (kesadaran menurun, psikomonotor yang lambat dan mudah tertidur namun

masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti tertidur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati, 2011).

b) Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah (TTD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali keningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, Kriebs dan Geger, 2007). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

b. Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi di sertai 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 telentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90x/menit (Marmi, 2011).

c. Suhu

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

d. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2007). Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009). Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 X/menit (Romauli, 2011).

c) pemeriksaan antropometri

a. tinggi badan

tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetic. Tinggi badan harus di ukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011).

b. Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah dan cairan ekstraseluler. Perkiraan sekama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011).

c. LILA (Lingkar Lengan Atas)

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5 cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronik (KEK) (Janah, 2012). Selain itu merupakan indicator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini di temukan sejak awal kehamilan petugas dapt memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehannya serta jumlah kualitas makananya (Romauli, 2011).

2. pemeriksaan fisik

1) Muka

Terdapat cloasma gravidarum atau tidak, sebagai akibat dari deposit pigmentasi yang berlebihan dan tidak ada sebab, pada bentuk simetris, apabila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli,

2011). Pada oedema yang terdapat pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan 259 salah satu dari tanda dan gejala pre-eklamsia (Saifuddin, 2010).

Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan dan muka (Wiknjosastro, 2007).

b. Mata

Pada konjungtiva berwarna pucat atau kemerahan, sklera putih atau tidak, sclera normal berwarna putih bila kuning maka ibu kemungkinan terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Alimul, 2008).

c. Hidung

Pada pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan pernafasan cuping hidung, deformitas atau

penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabil, pada rongga hidung terbebas dari sumbatan, perforasi septum nasal. Pada pemeriksaan nasal dapat dilakukan dengan speculum, (dengan ukuran tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titi-titik dari perdarahan, rabas, dan warna mukosa). (Varney dkk, 2008).

d. Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak. Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Vareny et al, 2008).

e. Telinga

Pada normalnya tidak terdapat serumen atau yang berlebihan tidak berbau, berbentuk simetris (Romauli, 2011).

f. Leher

Pada normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak

di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011). Keluar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruh terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

g. payudara.

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/ berkerak, muara ductus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney et al, 2007).

h. Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- a) Menentukan tinggi fundus uteri (TFU) memastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi.

b) Memantau kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi uterus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (Varney et al, 2007).

c) Memantau denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Saifuddin, 2010). Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

d) menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

d) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (Perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

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

(b) 4/5 jika bagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul

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

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

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jika masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

i. genitalia

tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagian tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Vulva dan vagina bersih atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar batolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condyloma

acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011).

j. Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemoroid atau tidak (Sulistyawati, 2010). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, 2007)>

k. Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Oedema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretiba atau jari. Oedema pada kaki biasanya merupakan oedema dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (varney et al, 2007).

3. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk mrntukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan

posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser et al, 2009).

Cara menghitung TFU:

Menurut kustmardji (2008:93), pengukuran TFu dilakukan dengan rumus MC, Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis atas pubis*) sampai ke puncak Rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur.

Rumus Mc.Donald dapat dilakukan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis atas pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurang 11 atau 12 hasilnya di kali 155 di dapatkan berat bayi dalam gram.

Pengukuran 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina ischiadika maka di kurang 11.

Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin):

Menurut Janah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu diketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

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

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

b) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghitung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3x5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ke tiga, 5 detik ke dalam satu menit adalah:

(11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah, 2009).

c) Pemeriksaan dalam

Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progresif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney et al, 2007).

Pemeriksaan dalam di lakukan atas indikasi:

- 1) ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) apabila mengharapkan pembukaan lengkap
- 3) untuk menyelesaikan persalinan menurut pelatihan klinik APN 2008 yang perlu di lakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

(a) memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodilima, varikosis vulva atau rectum, atau luka perut di bagian perineum.

(b) menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau meconium:

(1) jika ada perdarahan dilarang melakukan pemeriksaan dalam

(2) jika ketuban sudah pecah perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warnanya meconium kekentalan dan pemeriksaan

DJJ.

(3) jika meconium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk patograf

(4) jika meconium kental nilai DJJ dan merujuk

(5) jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi

(6) jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomy.

(c) menilai pembukaan dan penipisan serviks.

(d) memastikan tali pusat dan bagian-bagian keil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan periksa dalam

(e) menilai penurunan bagian terbawah janin dan melakukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

d) pemeriksaan panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *vaginal toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promotorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai sempit (Suwigya, 2010).

e) Pemeriksaan penunjang

1) Haemaglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat di golongan sebagai berikut:

Hb 11g% : Tidak anemia

Hb 9-10g% : Anemia ringan

Hb 7-8 g% : Anemia sedang

Hb <7 g% : Anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester 1 dan trimester III (Manuaba, 2010).

2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan fakta *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negative bersiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-glamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon atibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan

penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnirmalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

- (a) keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebih.
- (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.

4) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh

dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layer, dapat dilihat letak, Gerakan janin, dan Gerakan jantung janin (Mochtar, 2011).

C. Diagnosa kebidanan

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria:

11. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
12. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
13. Dapat di selesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa: $G \geq 1P0 \geq UK$ 37-40 minggu, tanggal, hidup, intrauterine, situs nujar, habitus fleksi, puka/puki, preskep, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik.

Inpartu:

14. Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007:718-719).
15. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a. Keletihan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:537).

b. Infeksi (Saifuddin, 2010:337)

c. Kram tunggal (Vareny, Kriebs dan gegor, 2007:722)

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

17. P \geq 1 Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sulistyawati, 2011:83).

18. P \geq 1 Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008:114):

1. Antonia uteri
2. Robekan vagina, perineum, serviks
3. Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

C. Perencanaan

19. Diagnosa: G \geq 1P0/> UK 37-40 minggu , tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep,H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

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

Kriteria: KU baik, kesadaran *composemtis*

TTV dalam batas normal

T:100/60-130/90 mmHg

S: 36-37°C

N: 80-100x/ menit

R: 16-24x/menit

His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.

Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.

Plasenta lahir spontan, lengkap.

Perdarahan <500 cc.

Intervensi:

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

diperlukan dalam menjalani proses persalinan.ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

R/ Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

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

miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

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

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- e) Observasi keadaan ibu dan janin

1. DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.
3. Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.
4. Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi.
5. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
6. Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
7. Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam.

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

- f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

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

- g) Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal (Wiknjosastro, 2008)

2. Masalah

Kala I :

- a) Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan: mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/ proses persalinan merupakan proses yang Panjang sehingga diperlukan pendekatan.

- 2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/ Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- 3) Jelaskan prosedur dan Batasan tindakan yang diperlukan.

R/ ibu paham untuk diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami Batasan tertentu yang diberlakukan.

- b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan: ibu merasa terhadap persalinan.

Kriteria:

- 1) Nyeri punggung berkurang.
- 2) Ibu tidak merasa cemas
- 3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

- 1) Hadir orang terdekat ibu

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

- 2) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL atau infus NS 125cc/jam.
- 3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujuk dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

- b) Infeksi (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan: tidak terjadi infeksi

Kriteria: tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5°C
- 3) KU baik

4) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

1) Baringkan miring ke kiri

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

2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 124cc/jam.

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

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

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

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

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

c) Kram tungkai (Varney, 2007)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

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

2) Atur posisi dorsofleksi

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

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh di pijat karena resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

Kala III

a) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : plasenta dapat di keluarkan dengan lengkap

Kriteria : tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:114)

- 1) Plasenta 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.

- 2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
- 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetric.

4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

5) Tawarkan bantuan walau ibu telah di rujuk dan mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119)

1) Palpas uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

Kala IV

a) Atonia uteri (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) kontraksi uterus baik, keras dan Bundar

2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:108-110).

- 1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- 2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500 cc larutan 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 rujukan, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik.
- 2) Perdarahan <500cc

Intervensi:

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- a. Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

- b. Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.
- c. Segera rujuk ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric.
- d. Dampingi ibu ketempat rujukan.



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

A. Pengkajian

1. Data subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki resiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun retan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduksi (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

4) Pendidikan

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

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010).

6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010).

7) Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah social ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010).

8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012).

b) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan di sebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus.

Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang di sebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara di sebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti.

Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24

hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

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

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat kesehatan

- 1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010).

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskumasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012).

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

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013).

e) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama menyusui (Saifuddin, 2009).

f) Riwayat nifas yang lalu

Riwayat nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari ke 4-9 warna kecoklatan. Lochea alba hari ke 10-15 warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purelenta, lochea stasis, infeksi uteri, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya

bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

g) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Oprasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012).

h) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui (Saifuddin, 2009).

2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat

menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan di berikan untuk memastikan berkemih secara periodic. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007).miksi dan defeksi 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 pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap,

sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2009).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009).

i) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Angraini (2010). Ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengakui wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya. Menurut Suherni (2009) fase nifas di bagi menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase taking in

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologi seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase taking hold

- (a) Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.

(c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase letting go

(a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalankan peran barunya.

j) Latar belakang social budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

1) Menghindari makan berprotein.

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 berkontraks karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.

- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau kesadaran penuh, apatis atau acuh terhadap keadaan sekitarnya, sannolen atau koma (Indriasari, 2012).

2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007).

(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten

dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke 2 sampai ke 10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

(d) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007).

b) Pemeriksaan fisik

1) Mata

Bentuk sistemik, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis, sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata

yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia.
(Romauli, 2011).

2) Leher

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

3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI
(Saifuddin, 2009).

4) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009). Pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam sampai 5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang

disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur

menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksi.

- (d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*) nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

5) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi. Pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009).

6) Ekstermitas

Flagmasi alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010).

c) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil

pemeriksaan HB dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010).

d) Terapi yang dapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi stidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- 2) Vitamin A 200.000 IU agar bisa membrikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

B. Diagnosa kebidanan

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII?2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

1. Diagnosa kebidanan

P1/≥APIAH...hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009). P1/≥APIAH, postpartum hari ke..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologi baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2001).

Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan atisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, social budaya klien/keluarga.
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Diagnosa: P1/≥APIAH, postpartum hari ke..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologi baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012) adalah sebagai berikut :

1. Keadaan umum: kesadaran composmentis.
2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
3. Tanda-tanda vita:

TD : 110/70-130/90mmHg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5°C

R : 16-24x/menit (Sulistyawati, 2009:123)

4. Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a) Kolostrum yaitu merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

- b) ASI tansisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan. (Sulistyawati, 2009).

5. Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

Intervensi menurut Suherni(2009):

- a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009).

- b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan atau minuman

yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

- c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan atau mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012).

- d) Beri konseling ibu tentang KB pascapersalinan.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012).

- e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

2. Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : masalah eliminasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

- a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayuran dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

3. Masalah 2: nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria: rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

- a) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- b) Anjurkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- c) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

4. Masalah 3: *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Suherni (2009) antara lain:

- a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- b) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi terlungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjadi kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- c) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

5. Masalah 4 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak

Mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri,

tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Manuaba (2010:420) antara lain:

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya bengkak.

c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksi otot payudara supaya tidak tegang.

d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

e) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

f) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

g) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Neonatus

A. Pengkajian

1. Data Subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010).

Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (monilisasi/sariawan, *diaper rash* (Marmi, 2012).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan perinatal dicatat Bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007).

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 atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna meconium 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 (Wals, 2012).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012: 368).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Tafsiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar

120 kkal/kg BB/ hari . secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

b. Eliminasi

(a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(b) Buang air besar(BAB)

BAB bayi yang percenaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut meconium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012).

c. Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011).

d. Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007).

e. Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007).

f. Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma,

bioritme akan terbentuk ikatan saying antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011).

2. Data obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjastro, 2005). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006:137).

b) Tanda-tanda vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014).

2) Suhu

Suhu bayi baeu lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jelas 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 - $36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, 2007).

3) 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 permenit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernafasan menggunakan diafragma dan abdomen (Varney, 2007).

4) Apgar Score

Table 2.16
Apgar Score

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
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	menangis

(Sumber:vivian, 2012)

c) Antopometri

1) Panjang badan

Bayi baru lahir panjang badan diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008). Menurut Varney

(2007) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

2) Berat badan

Berat badan pada bayi baru lahir rata-rata 2500-4000 gram (Marmi, 2014).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi baru lahir 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 oksiput-frontalis : 11 cm
- (c) Diameter mentop oksipitalis : 12 cm
- (d) Diameter mentop oksipitalis : 13,5-15cm
- (e) Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 m

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain:

- (a) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

- (c) Cirkumferensial frontal-oksipitalis: ± 34 cm
- (d) Cirkumferensial mento-oksipitalis : ± 35 cm
- (e) Cirkumferensial suboksipito bregmatika : ± 32 cm
- (f) Lingkar dada 30-38 cm
- (g) Lingkar lengan 11-12 ccm

(Vivian, 2010).

d) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan frontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya: *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya flukuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah. Tulang parietal, sifatnya perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan

subaponeurotic atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014).

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom pieri robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lain seperti laserasi, paresis dan fasialis (Marmi, 2014).

3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya secret pada amata, konjungtivalis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panofalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lubang hidung, pada bayi baru lahir cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014).

5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), reflek hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007).

6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007).

7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat

keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014).

8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas.

Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis doafrgma 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).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007).

10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat ccekung

kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegaly atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya eterokolitas vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2014).

11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat mengidentifikasi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007).

12) Genitalia

(a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret ang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu, pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014).

(b) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadias (Marmi, 2014).

13) Anus

Meconium secara umum keluar pada 23 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014).

14) 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 lekukkan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstermitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi

bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008).

15) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*cutis marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak 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 dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009).

e) Pemeriksaan penunjang

1) Reflek melangkah

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu Gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014).

2) Reflek menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumulasi ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjastro, 2008).

3) Reflek berkedip (*grabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 kedipan pertama (Marmi, 2014).

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

5) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Reflek menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014).

7) Reflek terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan system syaraf pusatnya.

8) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon

berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014).

9) Reflek menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan reflek bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan masalah adalah :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukkan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014).

C. Intervensi

- 1) Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB (45-52).

Tujuan: bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi.

Kriteria:

- (a) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjastro, 2006).
- (b) Nadi 120-160x/menit
- (c) Frekuensi pernafasan rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
- (d) Berat badan 2500-4000 gram.

Intervensi :

- (a) Lakukan inform consent
R/ inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.
- (b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.
- (c) Beri identitas bayi

R/ identitas bayi merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

(d) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi.

(e) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa.

R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

(f) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

(g) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

(h) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB atau BAK.

R/ segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dan kehilangan panas

(i) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh atau kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari.

2) Masalh I : Resiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014)

(b) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009).

Intervensi menurut Marmi (2012).

(a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal setres dingin.

(b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian.

(c) Cegah kehilangan panas bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi.

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan

didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

3) Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- (a) Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl
- (b) Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangisan kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko R/ bayi pterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfeksia, sters karena kedinginan, sepsis, atau polistemia termasuk berisiko mengalami hipoglekemi
- (b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 20-4 jam hingga stabil.

(c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

4) Masalah 3 : ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

(a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl

(b) Timbalpada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir

- (c) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi :

- (a) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodimana, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnio berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- (b) Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselepati bilirubin (kerniterus).

- (c) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan.

- (d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

5) Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

- (a) Cuaca dingin
- (b) Jarang mencuci rambut
- (c) Pemakaiab lotion yang mengandung alcohol.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Menyelimuti bayi dan memakaikan baju
R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat.
- (b) Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa.
R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggung
- (c) Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2%
R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi.

6) Masalah 5 : Miliaris

Tujuan : Miliaris teratasi

Kriteria : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh:

Intervensi menurut (Marmi, 2012)

- (a) Memandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

(b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau swashlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

(c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

(e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

7) Masalah 6 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng

Berwarna kuning di kulit kepala. Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012):

(a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja sempurna.

R/ shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

(b) Oleskan krim hydrocortisone

R/ Krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

(c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan shampoo secara perlahan dengan shampoo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

(d) Periksa kedokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

8) Masalah 7 : Muntah dan gumoh

Tujuan : banyak tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Bayi tidak rewel

Intervensi menurut (Marmi, 2012).

(a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

(b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

9) Masalah 8 : Oral trush

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih intervensi menurut Marmi (2012):

a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral trush.

b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu di seduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

c) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral trush.

10) Masalah 9 : Diaper trush

Tujuan : Tidak terjadi diaper trush

Kriteria : Tidak timbul bitnik merah pada kelamin dan bokong bayi. Intervensi menurut Marmi (2012):

- a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ mencegah timbulnya diaper rash.

- c) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB atau BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan PH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- d) Keringkan bokong bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

A. Penkajian data

1. Data subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah Pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntik Kb, susuk KB, atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau yang mereka jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

6) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascapersalinan menurut Affandi (2012) adalah

- 1) Usia 20-35 tahun
- 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, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

- 2) Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).

3) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin. (Affandi, 2012).

4) Untuk menurunkan morbilitas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling pranonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011).

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak Rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).

d) Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca salin 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 selama 7 hari saja (Affandi, 2012). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek esterogen yang rendah (Manuaba, 2010).

- 2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontra indikasi KB IUD (Affandi, 2012).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil,

implant, IUD), tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014). Pasien yang pernah mengalami masalah ekspulsi IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

a) Pola kebiasaan sehari-hari

A. Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

B. Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

C. Istirahat atau tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saiffudin, 2010).

D. Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saiffudin, 2010).

E. Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013). Ibu yang menggunakan obat tuberculosi (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012).

b) Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

A. Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

B. Pemeriksaan antropometri

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi

hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

B) Pemeriksaan fisik

A. Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebih didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

B. Mata

Kehilangan pengelihatan atau pandangan kabur merupakan peningkatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (affandi, 2012).

C. Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin (Affandi, 2012). Terdapat benjolan atau kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012).

D. Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

E. Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorea (Hartanto, 2013). Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi ini dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012).

F. Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nahan disertai dengan rasa nyeri pada lengan (affandi, 2012). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

B. Diagnosa kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia....tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorrhea*,

perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saiffudin, 2010).

C. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia...tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

1. Setelah dilakukan tindakan keperawatn keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memiliki KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memiliki salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saiffuddin (2010):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/ manyakinkan 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 kontra indikasi.

R/ penjelasan tepat dan terperinci dapat membantu klien memiliki 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 didukung dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihan.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah 1 : *Amenorhea*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012).

1. Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhoea

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien.

2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam Rahim.

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

3. Bila terjadi kehamilan dapat mengetahui kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB.

Masalah 2 : Pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa pusing bersifat sementara.

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3. Ajarkan Teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketergantungan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

Masalah 3 : perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu

beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak *spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak

2. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

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 Affandi (2012).

1. Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik
R/ tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah adanya berupa perdarahan yang banyak.
2. Berikan terapi ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perarahan dan berikan tablet tambah darah.
3. Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.
R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

