



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses mata rantai yang berkesinambungan yang diawali dengan konsepsi yaitu pertemuan antara sel sperma laki dan sel telur wanita (ovum), sel telur ini bisa bertahan hidup selama maksimal 48 jam, sel sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasinya selama 2- 4 hari, proses selanjutnya akan terjadi nidasi, jika nidasi terjadi, barulah disebut adanya kehamilan, nidasi sendiri terjadi di dinding depan atau belakang rahim dekat pada fundus uteri, semakin hari akan mengalami pertumbuhan, jika kehamilan berjalan normal maka semakin membesar dan kehamilan akan mencapai aterm (genap bulan) (Sunarti, 2013:31).

Kehamilan adalah proses yang normal dan alamiah yang dialami wanita, perubahan yang bisa terjadi pada wanita hamil adalah bersifat fisiologis dan bisa termasuk patologis, oleh karena itu di berikan asuhan yang bersifat *antenatal care*, maka dari itu bidan harus mempunyai standar mutu pelayanan yang baik, dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien biasanya bidan melakukan pelayanan promotif yaitu dengan pendekatan terlebih dahulu yaitu komunikasi terapeutik (Kuswanti, 2014: 2).

B. Klasifikasi Kehamilan

1. Trimester I (antara 0-12 minggu)

Saat wanita dinyatakan hamil, jadi kadar progesterone dalam tubuh akan meningkat dan menimbulkan mual muntah pada pagi hari, lemah, letih dan pembesaran pada payudara, pada awal kehamilan ibu akan merasa membeci perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan dan kesedihan (Nirwana, 2011:21).

2. Trimester II (antara 13-26 minggu)

Ibu sudah bisa menerima kehamilannya dan bisa memulai menggunakan energi dan pikirannya secara konkrutif. Pada trimester II ibu bisa merasakan kehamilannya. Sebagian ibu merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester I (Wulandari, 2009:34-35).

3. Trimester III (antara 27-40 minggu)

Pada trimester ini ibu akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda yang dianggap bisa membahayakan ibu dan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya (Wulandari, 2009:35).

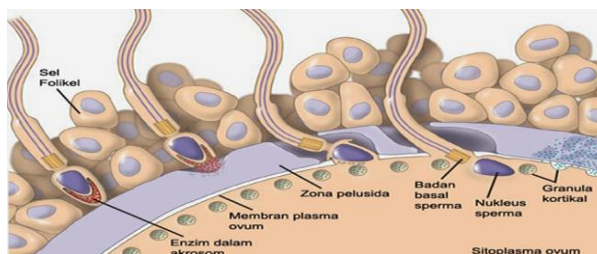
C. Proses Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari:

1. Fertilisasi

Fertilisasi yaitu proses ketika sel sperma laki laki dan sel telur wanita bersatu, yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam. Proses ini terjadi di ampula tuba fallopi. Area ini adalah area yang terluas di tuba fallopi, dekat dengan ovarium, dan jika terjadi fertilisasi disini, tersedia cukup waktu bagi sel untuk mencapai

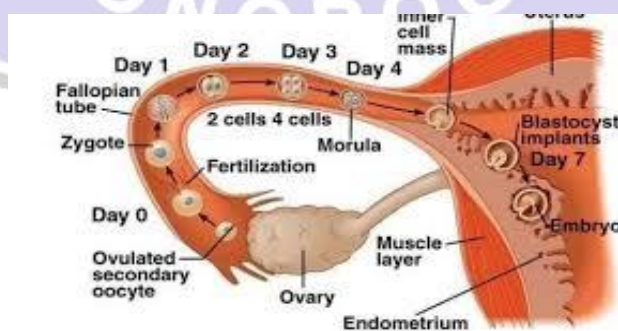
kondisi yang tepat untuk berproses implantasi di uterus, setelah itu ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup sampai 48 jam. Kedua inti ovum dan spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot (Manuaba, dkk,2010 :77-79).



Gambar 2.1
Proses perkembangan zigot pada manusia
Sumber: kuswanti 2014:28

2. Implantasi

Implantasi yaitu proses pelekatan embrio pada dinding uterus sehingga menembus epitel serta sistem sirkulasi ibu untuk pembentukan plasenta. Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuklah zigot yang hanya dalam beberapa jam bisa membelah menjadi banyak bahkan jutaan lebih, nidasi sendiri terjadi pada hari ke 5 – 6 setelah terjadinya fertilisasi pada saat tertanamnya blastula ke endometrium mungkin bisa terjadi perdarahan yang disebut tanda *hartman*. tempat terjadinya implantasi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang (Aprilia, 2010:10).



Gambar 2.2
Proses terjadinya implantasi
Sumber: Hani, 2011:12

3. Pembentukan plasenta

Plasentasi yaitu proses pembentukan struktur dan jenis plasentasi, plasentasi sendiri terjadi sekitar 12 - 18 minggu setelah terjadinya fertilisasi. Pembentukan plasenta sendiri berasal dari primer villi corialis, dan villi corialis sendiri akan mengalami pertumbuhan menjadi jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2014:145–146).

4. Perkembangan janin

a. Minggu ke 3

Proses pembuahan sel telur dan sperma yang terjadi pada minggu ke 2 dari hari pertama menstruasi terakhir (HPHT), sel telur yang sudah dibuahi akan menempel pada dinding uterus, sehingga yang berawal dari sebuah satu titik sel telur akan menjadi satu organ yang terus berkembang (Kamariyah, 2014:20).

b. Minggu ke 4 – 6

Bagian tubuh embrio pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang. Jantung, sirkulasi darah serta pencernaan juga sudah terbentuk. Dan sudah mulai kelihatan dengan pemeriksaan USG, Panjang embrio 0,64 mm (Sulistyawati, 2012: 44).

c. Minggu ke 8

Pembentukan janin sudah semakin terlihat seperti ekstermitas dan jari jari mulai memanjang dan memisah dan juga Gerakan ekstermitas juga terarah, mata sudah terbuka dan kelopak mata sudah mulai menyatu, telinga suda ada tetapi letaknya masih rendah, sebagian kecil usus yang terletak di bagian proksimal tali pusat, bagian genetalia sudah memilik gender yang spesifik

namun belum begitu jelas jenis kelamin secara akurat begitupun jantung sudah memulai memompa darah.

d. Minggu ke 9 – 12

Dimana semua organ yang sangat penting terus mengalami perkembangan begitu sangat pesat serta mempengaruhi aktivitas otak (Kamariah, 2014:20). Sirkulasi fetal sudah berfungsi semaksimal mungkin, bahkan jenis kelamin sudah begitu terlihat sangat jelas, janin sudah melakukan Gerakan seperti menghisap, menelan, melakukan pernapasan, serta ginjal sudah memproduksi urin., berat janin pada minggu ini sekitar 15–30gram dengan panjang janin 5-9 cm (Kusmiati dkk, 2013:41).

e. Minggu ke 13 – 16

Semua organ termasuk sistem saraf mulai melakukan kontrol, perkembangan pada pembuluh darah sangat cepat disini sistem ekstermitas sudah bisa melakukan seperti menendang menggenggam dengan sangat aktif, berat janin sekitar 0,2 kg dan panjangnya kurang lebih 16 cm bahkan denyut jantung janin sudah terdengar sangat jelas saat menggunakan doopler dan pancreas sudah bisa memproduksi insulin (Walyani, 2015: 50).

f. Minggu ke 20

Pada minggu ini bayi sudah bisa merasakan stimulasi pendengaran yaitu saat ibu mendengarkan musik yang merdu bayi sangat tenang, dan juga vernik sudah melindungi tubuh dan lanugo sudah menutupi kulit juga mengatur minyak pada kulit, alis, sedangkan bulu mata dan rambut sudah terbentuk, janin sudah mulai

menelan dan menendang-nendang dimana berat janin 300 gram dengan Panjang nya 18 – 27 cm (Rahmawati, 2014:34).

g. Minggu ke 24

Perkembangan kerangka sangat cepat dikarenakan aktifitas pembentukan tulang semakin meningkat serta perkembangan pernapasan di mulai pada minggu ini berat janin 600 gram dengan panjang badan 28-34 cm.

h. Minggu ke 28

Pada minggu ini tinggi rahim di pertengahan antara pusat dan *prosessus xifodeus*, dan bagian mata sudah mulai membuka serta testis sudah mengalami penurunan dari abdomen ke dalam skrotum, pada minggu ke 28 fetus yang lahir pada masa ini kemungkinan sangat besar mempunyai angka kematian atau mortalitas sangat tinggi disebabkan adanya gangguan pernapasan (*respirasi*), berat rahim 1000 gram dengan Panjang sekitar 35-38 cm (Hani dkk, 2011: 41).

i. Minggu ke 32

Pada minggu ini tinggi Rahim berada di dua pertiga di atas pusat dan ,terjadi berkurangnya penyimpanan lemak, janin juga sudah mulai melakukan penyimpanan zat besi kalsium dan fosfor bayi juga mulai tumbuh sekitar 38 samapi 39 cm , terdapat simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit yang berfungsi untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, berat janin pada minggu ini berkisar berat sekitar 1700 gram dengan panjang 42,5 cm (Sulistyawati 2012 : 46).

j. Minggu ke 36

Pada minggu ini Tinggi rahim setinggi *prosessus xifodeus*, dan seluruh uterus terisi penuh oleh bayi sehingga kemungkinan untuk bergerak dan memutar tidak banyak lagi, organ pada bayi juga sudah sempurna antibody ibu di transfer ke janin yang berfungsi untuk memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai bayi bekerja sendiri, dengan berat 2500gram dan panjangnya sekitar 46 cm (Saifuddin, 2011:159).

k. Minggu ke 40

Pada minggu ini tinggi Rahim dua jari bawah *prossesus xifodeus*, dan kepala janin sudah masuk PAP (pintu atas panggul), tetapi penulangan (osifikasi) tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan sebuah keuntungan dikarenakan bisa memudahkan fetus melewati jalan lahir, terdapat cukup jaringan lemak subkutan, pada minggu ini berat sekitar 3000 gram dan panjangnya kira kira 50 cm (Hanni 2011:41).

D. Tanda Tanda Kehamilan

1. Tanda tidak pasti (*Presumptive sign*)

a. *Amenore* (terlambat menstruasi)

Penyebab terjadinya terlambatnya menstruasi atau berhenti yaitu konsepsi dan nidasi menyebabkan folikel de graf dan ovulasi diovarium. Biasana wanita hamil terjadi perdarahan sedikit pada kehamilan dini, penyebab

dari perdarahan ini karena terjadinya implantasi sel telur ke dalam desidua (endometrium). Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan bisa digunakan untuk memperikan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi *amenorea* bisa terjadi pada wanita yang mengalami gangguan emosi, penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Walyani, 2015:70).

b. Mual di pagi hari (*morning sickness*)

Morning sickness adalah perasaan mual di waktu pagi ini ialah perasaan mual, meriang, muntah muntah, pusing kepala yang umumnya dipagi dari bangun tidur sampai sampai kira kira jam 10.00 pagi yang disebabkan pengaruh dari estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah. Dalam batas tetentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terjadi sangat sering dan menyebabkan gangguan kesehatan yang biasanya disebut dengan *hyperemesis gravidarum* (Hani dkk, 2011:73).

c. Ngidam

Wanita hamil sering Menginginkan makanan atau minuman biasanya sering terjadi pada kehamilan muda dan hilang sendirinya dengan bertambahnya tuanya usia kehamilan (Hani dkk, 2011:73).

d. *Sinnope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi daerah kepala (sentegral) sehingga menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan biasanya hilang sendirinya setelah kurang lebihnya 16 minggu biasanya hal ini terjadi saat berada daerah yang ramai (Hani dkk, 2011:73).

e. Sering buang air kemih

Sering buang air kemih disebabkan pembesaran Rahim sehingga menekan kandung kemih, biasanya terjadi pada bulan bulan pertama kehamilan dan pada bulan kedua keluhan ini akan menghilang dengan pembesaran uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali dikarenakan janin sudah mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih (Hani dkk, 2011:73).

f. Perubahan payudara

Perubahan payudara terjadi di karenakan perubahan hormonal seperti peningkatan estrogen, sehingga meningkatkan sistem ductus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulus perkembangan sistem alveolar payudara Bersama sematropin sehingga hormone hormone ini menimbulkan pembesran pada payudara dan tenggang bahkan nyeri. Selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum Biasanya pada kehamilan 4 minggu (Walyani, 2015:71).

g. Konstipasi / obstipasi

Pengaruh progesterone dapat terjadinya penghambatan peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB (Walyani, 2015:71).

h. Epulis

Hipertropi papilla gingivae atau gusi biasanya terjadi pada bulan pertama (Walyani, 2015:72).



i. Pigmentasi

Penyebabnya dari pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit, biasanya sering dijumpai pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu.

- 1) Pipi: adanya cloasma gravidarum
- 2) Leher: tampak hitam
- 3) Dingding perut: adanya strie, strie nigra dan linea alba
- 4) Payudara: adanya hiperpigmentasi pada areola mammae
- 5) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat strie akibat pembesaran pada bagian tersebut (Hani dkk, 2011:74).

j. Verises atau penampakan pembuluh vena

Biasanya disekitar di daerah genatalia eksterna, kaki, dan betis serta payudara dipengaruhi oleh hormone estrogen dan progesterone sehingga terjadi penampakan pembuluh darah vena, penampakan ini akan hilang setelah persalinan (Hani dkk, 2011:74).

2. Tanda kemungkinan hamil (*probability sign*)

a. Pembesaran perut

Pembesaran pada perut disebabkan dari pembesaran uterus pada rongga abdomen biasanya terjadi pada bulan ke empat kehamilan.

b. Tanda *hegar*

Tanda *hegar* sendiri yaitu pelunakan biasanya rahim menjadi lunak terutama pada daerah ishtimus uteri.

c. Tanda *goodel*

Perubahan konsistensi pelunakan serviks biasanya yang terjadi pada wanita tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

d. Tanda *chadwicks*

Pengaruh hipervaskularisasi sehingga vagina tampak lebih merah dan agak kebiruan, termasuk porsio dan serviks disebabkan adanya pengaruh hormon estrogen.

e. Tanda *piscacek*

Pembesaran uterus yang tidak simetris penyebabnya ovum berimplantsi di daerah dekat kornu maka daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f. Kontraksi *Braxton hicks*

Peregangan dari sel sel otot uterus, akibat dari meningkatnya actomysin di dalam otot uterus, kontraksi ini bersifat non ritmik, sporadic tidak nyeri biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu baru bisa terdeteksi melalui pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga, kontraksi ini akan semakin meningkat frekuensinya lamanya dan kekuatannya seiring mendekati persalinan.

g. Teraba *ballotemnt*

Pada pemeriksaan abdominal dapat teraba adanya benda yang melenting dalam uterus (janin) (Hani dkk, 2011: 74 – 75)

3. Tanda kehamilan pasti

a. Gerakan janin dapat dirasakan

Gerakan janin sudah bisa diraba dengan jelas oleh pemeriksa, gerakan bisanya dapat dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.

b. Denyut jantung janin

Dapat di dengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan doopler.

c. Bagian janin

Bagian janin sudah bisa dirasakan seperti bagian besar serta bagian kecil janin dan dapat diraba sangat jelas pada usia kehamilan trimester akhir.

d. Kerangka janin dapat dilihat

Dengan menggunakan USG atau scanning.

e. Tekanan darah

Penurunan tekanan saat kehamilan dipengaruhi relaksasi otot polos akibat pengaruh hormon progesteron. Maka dari itu mengakibatkan penurunan tekanan darah saat kehamilan pertama biasanya sistolik (5-10 mmHg) dan diastolik (7 -15 mmHg). Tekanan darah sedikit demi sedikit akan naik dengan sesuai bertambah tuanya usia kehamilan, peningkatan tekanan darah juga bisa mempengaruhi penyebab edema pada kaki, vulva, dan anal penyebabnya adalah volume darah meningkat bersamaan dengan dispense dari vena serta penambahan tekanan mekanik dari pembesaran uterus biasanya sering dijumpai pada kehamilan triwulan III (Vivian, 2011: 97).

f. Nadi

Pada saat hamil denyut nadi akan meningkat tetapi sangat jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Di curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm (Marmi, 2011: 163).

g. Sistem respirasi

Pada saat hamil sirkumferensia torak bertambah kurang lebih 6 cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume paru paru dikarenakan pengaruh diafragma yang naik sekitar kurang lebih 4 cm selama hamil pada saat bernafas atau menghirup oksigen permenit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut, biasanya terjadi pada kehamilan ke 37 minggu dan akan kembali normal dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, 2014:185).

E. Perubahan Anatomi Dan Fisiologis Pada Kehamilan

1. Sistem reproduksi

Perubahan pada sistem reproduksi biasanya terjadi pada rahim, vulva vagina, serviks uteri, dan ovarium

a. Rahim

Rahim mengalami perubahan seperti pembesaran rahim dikarenakan untuk menyimpan bayi yang tumbuh. Ukuran wanita yang tidak hamil biasanya 6x5x3 cm, hamil aterm 30x22x20 cm, berat tidak hamil 50 gram, hamil aterm 1 kg. penyebab dari peningkatan ukuran ini adalah pertumbuhan serabut dari serabut otot jaringan yang berhubungan, tumbuh membesar dan meregang dipengaruhi oleh rangsangan estrogen serta progesterone dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam oleh yaitu janin, plasenta, serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan (Sunarti, 2013:43). Dinding rahim akan menipis dan melunak dikarenakan uterus mengalami pembesaran dan pada kehamilan dinding rahim mempunyai ketebalan kurang dari 0,5cm. Serta pembuluh darah rahim mengalami dilatasi untuk

pemasokan volume darah yang sangat besar pada plasenta. keadaan rahim bagi wanita yang tidak hamil seperti sebiji buah pear hijau yang sangat halus, pada kehamilan menyebabkan sangat mudah teraba, sehingga pada kehamilan 8 minggu pemeriksaan bisa dengan palpasi (Sunarti, 2013:43-44). Uterus akan mengalami peningkatan pembesaran disebabkan oleh hormone estrogen dan progesterone, uterus mengalami hipertropi dan hipervaskularasi disebabkan adanya pertumbuhan dan penambahan amnion dan perkembangan plasenta dimulai dari ukuran 30 gr menjadi 1000 gr, dan akan terjadi pelunakan pada istimus uteri dan pembesaran plasenta pada satu sisi uterus (Hani dkk, 2011: 51).

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri Kehamilan

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 Minggu	Tiga jari diatas simfisis
16 Minggu	Pertengahan pusat dengan simfisis
20 Minggu	Tiga jari dibawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat
28 Minggu	Tiga jari diatas pusat
32 Minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoid
36 Minggu	Setinggi prosesus xifoid
40 Minggu	Dua jari dibawah prosesus xifoid

Sumber: (Kumalasari, 2015 :4)

b. Vulva vagina

Pada kehamilan pembuluh darah dinding vagina bertambah sehingga terjadi perubahan warna pada selaput lendir seperti membiru (tanda *chadwick*) dan terjadi

elastisitas pada vagina semakin bertambah hal ini berfungsi sebagai persiapan persalinan.

c. Serviks uteri

Perubahan pada serviks bertambah lunak biasanya gejala ini timbul sebulan setelah konsepsi. Penyebab dari pelunakan serviks sendiri adalah pembuluh darah pada serviks bertambah disebabkan timbulnya edema serviks serta hiperplasia kelenjar serviks. Pada akhir kehamilan serviks menjadi lunak porsio menjadi pendek (lebih dari setengahnya mendatar) sehingga sangat mudah untuk dimasuki jari.

d. Ovarium

Proses ovulasi pada kehamilan akan terhenti dan penundaan pematangan folikel, salah satu ovarium ditemukan corpus luteum gravidatu, tetapi setelah bulan ke IV, corpus luteum akan mengisut. Folikel berfungsi sebagai penghasil progesteron biasanya berfungsi maksimal 6 – 7 minggu awal kehamilan (Hani dkk,2011:2).

f. Payudara

Perubahan pada payudara pada ibu hamil pasti terjadi sebagai tempat produksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir hal ini juga dipengaruhi dari hormone somatotoprin, estrogen, dan progesterone. Perubahan-perubahan yang terlihat diantara lain:

- 1) Payudara bertambah tegang dan besar.
- 2) Teraba nodul nodul akibat dari hipertropi kelenjar alveoli
- 3) Ada sedikit gambaran vena yang kebiruan
- 4) Terjadi hiperpigmentasi aerola dan puting susu
- 5) Keluar kolostrum jika dipijat (Wulanda dkk, 2011:23).



g. Kulit

Hiperpigmentasi yaitu kelebihan pigmen ditempat tertentu, seperti diwajah, pipi, hidung, akan mengalami hiperpigmentasi. (*kloasma gravidarum*), dan biasanya pada payudara seperti aerola mammae dan puting susu daerah yang biasanya berwarna hitam akan menghitam. Pada daerah suprapubis adanya garis hitam yang memanjang dimulai dari atas shimpisis sampai pusat (*linea nigra*) bukan hanya hiperpigmentasi tetapi juga akan muncul striae gravidarum yaitu munculnya garis pada kulit. *Striae gravidarum* sendiri ada dua jenis yaitu *striae livida* yang merupakan garis berwarna biru dan *striae albican* yaitu garis yang berwarna putih. Hal ini terjadi penyebabnya pengaruhnya melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis.

h. Perubahan kelenjar

Kelenjar gondok ibu akan membesar sehingga leher ibu seperti leher pada pria tetapi perubahan ini tidak selalu terjadi pada ibu hamil.

i. Perubahan pada tungkai

Timbulnya varises pada sebelah atau kedua tungkai, biasanya terjadinya edema pada kehamilan tua dikarenakan tekanan uterus yang besar pada vena femoralis.

j. Perubahan pada sikap tubuh

Perubahan yang sering terjadi pada sikap tubuh ibu menjadi lordosis disebabkan perut yang membesar.

k. Perubahan berat badan

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

F. Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Selama Kehamilan

1. Trimester I

Pada trimester I merupakan masa penentuan bahwasanya memastikan wanita hamil dalam keadaan hamil. Pada keadaan ini sering muncul ketidaknyamanan seperti mual muntah, kelelahan, dan pembesaran pada payudara, keprihatinan, kekhawatiran maka dari itu memunculkan perubahan psikologi ibu seperti:

- a. Ibu membenci kehamilannya dikarenakan timbulnya perasaan kecewa, penolakan kecemasan dan kesedihan.
- b. Berusaha mencari tahu apakah memang benar hamil atau tidak biasanya dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali akan menceritakan kepada orang lain yang dirahasiakan.
- c. Hasrat melakukan seks akan meningka tetapi pada wanita berbeda beda, ada yang meningkat libidonya tetapi ada juga yang mengalami penurunan (Kumalasari,2015:7).

2. Trimester II

Pada trimester II ibu akan mulai merasa senang dan menerima kehamilannya pada trimester II ibu sudah bisa merasakan gerakan pada janinnya. Ditahap ini wanita

hamil sudah dapat melakukan aktivitas termasuk hubungan suami istri biasanya perubahan fisik yang terjadi ibu akan menjadi gemuk dan jelek kadang perubahan ini menjadi negative sehingga membuat tidak percaya diri maka dari itu peran suami sangat di butuhkan (Sunarti, 2013:58).

3. Trimester III

Pada trimester III disebut periode menunggu karena ibu sudah tidak sabar menanti kehadiran bayinya, gerakan bayi dan pembesaran perut membuat ibu merasa khawatir jika bayinya lahir sewaktu-waktu hal ini meningkatnya kewaspadaan ibu akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan. Pada trimester III keluarga ibu akan menduga duga bayi mereka laki laki atau perempuan serta akan mirip dengan siapa, kadang sudah ada yang menyiapkan nama untuk bayinya (Kumalasari, 2015: 8).

G. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Kebutuhan fisiologis

a. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen sangat di butuhkan bagi manusia terutama ibu hamil karena pada saat hamil bisa terjadi berbagai gangguan pernapasan sehingga akan mengganggu pemenuhan oksigen pada ibu yang akan mempengaruhi pada bayi yang ada dalam kandungan untuk memenuhi kebutuhan oksigen ibu hamil diperlukan:

- 1) Melakukan latihan nafas biasanya dengan senam hamil
- 2) Pada saat tidur menggunakan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan usahakan tidak terlalu banyak

- 4) Mengurangi atau berhenti untuk merokok
- 5) Melakukan kontrol ke dokter apabila terjadi kelainan atau gangguan pada pernapasan seperti asma (Walyani, 2015:93).

b. Nutrisi

Pada ibu hamil harus terpenuhi gizi karena pada saat hamil bersangkutan dengan proses perkembangan dan pertumbuhan janin yang ada dikandungnya maka dari itu ibu hamil harus mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang) (Kuswanti, 2014:117).

1) Kalori

Jumlah kalori yang dipenuhi ibu hamil setiap harinya 2.500 kalori. Kalori digunakan untuk memproduksi energi. Bila kurang energi akan dipakai dari pembakaran protein yang mesti akan dipakai untuk pertumbuhan. Sumber utama kalori pada ibu hamil yaitu hidrat arang dan lemak, yang termasuk hidrat arang seperti padi – padian, umbi – umbian, dan sagu selain sumber tenaga padi padian juga termasuk sumber protein, zat besi, fosfor dan vitamin (Kuwanti, 2014:117).

2) Protein

Jumlah protein yang harus dipenuhi ibu hamil setiap harinya 85 gram perharinya. Protein sendiri berfungsi sebagai zat utama untuk prmbangunan jaringan tubuh termasuk sel otak pada janin, protein juga membantu pertumbuhan jaringan payudara pada ibu hamil sehingga keperluan protein saat hamil meningkat jika terjadi kekurangan protein

akan berdampak pada janinnya biasa bayinya yang dikandung akan terjadinya bayi premature serta kekurangan protein juga akan mempengaruhi pembentukan air susu ibu dalam proses menyusui akan kurang sempurna. Sumber protein bisa didapat dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) dan hewani (ikan, ayam, keju, telur) (Prawirohardjo, 2014:286).

3) Kalsium

Jumlah kalsium yang dipenuhi ibu hamil setiap harinya 1,5 gram. Kalsium sendiri bukan hanya berfungsi sebagai penguat tulang dan gigi tetapi kalsium juga berfungsi sebagai membangun tulang dan gigi pada janin selain itu kalsium juga sebagai pengatur tubuh mengatur cairan serta membantu kerja fungsi saraf dan kontraksi otot. Sumber kalsium diperoleh dari susu, keju, yoghurt, ikan sarden atau salmon dan bayam.

4) Zat besi

Jumlah zat besi yang dipenuhi ibu hamil setiap harinya 30 mg, zat besi sendiri berfungsi untuk membantu meningkatkan volume darah dan mencegah anemia, sumber zat besi diperoleh dari sayuran hijau seperti bayam, selada, kubis, biji-bijian, roti, sereal.

5) Asam folat

Jumlah asam folat yang dipenuhi ibu hamil setiap harinya 400 mikrogram. Asam folat sendiri berfungsi dalam mengurangi resiko cacat lahir seperti spina bifida, dan anencephaly. Sumber asam folat bisa didapatkan sayuran hijau, kacang-kacangan, telur, hati sapi, buah jeruk, lemon, tomat.

6) Mineral

Mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari hari yaitu buah buahan, sayur sayuran, dan susu.



7) Vitamin

Vitamin sendiri sebenarnya terpenuhi dari makanan dan sayuran yang kita konsumsi adapun vitamin yang dipenuhi saat hamil yaitu:

a) Vitamin A

Berfungsi untuk kesehatan kulit dan mata serta pertumbuhan tulang. Sumber vitamin A wortel, sayuran hijau, dan umbi umbian.

b) Vitamin C

Berfungsi untuk kesehatan gigi, gusi dan tulang serta membantu dalam proses penyerapan zat besi. Sumber vitamin C tomat, buah sitrus, tomat.

c) Vitamin B6

Berfungsi untuk pembentukan sel darah merah untuk efektivitas manfaat protein, lemak, dan karbohidrat. Sumber vitamin B6 sereal, gandum, buah pisang.

d) Vitamin D

Berfungsi untuk kesehatan tulang dan gigi serta membantu penyerapan kalsium. Sumber susu, sereal, roti (Prawirohardjo, 2014:286).

8) Personal hygiene

Personal hygiene saat hamil sangat penting untuk ibu hamil karena kebersihan badan saat hamil akan mengurangi resiko terjadi infeksi.

9) Seksual

Hubungan seksual bisa dilakukan seperti biasanya kecuali jika terjadi pendarahan atau cairan dari kemaluan harus dihentikan. Ada beberapa pendapat senggama mulai dihentikan 3-4 minggu terakhir menjelang persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks/uterus (Sunarsih, 2011:125).

10) Pakaian

Pakaian yang dipakai ibu hamil harus memenuhi aspek kenyamanan karena memakai pakaian yang tidak nyaman akan mengakibatkan ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis. Berikut hal yang harus diperhatikan ibu dalam berpakaian:

- a) Berpakaian yang longgar, bersih, tidak ada ikatan yang ketat pada area perut.
- b) Bahan pakaian yang mudah terserap oleh keringat.
- c) Menggunakan bra yang menyokong payudara
- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- e) Menggunakan pakaian dalam yang bersih (Kuswanti, 2014:117).

11) Eliminasi

Pada saat hamil ibu sering mengeluh konstipasi dan sering buang air kemih disebabkan adanya pengaruh hormone progesterone yang

mempunyai efek rileks terhadap otot polos salah satunya otot usus selain itu adanya desakan usus oleh pembesaran janin penyebab bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan bisa dengan mengonsumsi makanan berserat dan memperbanyak minum air putih. Walaupun sering buang air kecil termasuk keluhan yang sering terjadi terutama pada TM I dan TM III hal seperti itu termasuk kondisi yang fisiologis.

12) Istirahat

Wanita saat hamil sangat dianjurkan untuk istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin. tidur malam hari kurang lebih 8 jam dan siang hari 1 – 2 jam

13) Mobilisasi

Saat hamil di perbolehkan untuk meakukan kegiatan aktifitas fisik biasa, asal tidak melelahkan biasanya ibu hamil diperbolehkan untuk melakukan pekerjaan rumah agar mengurangi ketegangan pada tubuh.

14) Senam hamil

Senam hamil bertujuan untuk melatih otot-otot tubuh agar berfungsi optimal dalam perslinan normal senam hamil sendiri boleh dilakukan apabila ibu hamil tidan memiliki penyakit yang menyertai kehamilan seperti jantung, ginjal penyulit kehamilan (perdarahan, kelainan letak) senam hamil dimulai usai 24 sampai 28 minggu (Manuaba dkk, 2010:132).

15) Imunisasi

Imunisasi saat kehamilan statusnya T10 maka hendaknya minimal 2 dosis (TT 1 dan TT 2 dengan interval 4 minggu dan memungkinkan untuk mendapatkan TT 3 sesudah 6 bulan) ibu hamil dengan status TI diharapkan mendapatkan TT 2 dan memungkinkan diberikan TT 3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu / bulan. bagi ibu hamil dengan status T2 diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil T4 juga mendapatkan suntikan (TT5) apabila suntikan terakhir lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena sudah mendapatkan kekebalan sumbu hidup (Romauli, 2011:28).

2. Kebutuhan psikologis

a. Faktor yang membantu kestabilan emosi calon ibu

- 1) Ibu sendiri mempunyai masa kanak-kanak sehingga anak dinggap sesuatu yang diharapkan.
- 2) Pandangan terhadap keluarga yang memuaskan karena saat ibu masih kecil mendapatkan cinta kasih maka iapun memberikan kasih sayang pada anaknya
- 3) Ibu mempunyai hubungan yang sehat dengan suami. Anak yang hadir dari hubungan intim dari suami yang ia cintai.
- 4) Tidak ada gangguan kesulitan ekonomi seperti suami tidak bekerja, perumahan yang buruk.

5) Support keluarga. Support keluarga sangat diperlukan selama krisis keluarga dan individu dalam keadaan tidak seimbang dan tidak dapat dipecahkan mengakibatkan tingkah laku maladaptive dalam anggota keluarga kemungkinan terjadi perpecah belahan anggota keluarga.

6) Support dari tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan termasuk bidan sangat dibutuhkan salah satu caranya yaitu dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien menyangkut klien untuk menghadapi persalinan. Bidan juga sebagai fasilitator serta harus menjalin kerjasama antara klien agar terjadinya keterbukaan sehingga mempermudah memberikan solusi terhadap masalah yang dialami.

b. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Wanita yang diperhatikan dan dikasihani oleh pasangannya akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan dan lebih muda melakukan penyesuaian selama masa nifas.

c. Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua harus mempunyai dua komponen yaitu bersifat praktis atau mekanis melibatkan ketrampilan kognitif dan motorik. Komponen kedua yaitu bersifat emosional melibatkan ketrampilan efektif dan kognitif.

1) Ketrampilan kognitif – motorik

Komponen pertama dalam perawatan anak seperti memberi makan, menjaga dari bahaya, memungkinkannya untuk bisa bergerak, kemampuan ini dipengaruhi pengalaman pribadi dan budaya.

2) Ketrampilan kognitif – afektif

Komponen psikologis menjadi orang tua, sifat keibuan atau kebapakannya tampak berakar dari pengalaman orang tua di masa kecil saat mengalami dan menerima kasih sayang.

d. Persiapan sibling

Kehadiran seorang adik, anak akan mengalami perasaan kehilangan atau adanya rasa cemburu karena digantikan bayi baru. Beberapa faktor yang dipengaruhi respon anak antara lain umur, sikap orang tua, peran ayah, lama waktu berpisah dengan ibu dan bagaimana anak itu dipersiapkan untuk sebuah perubahan (Kusmiyati, 2013:132–136).

H. Komplikasi Ibu Dan Janin Saat Kehamilan

1. Kehamilan Trimester I

a. Perdarahan pervaginam

1) Abortus

Abortus sendiri dibagi menjadi beberapa antara lain:

- a) *Abortus imminens* atau keguguran membakat dan menjadi perdarahan biasanya terjadi pada kehamilan muda, pada kasus ini keluarnya janin bisa dicegah yaitu pemberian terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat tetapi jika beberapa minggu perdarahan masih berlanjut saat dilakukan tes kehamilan dan menunjukkan hasil negative biasanya dilakukan kuretase karena menandakan abortus sudah terjadi (Sulistiyawati, 2012: 163 – 172).

- b) *Abortus insipiens* atau guguran yang sedang berlangsung biasanya muncul perdarahan pada kehamilan muda disertai adanya membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban (Sulistyawati, 2012:163–172).
- c) *Abortus habitualis* yaitu keguguran yang berulang atau yang berturut turut yang lebih dari 3 kali (Sulistyawati, 2012:163–172).
- d) *Abortus inkompletus* yaitu keguguran yang bersisa biasanya adanya perdarahan per vagina di sertai dengan pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta biasanya disertai gejala seperti amenore, sakit perut karena kontraksi (Sulistyawati, 2012:163–172).
- e) *Abortus kompletus* yaitu keguguran lengkap yaitu ditemukan perdarahan per vagina dan disertai pengeluaran hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong (Sulistyawati, 2012:163–172).

b. Kehamilan mola

Kehamilan mola atau kehamilan anggur adanya jonjot korion (*chorionic villi*) yang tumbuh berganda seperti gelembung gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau air mata ikan. Tanda gejala biasanya seperti berikut:

- 1) Mual muntah yang berlebihan
- 2) Adanya tanda *toksemia gravidarum* (pusing, gangguan penglihatan, tekanan darah tinggi)

- 3) Adanya perdarahan sedikit atau banyak yang berwarna tua atau kecoklatan dan tidak teratur
- 4) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan
- 5) Keluarnya jaringan mola (seperti anggur)
- 6) Muka dan badan kelihatan pucat atau kekuning kuningan atau biasanya disebut *mola face*
- 7) Tidak teraba bagian janin atau ballottement serta gerakan janin
- 8) Tidak terdengar DJJ
- 9) Pada saat tes kehamilan ditemukan kadar HCG yang tinggi
- 10) Pada foto rontgen abdomen tidak ditemukan kerangka janin (pada kehamilan lebih dari tiga bulan)
- 11) Pada pemeriksaan USG ditemukan adanya gambaran badai salju (gambaran khas pada kehamilan mola)

c. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada di dalam endometrium uterus. Gejala - gejala yang biasanya terjadi sebagai berikut:

- 1) Gejala *amenore* pada kehamilan muda
- 2) Timbulnya nyeri dan sakit tiba-tiba di perut seperti diiris-iris dengan pisau dan disertai muntah mungkin bisa sampai pingsan
- 3) Nyeri bahu adanya rangsangan ke diafragma
- 4) Terdapat *tanda cullen* (warna biru lebab pada linea nigra atau sekitar pusat)
- 5) Adanya nyeri goyang pada porsio
- 6) Per vaginam keluar *desidual cash*

- 7) Pada pemeriksaan palpasi dan perkusi adanya tanda-tanda perdarahan intra abdominal
- 8) Pada pemeriksaan Hb terjadi penurunan kadar Hb dan sering terjadi leukositosis (Sulistiyawati, 2012:163 – 172).

d. *Hyperemesis gravidarum* atau yang disebut mual muntah yang berlebihan dan menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari faktor gejala yang menimbulkan *Hyperemesis gravidarum* antara lain:

- 1) Kemungkinan villi koroalis masuk kedalam darah.
- 2) Adanya faktor alergi.
- 3) Adanya faktor predisposisi seperti primi gravida dan overdistensi rahim.
- 4) Adanya faktor psikologis seperti keharmonisan rumah tangga, kehamilan tidak diinginkan.

Hyperemesis gravidarum sendiri memiliki gejala berdasarkan tingkatannya yaitu sebagai berikut:

a) Tingkat I

- (1) Mual muntah terus menerus sehingga terjadi dehidrasi.
- (2) Tekanan darah menurun denyut nadi meningkat serta naiknya suhu tubuh.
- (3) Nyeri epigastrium.

b) Tingkat II

- (1) Dehidrasi bertambah ditandai turgor kulit yang berkurang, lidah kotor dan kering, berat badan menurun, mata cekung.

(2) Gangguan sirkulasi darah ditandai dengan nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obstipasi.

(3) Gangguan metabolisme yang ditandai dengan terjadinya pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urine dan napas (bau keton) gangguan fungsi lever terjadi ikterus.

c) Tingkat III

(1) Dehidrasi semakin berat.

(2) Mual muntah berhenti.

(3) Adanya perdarahan dari esophagus dan retina.

(4) Gangguan fungsi lever (ikterus) semakin meningkat.

(5) Penurunan kesadaran, somnolen sampai koma. (Sulistyawati, 2012 163–172).

2. Trimester II

a. Bengkak pada wajah kaki dan jari-jari tangan

Seluruh ibu hamil sebagian mungkin mengalami bengkak yang normal pada daerah kaki yang biasanya muncul pada sore hari tetapi biasanya menghilang setelah melakukan istirahat dengan kaki di tinggikan. Bengkak juga bisa menandakan adanya masalah yang serius apabila muncul pada daerah muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan dan ikuti keluhan yang lain. Hal ini dicurigai pertanda adanya anemia, gagal jantung atau preeklamsia (Sulistyawati, 2009:175).

b. Gerakan bayi berkurang

Ibu bisa merasakan gerakan bayi pada bulan ke-5 atau ke-6 ada beberapa ibu bisa merasakan Gerakan bayinya lebih awal. Apabila bayi tidur gerakan akan melemah, bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam, Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat atau ibu sedang makan dan minum dengan baik (Rukiyah dkk, 2009:127).

c. Demam atau panas tinggi

Demam tinggi diikuti seperti tubuh menggigil, rasa sakit di seluruh tubuh, pusing yang disebabkan malaria. Pengaruh malaria terhadap kehamilan yaitu : memecahkan butir darah merah sehingga menimbulkan anemia, infeksi plasenta dapat menghalangi pertukaran dan penyaluran nutrisi ke rahim, panas yang tinggi bisa menyebabkan perangsangan kontraksi rahim sehingga mengakibatkan gangguan seperti : keguguran, persalinan prematuritas, dismaturitas, kematian neonates tinggi, kala II memanjang, retensio plasenta (Jannah, 2011:36).

d. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Bisa di indentifikasikan dengan keluarnya cairan mendadak yang disertai bau khas. Adanya kemungkinan infeksi pada dalam rahim dan persalinan prematuritas yang bisa meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah yang disertai kelainan letak bisa mengakibatkan kesulitan pada saat persalinan yang di lakukan dengan fasilitas yang memadai (Jannah, 2011: 37).

3. Trimester III

a. Penglihatan kabur atau menjadi berkurang

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan bisa mengalami perubahan dalam saat kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang bisa mengancam jiwa yaitu perubahan visual yang mendadak, contohnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini bisa juga disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsia (Pantikawati, 2010:68).

b. Kejang

Pada biasanya kejang di dahului semakin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala seperti sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Apabila semakin berat penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan pertanda adanya gejala dalam preeklamsia baik (Rukiyah dkk, 2009:127).

c. Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta previa berimplantasi atau menempel pada tempat yang abnormal yaitu pada segmen bawah Rahim sehingga menyebabkan sebagian atau seluruh jalan lahir tertutup oleh plasenta tersebut. Tiga klasifikasi plasenta previa diantaranya :

- 1) Plasenta previa totalis (sentralis) : seluruh ostium ditutupi plasenta.
- 2) Plasenta previa parsialis (lateralis) : sebagian ostium ditutupi plasenta.
- 3) Plasenta previa terletak rendah (marginalis berada 3-4 cm diatas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba (Sulistiyawati, 2012:163-172).

d. Solusio plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal atau terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum jalan lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta dibagi menjadi :

- 1) Solusio plasenta lateralis/parsialis : bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya.
- 2) Solusio plasenta totalis : bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya.
- 3) Prolapse plasenta : kadang-kadang plasenta ini turun ke bawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam (Sulistyawati, 2012:163-172).

I. Masalah Masalah Fisiologis Yang Muncul Pada Kehamilan

1. Mual muntah

Mual muntah sering terjadi pada pagi hari biasanya disebabkan hormone progesterone dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah dan hal ini sering terjadi pada ibu hamil karena merupakan hal yang fisiologis.

Cara mengatasinya :

- a. Makan sedikit tapi sering
- b. Hindari makanan pemicu mual
- c. Istirahat yang cukup
- d. Makan makanan padat seperti biscuit kering sebelum beranjak dari tempat tidur di pagi hari
- e. Segera melaporkan apabila mual muntah masih menetap atau bertambah parah

2. Sering berkemih

Frekuensi berkemih dapat dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Penyebabnya adalah progesteron dan tekanan pada kandung kemih dikarenakan pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun ke rongga panggul.

Cara mengatasinya :

- a. Banyak minum pada siang hari
- b. Kurangi minum pada malam hari
- c. Hindari minuman yang ada kandungan kafein

3. Konstipasi

Penyebab konstipasi sendiri adanya penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos usus besar ketika peningkatan progesterone.

Cara mengatasinya :

- a. Memperbanyak cairan
- b. Minum air hangat (air putih, teh) ketika bangkit dari tempat tidur
- c. Memperbanyak makanan yang mengandung tinggi serat, buah dan sayur
- d. Menghindari makanan yang berminyak, istirahat yang cukup.
- e. Anjurkan olahraga tanpa di paksa (Rahayu, 2017:28–32).

4. Pegal pegal

Biasanya dirasakan pada kehamilan lanjut disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan beban berat yang dibawa dalam rahim

Cara mengatasinya :

- a. Istirahat yang cukup

- b. Jangan sering membungkuk dan berdiri usahakan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak
- c. Menggunakan sepatu hak rendah
- d. Menghindari mengangkat benda yang berat
- e. Melakukan pemanasan pada daerah yang sakit

5. Kram tungkai

Penyebab kram tungkai sendiri biasanya asupan kalsium yang kurang, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor, selain itu juga bisa disebabkan pembesaran uterus sehingga memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga adanya gangguan sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstermitas bawah

Cara mengatasinya :

- a. Meluruskan kaki yang kram serta menekan tumitnya (dorsofleksikan kakinya)
- b. Melakukan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- c. Diet yang mengandung kalsium dan fosfor

6. Edema dependen

Penyebab edema sendiri dikarenakan adanya gangguan sirkulasi vena serta peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bawah dikarenakan tekanan pada uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur telentang. Pada daerah kaki yang terlihat pada pergelangan kaki dan harus di bedakan dengan edema karena preeklamsi.

Cara mengatisnya :

- a. Elevasi kaki secara teratur

- b. Usahakan posisi menghadap kesamping saat berbaring
- c. Hindari menggunakan pakaian ketat
- d. Penggunaan korset pada abdomen yang dapat melonggarkan tekanan vena vena panggul

J. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Secara operasional, pelayanan *antenatal care* bisa disebut lengkap apabila dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan memenuhi standar. Ditetapkan bahwasanya pelayanan *antenatal care* yaitu minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pelayanan sebagai berikut:

1. Minimal 1 kali pada trimester I (1-12 minggu)
2. Minimal 1 kali pada trimester II (13-27 minggu)
3. Minimal 2 kali pada trimester III (28-40 minggu)

Standar asuhan pelayanan *antenatal care* tersebut dianjurkan yang berfungsi menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan, dan penanganan komplikasi (Saifuddin, 2009:76).

K. Pelayanan Asuhan Antenatal

Pelayanan asuhan antenatal yaitu pemeriksaan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas sesuai standar :

1. Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan
2. Pemeriksaan tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran atas)
4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan
7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Test laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (Depkes RI, 2009).

2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

A. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melewati jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri), proses persalinan sendiri dimulai dari kontraksi persalinan ditandai perubahan pada serviks secara progresif serta diakhiri dengan kelahiran plasenta (Marmi, 2012:1).

Persalinan yaitu serangkaian peristiwa yang penuh dengan tekanan pada kebanyakan wanita melahirkan yang menyebabkan bertambahnya rasa sakit, ketakutan dan ketaatan (Purwaningsih, dkk. 2014:17).

Persalinan sendiri merupakan sebuah peristiwa yang sangat penting untuk kehidupan ibu dan keluarga persalinan juga merupakan proses yang normal dan kejadian yang sehat. Tetapi potensi terjadinya komplikasi yang mengancam nyawa selalu ada sehingga tenaga kesehatan terutama bidan harus mengamati ketat pasien dan bayi sepanjang melahirkan (Sulistyawati. 2010:4).

B. Jenis Persalinan

1. Persalinan spontan

Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan dari ibunya sendiri Proses persalinan melalui lubang vagina dengan letak belakang kepala/ubun-ubun kecil, tanpa memakai alat bantu, serta tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi) sejak awal hingga akhir hanya dengan tenaga ibu. Biasanya berlangsung kurang dari 24 jam, factor factor yang mempengaruhi persalinan spontan diantaranya

Passage (Jalan Lahir), *Passenger* (Janin dan Plasenta), *Power* (Kekuatan), *Psikis* (Psikologis), *Pysian*/penolong (Prawirohardjo, 2012:89).

2. Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah persalinan yang berakhir dengan bantuan tenaga dari luar dan diakhiri dengan suatu tindakan. contohnya tindakan *forceps* atau dengan tindakan bedah *sectio caesaria*, dan *vakum ekstraksi* penyebab terjadinya persalinan buatan adalah kondisi janin dan ibu hamil itu sendiri seperti: Letak sungsang, riwayat bedah sesar, persalinan lama, panggul sempit (Prawirohardjo, 2012:89).

3. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan. Misalnya: dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan pitocin, sintosinon (Prawirohardjo,2012:89).

C. Lima Benang Merah Persalinan

Ada lima aspek dasar yang sangat penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman, lima benang merah akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan dari kala 1 hingga kala 4 termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir, lima benang merah diantaranya sebagai berikut:

1. Membuat Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinik. Proses ini ada 4 tahapan diantaranya dimulai dari:

- a. Pengumpulan data (subjektif, objektif)
- b. Diagnosis kerja

- c. Penatalaksanaan klinik
- d. Evaluasi hasil implantasi tatalaksana

2. Asuhan Sayang Ibu Dan Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang saling menghargai budaya kepercayaan dan keinginan dari ibu. Contoh prinsip asuhan sayang ibu diantaranya mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Sari dkk, 2014:19).

3. Pencegahan Infeksi

Tujuan dari pencegahan infeksi sendiri adalah mencegah terjadinya transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur serta menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang bisa menimbulkan penyakit berbahaya diantaranya hepatitis, HIV/AIDS.

Prinsip prinsip pencegahan infeksi

- a. Setiap orang dianggap bisa menularkan penyakit.
- b. Setiap orang dianggap bisa terkena infeksi. Benda benda dan peralatan yang sudah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tidak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus di proses secara benar.
- c. Peralatan atau benda yang sudah diproses dianggap masih terkontaminasi
- d. Resiko infeksi bisa dihilangkan secara total tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

4. Pencatatan (Rekam Medik)

Aspek yang penting dalam pencatatan antara lain

- a. Tanggal dan waktu sudah diberikan

- b. Identifikasi penolong persalinan
- c. Paraf atau tanda tangan (penolong persalinan) pada semua catatan
- d. Cangkupan informasi yang berkaitan secara cepat, dicatat dengan jelas sehingga dapat dibaca
- e. Adanya sistem penyimpanan catatan atau data pasien
- f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

5. Rujukan

Meskipun ibu yang mengalami persalinan normal sebagian akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga kemungkinan akan dirujuk ke fasilitas kesehatan. Maka dari itu setiap tenaga penolong (bidan) harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawadaruratan obstetrik dan bayi baru lahir dan sebelum melakukan rujukan bidan harus menyiapkan untuk ibu BAKSOKUDA yang berisi bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah.

D. Sebab Dimulainya Persalinan

1. Teori penurunan hormone

Saat 1 – 2 minggu sebelum terjadi persalinan adanya penurunan kadar estrogen dan progesterone. Progesterone ini berfungsi sebagai penenang otot polos Rahim, jika kadar progesterone turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menyebabkan adanya his.

2. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorilais dalam mengalami perubahan penyebabnya karena turunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga menimbulkan kontraksi uterus.

3. Teori distensi rahim

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
- b. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya menyebabkan kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai
- c. Dicontohkan pada kehamilan gemelli, sering terjadi kontraksi uterus dikarenakan uterus meregang oleh ukuran janin ganda sehingga kadang kadang kehamilan gemelli akan mengalami persalinan lebih dini

4. Teori iritasi mekanis

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

5. Teori oksitosin

- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b. Perubahan hormone estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot Rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton hicks.
- c. Turunnya konsentrasi progesterone dikarenakan matangnya usia kehamilan sehingga menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi dan akhirnya dimulainya persalinan.

6. Teori hipotalamus

Glandula suprarenalis merupakan penyebab terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi ansefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

7. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua penyebab permulaan persalinan. Menurut hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena dapat menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal tersebut juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau proses persalinan.

8. Induksi persalinan

Persalinan juga dapat ditimbulkan dengan hal diantara lain:

- a. Gagang laminaria: dengan cara laminaria dimasukan kedalam kanalis servikalis bertujuan untuk merangsang fleksus frankenhauser
- b. Amniotomi pemecahan ketuban
 - 1) Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infus (Sulistyawati dkk, 2010:4-6).

E. Tanda Tanda Persalinan Sudah Dekat

1. Lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus disebabkan kepala bayi sudah masuk ke PAP. (pintu atas panggul)

Penyebab dari proses ini diantara lain:

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

Tanda-tanda jika kepala janin sudah masuk PAP (pintu atas panggul) diantaranya:

- 1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- 2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- 3) Kesulitan saat berjalan
- 4) Sering berkemih

Gambaran pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: *Power* (his), *Passenger* (bayi plasenta), *passage* (jalan lahir). Pada multipara digambarannya tidak sejelas pada primigravida dikarenakan masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2. Terjadinya his permulaan

Ketika hamil sering terjadinya kontraksi *Braxton hicks* yang dirasakan sebagai keluhan dikarena rasa sakit yang ditimbulkan penyebabnya yaitu adanya perubahan hormone estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan peningkatan oksitosin sehingga dapat menjalankan fungsinya secara efektif sehingga menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan biasanya diartikan dengan his palsu ciri cinya seperti berikut:

- a. Rasa nyeri ringan dibawah
- b. Tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda tanda kemajuan oersalinan
- d. Durasi pendek
- e. Tidak bertambahnya bila beraktifitas. (Sulistyawati dkk, 2010:6)

F. Tanda Tanda Persalinan Sudah Masuk

1. Terjadinya his persalinan

karakter dari his persalinan.

- a. Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
 - b. Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
 - c. Adanya perubahan pada serviks
 - d. Ketika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan kekuatan his akan bertambah
2. Adanya pengeluaran lendir dan darah

Dengan adanya his persalinan, terjadinya perubahan pada serviks sehingga menimbulkan:

- a. Pendataran pembukaan
 - b. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
 - c. Terjadinya perdarahan dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah
2. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban disebabkan pecahnya air ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka harus ditargetkan persalinan berlangsung 24 jam. Namun apabila tidak segera tercapai maka persalinanmu diakhiri dengan tindakan tertentu seperti *ekstrasi vakum*, *sectio caesaria* (Sulistyawati dkk, 2010:7).

G. Tahapan Persalinan

1. Kala I (pembukaan)

Pasien dinyatakan kala I jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit, kala I pembukaan berlangsung 0 – 10 (pembukaan lengkap). Pada kala I prosesnya dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten (8jam)

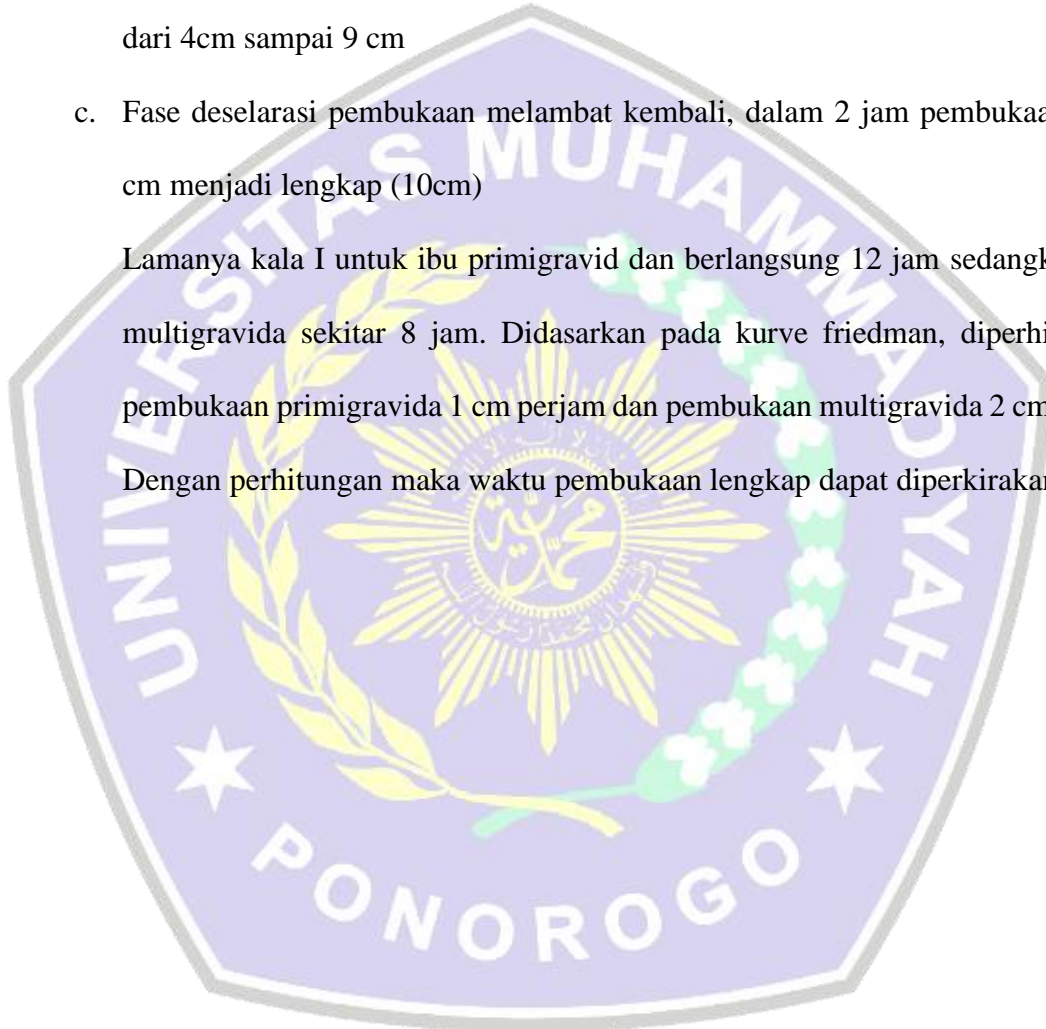
dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7jam) dimana serviks membuka 3 – 10 cm. Kontraksi sering terjadi dan adekuat selama fase aktif.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yaitu:

- a. Fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm sampai menjadi 4 cm
- b. Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm sampai 9 cm
- c. Fase deselerasi pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10cm)

Lamanya kala I untuk ibu primigravid dan berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Didasarkan pada kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm perjam dan pembukaan multigravida 2 cm perjam.

Dengan perhitungan maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.



2. Kala II

Kala II adalah kala pengeluaran bayi dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

Gejala Kala II ditandai dengan:

- a. His semakin adekuat dengan interval 2 – 3 menit dengan durasi 50 -100 detik
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap biasanya diikuti rasa ingin meneran karena penyebab tertekannya fleksus frankenhouser
- d. Dua kekuatan his dan meneran menimbulkan dorongan kepala bayi sehingga kepala membuka pintu; suboksiput, bertindak sebagai hipomochilin, berturut turut lahir ubun ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala
- e. Kepala lahir seluruhnya kemudian diikuti putaran faksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah terjadinya putaran faksi luar maka persalinan bayi ditolong dengan jalan sebagai berikut:
 - 1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang
 - 2) Setelah bahu kedua lahir, ketiak dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi
 - 3) Bayi lahir diikuti sisa air ketuban.

2. Kala III (pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung kurang lebih 30 menit. Uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus maka plasenta lepas dari lapisan nitabusch. Lepasnya plasenta bisa diperkirakan yaitu dengan memperhatikan tanda-tanda antara lain:

- a. Uterus berbentuk bundar
- b. Uterus terdorong keatas dikarenakan plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat bertambah panjang
- d. Terjadi perdarahan secara tiba-tiba

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan pelan secara dorso kranial pada fundus uterus.

Sebab sebab terlepasnya plasenta:

- 1) Saat bayi dilahirkan rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan organ dengan dinding yang tebal dan rongganya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus turun sedikit dibawah pusat penyebabnya karena terjadi pengecilan uterus maka tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil plasenta harus mengikuti proses pengecilan hingga tebalnya menjadi dua kali lipat daripada permulaan persalinan, karena terjadinya pengecilan tempat peletannya maka plasenta menjadi berlipat lipatan pada bagian yang terlepas dari dinding rahim dikarenakan mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi faktor penting dalam pelepasan plasenta adalah retraksi dan kontraksi uterus setelah anak lahir.
- 2) Pada tempat perlepasan plasenta yaitu antara plasenta dan desidua basalis terjadi perdarahan disebabkan hematoma membesar maka seolah-olah plasenta

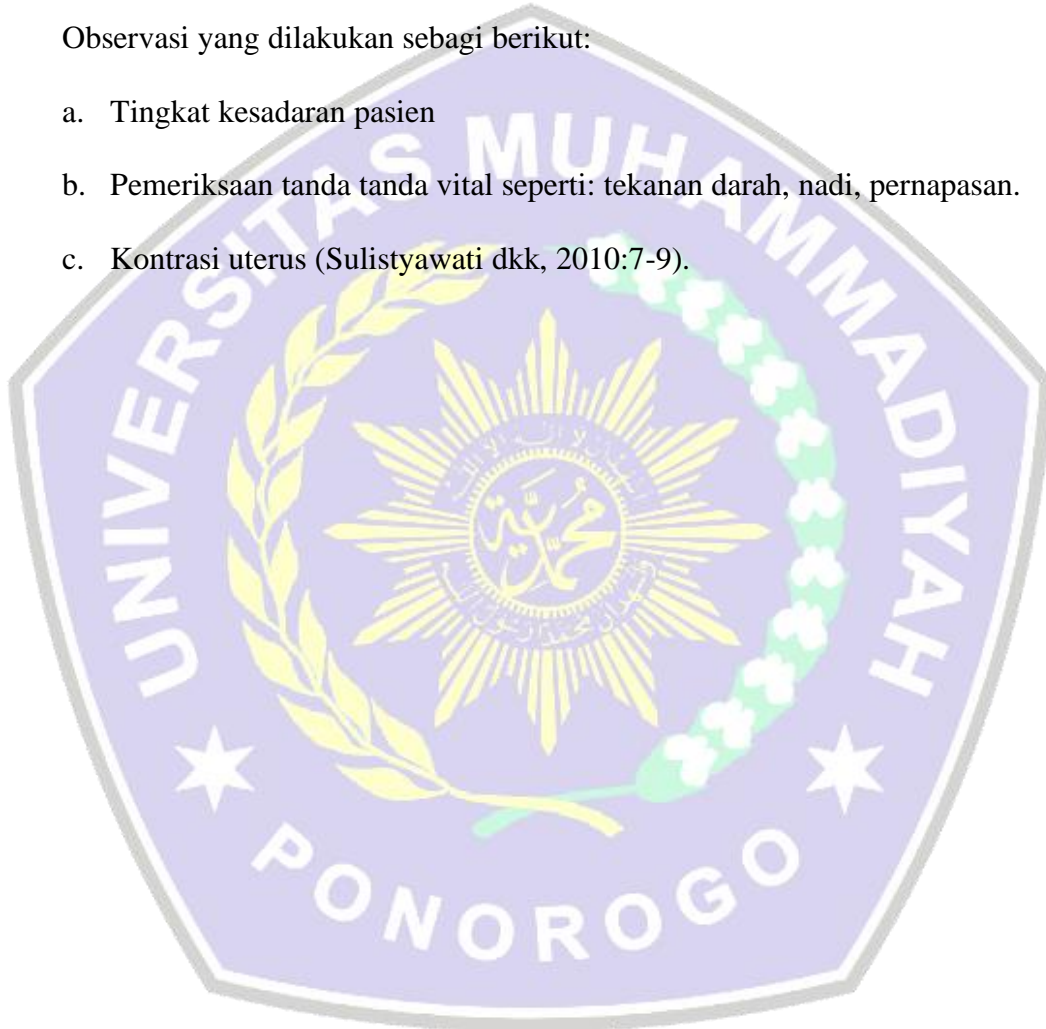
terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah plasenta meluas.

3. Kala IV (observasi)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan tanda vital seperti: tekanan darah, nadi, pernapasan.
- c. Kontraksi uterus (Sulistyawati dkk, 2010:7-9).



H. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan dari persalinan normal adalah untuk menjaga kelangsungan hidup dan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi. Meskipun dengan intervensi yang minimal namun upaya integritas yang lengkap tetap harus dijaga agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan tetap optimal. Dengan dilakukam pendekatan maka hal yang harus dilakuakn antara lain:

1. Secara konsisten dan praktis menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti: cuci tangan, penggunaan sarung tangan, sanitasi lingkungan dan proses ulang (sterilisasi) peralatan bekas pakai.
2. Memberikan asuhan yang dibutuhkan, memantau kemajuan, menolong proses persalinan dan kelahiran bayi. Menggunakan pratograf untuk digunakan membuat keputusan klinik sebagai upaya pengenalan adanya gangguan proses persalinan atau komplikasi dini agar bisa secepatnya memberikan tindakan yang tepat dan memadai.
3. Memberikan asuhan sayang ibu disetiap tahapan persalinan, kelahiran bayi, nifas, termasuk memberikan penjelasan kepada pasien serta keluarganya tentang proses persalinan dan kelahiran bayi dan menganjurkan suami dan keluarganya berpartisipasi dalam proses persalinan bayi dan kelahiran bayi.
4. Merencanakan persiapan dan melakukan rujukan tepat waktu dan optimal untuk pasien di setiap persalinan dan bayi baru lahir
5. Menghindari tindakan yang tidak perlu seperti : pemasangan kateter urin, tindakan episiotomy, amniotomy sebelum terjadi pembukaan lengkap, meminta pasien meneran secara terus terusan dan penghisapan lender secara rutin terhadap bayi baru lahir.

6. Melakukan penatalaksanaan aktif pada kala III untuk mencegah perdarahan pasca persalinan.
7. Memberikan asuhan segera pada bayi baru lahir seperti: mengeringkan dan menghangatkan bayi, memberikan asi sedini mungkin dan eksklusif dan mengenali secepat mungkin tanda-tanda komplikasi dan serta mengambil tindakan yang sesuai untuk menyelamatkan pasien dan bayi.
8. Memberikan asuhan dan pemantauan pada masa awal nifas yang berguna untuk memastikan kesehatan, keamanan, dan kenyamanan pada pasien dan bayi baru lahir. Seperti: mengenali secepat mungkin tanda dan komplikasi pasca persalinan dan juga pada bayi baru lahir dengan tindakan yang tepat.
9. Mengajarkan pasien dan keluarganya mengenali tanda dan gejala pada masa nifas.
10. Pendokumentasian asuhan yang sudah diberikan (Sulistiyawati dkk, 2010:9-10).

I. Mendiagnosis Persalinan

Persalinan patut dicurigai setelah kehamilan 22 minggu, pasien merasakan adanya nyeri abdomen berulang disertai cairan lender yang mengandung darah atau *bloody show*. Bidan agar bisa mendiagnosis harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

1. Perubahan serviks

Persalinan dapat dipastikan jika serviks secara progresif menipis dan membuka

2. Kontraksi yang adekuat

Kontraksi yang dianggap adekuat jika:

- a. Terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit dan setiap kontraksi sedikitnya 40 detik

- b. Uterus mengeras selama kontraksi ditandai dengan tidak bisa ditekan uterus dengan menggunakan jari.

Sangat sulit untuk membedakan persalinan sesungguhnya dan persalinan semu tetapi indikasi persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan pada serviks.

Dapat disimpulkan bahwa gejala persalinan sebagai berikut:

- 1) Kekuatan his semakin sering
- 2) Adanya tanda tanda persalinan seperti : pengeluar lender atau lender bercampur darah
- 3) Disertai ketuban pecah
- 4) Perubahan serviks
 - a) Pelunakan serviks
 - b) Pendataran serviks
 - c) Pembukaan serviks
- 5) Adanya dorongan meneran
- 6) Pasien terlihat gelisah
- 7) Timbul ketidaknyamanan fisik dan diare
- 8) Terdapat kontraksi yang berulang yang bersifat hilang timbul
- 9) Nyeri pinggang bagian bawah
- 10) Adanya ketidaknyamanan pada pelvis ketika terjadi penurunan kepala

(Sulistyawati dkk, 2010:10-11).

J. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

1. *Power*

Menurut Marmi (2016:51) *power* adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan disebabkan adanya his., kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament adanya kerjasama yang baik dan sempurna.

- a. Kontraksi uterus (HIS)
- b. Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. terdiri atas lapisan otot longitudinal dibagian luar, lapisan otot sirkular dibagian dalam dan lapisan otot menyilang diantara keduanya. Dengan adanya susunan sedemikian ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot otot dan perdarahan dapat terhenti (Sulistryawati, 2010:24).
- c. Kontraksi dinding rahim
- d. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- e. Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.

Tabel 2.2
Perbedaan antara his palsu dan his sejati

Jenis perubahan	His palsu	His sejati
Karakteristik kontraksi	Tidak teratur dan tidak semkin sering (disebut Braxton hicks)	Timbulnya secara teratur dan semakin sering, berlangung selama 30-70 detik
Pengaruh Gerakan tubuh	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau pada posisi tubuh ibu berubah kontraksi akan menghilang atau terhenti	Meskipun posisi atau Gerakan ibu berubah kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan kontraksi	Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontraksinya semakin kuat

Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan	Biasanya berawal di punggung dan menjalar ke depan
------------------------	--	--

Sumber: Marmi, 2016:54

2. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu yakni bagian tulang yang padat dasar panggul, vagina dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir sendiri dibagi atas:

- a. Bagian keras: tulang tulang panggul
- b. Bagian lunak: uterus, otot dasar panggul dan perinium (prawirohardjo, 2011:289)

Ruang panggul (*pelvic cavity*) dibagi menjadi dua diantaranya:

- 1) Pelvis mayor (*flase pelvic*), diatas linea terminalis
- 2) Pelvis minor (*true pelvic*), dibawah linea termnalis (Rohani, 2011:23)

Bidang bidang panggul

Bidang hodge yaitu bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan dengan seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT). Bidang hodge dibagi menjadi empat sebagai berikut:

a) Bidang Hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro-iliaka. Sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas shimpisis pubis (Rohani dkk, 2011:23).

b) Bidang Hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simpisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge 1) (Rohani dkk, 2011:23).

c) Bidang Hodge III

Bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I) (Rohani, 2011:23).

d) Bidang Hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Rohani, 2011:23).

3. *Passenger* (janin dan plasenta)

Janin bisa berpengaruh dalam proses kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Dari semua bagian janin, kepala janin, merupakan bagian yang terkecil yang mendapatkan tekanan. Tetapi karena kemampuan tulang kepala untuk molase satu sama lain, janin bisa masuk melalui jalan lahir asalkan tidak terlalu besar dan kontraksi uterus cukup kuat. *Passenger* atau janin bergerak sepanjang jalan lahir diakibat oleh interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin, maka dianggap juga sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. (Sumarah, 2009:35).

4. Psikologis ibu

Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

5. Penolong persalinan

Kedatangan penolong yang berkesinambungan (apabila diinginkan oleh ibu) dengan melakukan kontak mata seperlunya, bantuan ibu memperoleh rasa yang nyaman, sentuhan piitan, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi (Walyani, 2014:76-77).



K. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

1. Oksigen
2. Makan dan minuman per oral

Jika pasien berada pada situasi yang bisa memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai kebutuhannya, namun jika sudah masuk pada fase aktif pasien hanya membutuhkan cairan seperti minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya juga terpenuhi (Sulistyawati dkk, 2010:41).

3. Akses intravena

Akses intravena yaitu pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini berfungsi untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu waktu terjadi keadaan darurat untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien. Diantara berikut yang memerlukan pemasangan infus:

- a. Gravida 5 atau lebih
- b. Ketegangan uterus yang berlebihan misalnya: gameli, polihidramnion, bayi besar
- c. Induksi oksitosin
- d. Riwayat perdarahan pada persalinan sebelumnya
- e. Riwayat atau faktor lainnya yang bisa membuat pasien mengalami perdarahan setelah melahirkan
- f. Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan.
- g. Pasien yang mengidap penyakit infeksi disebabkan oleh sterptococus grup B, sehingga diperlukan terapi antibiotik secara intravena
- h. Suhu pasien lebih dari 38° C saat persalinan

i. Kondisi obstetrik patologis yang mengancam pasien contoh: plasenta previa, abrubio plasenta, preeklamsi dan eklamsi

j. Anestesi epidural (Sulistyawati dkk, 2010:42).

4. Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman saat persalinan dibutuhkan bagi ibu. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri pada posisi tertentu akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan berjalan lebih cepat selama tidak ada kontra indikasi pada pasien posisi tersebut seperti: rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan dan jongkok (Sulistyawati dkk, 2010:43).

5. Istirahat

Istirahat sangat penting bagi pasien dikarenakan membuat pasien lebih rileks. Pada awal persalinan pasien dianjurkan untuk istirahat yang cukup guna untuk menghadapi proses persalinan yang panjang. Posisi sendiri yaitu dikombinasikan dengan aktivitas dan ambulasi agar penurunan kepala janin lebih cepat (Nugraheny, 2010:47).

6. Eliminasi

a. Buang air kecil (BAK)

Pada proses persalinan pasien mengalami poliuri sehingga sangat penting untuk memfasilitasi kebutuhan eliminasi agar terpenuhi. Pada awal kala I ambulasi dengan berjalan ke toilet sehingga juga membantu dalam proses penurunan kepala janin dan apabila kondisi pasien tidak memungkinkan untuk ke toilet bidan bisa memfasilitasi dengan menggunakan pispot ditempat tidur (Sulistyawati dkk, 2010:46).

b. Buang air besar (BAB)

Pada pasien ketika merasa dorongan ingin BAB biasanya merasa sangat tidak nyaman. Namun timbul perasaan khawatir lebih mendominasi dari perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak mengetahui caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhan dalam hal ini bidan dan keluarga untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan memberikan bantuan dan menyakinkan pasien agar tidak merasa khawatir dan risih atau sungkan untuk melakukannya dan usahakan semaksimal mungkin penolong agar tidak menunjukkan reaksi negatif seperti menutup hidung dikarenakan sangat menyakitkan bagi pasien yang sedang bersalin (Sulistyawati dkk, 2010:46).



7. Kehadiran pendamping

Kehadiran pendamping sangat dibutuhkan pada pasien yang menjalani proses persalinan sebagai upaya semangat untuk melahirkan, apabila keluarga atau bidan sudah bisa memikat hati pasien merupakan hal yang istimewa dikarenakan pasien akan menjadi bidan sebagai orang yang terpercaya untuk proses bersalin (Sulistiyawati dkk, 2010:48).

L. Mekanisme Persalinan

Menurut Nurasiah mekanisme dalam persalinan ada enam yaitu: turunnya kepala, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar dan ekspulsi

1. Turunnya kepala

Penurunann kepala dibagi menjadi 2 tahapan yaitu:

a. Masuknya kepala dalam pintu panggul (PAP) *Engagement*

Pada primigravida masuknya kepala terjadi dibulan akhir kehamilan sedangkan multigravida terjadi pada awal persalinan.

b. Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kerongga panggul dan biasanya dimulai pada kala II sedangkan pada multipara majunya kepala dan masukya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam, extensi. Penyebab majunya kepala disebabkan oleh: tingkat cairan intra uterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengejan dan melurusnya badan anak oleh penulusuran bentuk rahim (Nurasiah, 2012:111-112).

2. Fleksi

Segera setelah kepala turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan kearah dada janin (Indri, 2014:27). Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga keubun ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun ubun besar. Dan keuntungannya dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm) (Kaban, 2010:2).

3. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan kebawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul. Penyebab dari putaran faksi dalam yaitu pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genetalia, antara levator ani kiri kanan ukuran terbesar bidang tengah panggul yaitu diameter anteroposterior (Nurasiah, dkk 2012:133).

4. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perinium kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perinium bermula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi (Mila, 2016:2).

5. Putaran paksi luar

Resisitasi atau yang disebut dengan putaran paksi luar yaitu gerakan berputar setelah kepala bayi lahir hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Putaran paksi luar terjadi saat bahu engaged dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala (Indri, 2014:27).

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Nurasiah, dkk. 2012:114).

M. Tanda Bahaya Saat Persalinan

1. Tanda bahaya kala 1

- a. Riwayat bedah caesar
- b. Perdarahan pervaginam selain lender bercampur darah
- c. Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
- d. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur mekonium kental dan disertai tanda gawat janin
- e. Ketuban pecah > 24 jam atau ketuban pecah dalam kurang bulan usia kehamilan < 37 minggu.

- f. Tanda atau gejala infeksi (temperature $> 38^{\circ} \text{C}$, mengigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
 - g. Tekanan darah lebih dari 160/110 atau terdapat protein urin (preeklamsia berat).
 - h. TFU 40 cm atau lebih
 - i. DJJ < 100 atau > 180 x/menit pada dua kali penilaian dalam 5 menit
 - j. Primipara dalam fase aktif kala I persalinan dengan penurunan 5/5
 - k. Presentasi bukan belakang kepala
 - l. Presentasi ganda
 - m. Tali pusat menubung
 - n. Tanda dan gejala syok
 - o. Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan
 - p. Tanda dan gejala belum impart
 - q. Tidak adanya perubahan pada serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam
 - r. Tanda dan gejala partus lama (Asrinah, 2010:59-65).
2. Tanda bahaya kala II
- a. Tanda atau gejala syok seperti nadi cepat, lemah 110 x/menit atau lebih, tekanan darah rendah sistolik < 90 mmHg, pucat pasi, keringat dingin, kulit lembab, nafas cepat > 30 x/menit, cemas, bingung, atau tidak sadar, produksi urin sedikit < 30 ml/jam.
 - b. Tanda dan gejala dehidrasi seperti perubahan nadi 100 x/menit atau lebih, urin pekat, produksi urin sedikit < 30 ml/jam.
 - c. Tanda dan gejala infeksi seperti temperature $> 38^{\circ} \text{C}$, mengigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau.

- d. Tanda dan gejala preeklamsia ringan seperti tekanan darah distolik 90-110 mmHg, protein urin hingga +2.
 - e. Tanda dan gejala preeklamsia berat atau eklamsia seperti tekanan darah sistolik 110 mmHg atau lebih dan diastolic 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang setiap saat.
 - f. Tanda dan gejala insersia uteri seperti kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing kontraksi berlangsung <40 detik.
 - g. Tanda gawat janin seperti DJJ <120x/menit atau >160 x/menit
 - h. Kepala bayi tidak turun
 - i. Tanda-tanda distosia bahu
 - j. Tanda-tanda cairan ketuban bercampur meconium
 - k. Tanda_tanda tali pusat menumbung
 - l. Kehamilan kembar tidak terdeteksi (Asrinah, 2010:90-98).
3. Tanda bahaya kala III
- a. Atonia uteri
 - b. Retensio plasenta
 - c. Inversio uteri (Asrinah, 2010:111).
4. Tanda bahaya kala IV
- a. Demam
 - b. Perdarahan aktif
 - c. Bekuan darah banyak
 - d. Bau busuk dari vagina
 - e. Pusing

- f. Lemas luar biasa
- g. Kesulitan menyusui
- h. Nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa (Asrinah, 2010:126).

N. 60 Langkah Asuhan Persalinan

Kala I

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai partograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tandatanda vital ibu
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan meberikan makan dan minum.
6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.
8. Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal

Kala II

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)

2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2010:14).
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik) .
7. Membersihkan vulva dan perinium dengan kapas basah dengan vulva ke perinium (Armini dkk, 2017:128).
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his (Armini dkk, 2017:128).
12. Meminta keluarga untuk mebantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk (Armini dkk, 2017:129).
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (Hidayat, 2010:82).

15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih 1/3 di bawah bokong ibu
17. Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.
22. Setelah kepala sudah faksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu,. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penulsuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya.
25. Lakukan penilaian bayi baru lahir
26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk yang kering, bayi diatas perut ibu.

Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau selimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua kedua dalam uterus (janin tunggal).
28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Kala III

29. Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
30. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
31. Lakukan pemontongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.
32. Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
33. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu , ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

36. Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan tekanan dorso kranial).
- Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.
 - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 - Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.
 - Lakukan katektisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
 - Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
37. Saat plasenta manual di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (massage uterus).
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakan telapak tangan difundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam wadah plasenta kantong plastik tempat khusus.
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perinium. Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

Kala IV

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
42. Mencekupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan melepaskannya secara terbalik.
43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.
44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah draah yang keluar.
46. Memantau tanda bahaya tiap 15 menit, menghitung nadi
47. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu normal (36°C-37°C).
48. Tempatkanlah semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.

54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan kala IV

O. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan impartu apabila :

1. Kontraksi atau HIS teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 his dalam 10 menit.
2. Perubahan serviks seperti pendataran atau dilatasi serviks

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase diantaranya :

a. Persalinan kala I fase laten

- 1) Fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. pada primigravida akhir fase laten ditandai dengan pendataran serviks yang sempurna. Tetapi pada multipara pada akhir fase laten serviks belum mendatar sepenuhnya. Dilatasi serviks pada fase laten berlangsung perlahan-lahan.
- 2) Biasanya pada fase laten bisa berlangsung dalam waktu 8 jam.
- 3) Pada saat fase laten berlangsung kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif.

b. Persalinan kala I fase aktif

- 1) Pada fase ini dimulai pada saat dilatasi serviks mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap.
- 2) Pada fase aktif dilatasi serviks berlangsung semakin progresif.
- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif berlangsung kira-kira 1,5 cm per jam dan pada nullipara kira-kira 1 cm per jam.

Dengan demikian batas terbawah kecepatan dilatasi serviks adalah yang diambil 1 cm per jam.



c. Penatalaksanaan awal persalinan kala I fase laten

- 1) Apabila pasien MKB pada saat awal persalinan dan pada pemeriksaannya menunjukkan keadaan yang normal yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat apabila pasien merasakan his yang nyeri dan teratur. Pasien diperbolehkan untuk makan dan minum seperti biasanya dan disarankan untuk jalan-jalan.
- 2) Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose pada saat awal inpartu yang harus dipertimbangkan secara hati-hati yang berguna untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan atau yang tidak perlu.

P. Partograf

Partograf yaitu alat yang dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dan penatalaksanaan (Manuaba, 2009:104). Penerapan partograf ditunjukkan kepada kehamilan normal yang rencana untuk persalinan pervaginam yaitu dengan memperhatikan garis tindakan sebagai titik tolak elevuasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

1. Denyut jantung janin dicatat setiap 30 menit
2. Air ketuban dicatat melskuksn pemeriksaan vagina

U : Selaput utuh

J : selaput pecah

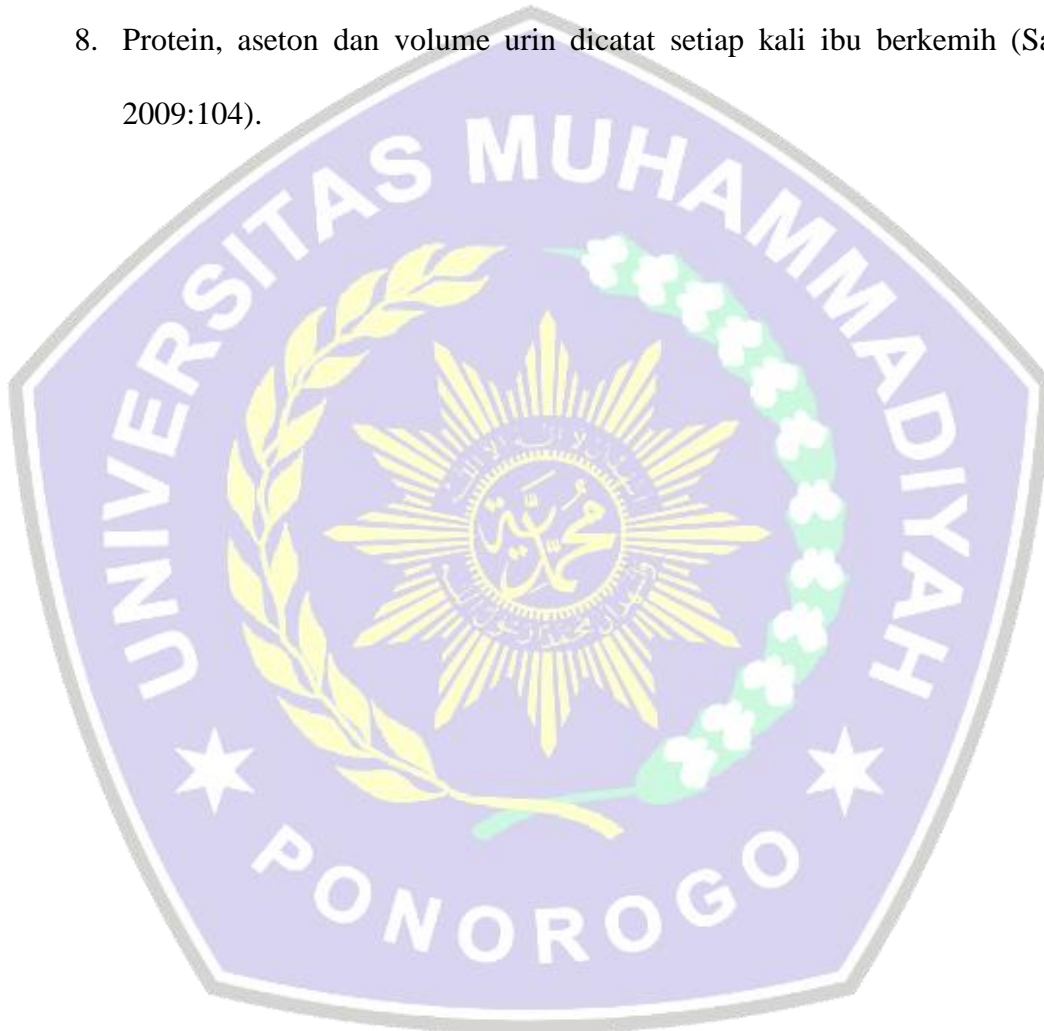
M : air ketuban bercampur meconium

D : air ketuban bernoda darah (Saifudin, 2009:104).

K : tidk ada cairan ketuban/kering (Manuaba, 2010:160).

3. Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase)
 - 0 : tulang-tulang kepala janin hanya bersaling sentuhan
 - 1 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan
 - 3 : tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan
4. Pembukaan mulut Rahim (serviks) dinilai setia 4 jam dan diberi tanda (X) (safuddin, 2009:104).
5. Penurunan mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
6. Waktu dan jam menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
7. Kontraksi uterus catat setiap setengah jam, lakukan palpasi yang digunakan untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing masing kontraksi dalam hitungan detik dan dinyatakan dengan :
 - a. Berikan titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
 - b. Berikan garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - c. Apabila memakai oksitosin catat pervolume cairan infus dan dalam tetesan permenit (Saifuddin, 2009:104).
 - d. Obat-obatan lain dan cairan IV dicatat semua pemberian obat-obatan tambahan atau cairan IV, dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010:322).
 - e. Nadi, tekanan darah, suhu ibu. Angka sebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekana darah ibu

1. Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan, beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
2. Catat tekana darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
3. Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kontak yang sesuai
8. Protein, aseton dan volume urin dicatat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104).



8.1.3 Konsep Dasar Teori Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas atau yang disebut dengan puerperium yaitu masa setelah persalinan selesai sampai 42 hari atau 6 minggu. Pada masa nifas organ reproduksi perlahan lahan mengalami perubahan seperti sebelum hamil atau yang disebut dengan involusi (Maritalia, 2014:11).

Periode postpartum adalah masa kelahiran plasenta dan selaput janin, (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita Pada kondisi tidak hamil (Islami, 2015:5).

Masa nifas yaitu sebuah periode pemulihan setelah bayi lahir dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologis ibu, terutama pada sistem reproduksi kembali mendekati keadaan hamil (Marliadiani dkk, 2015:2).

B. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dilakukan asuhan pada masa nifas diantaranya yaitu :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologi
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif dan medeteksi masalah, mengobati/merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi
3. Memberikan pendidikan kesehatan seperti perawatan tubuh, nutrisi, keluarga berencana (KB), menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi yang sehat (Widyasih, 2009:1-2).

C. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas sendiri dibagi dalam tiga tahap yang pertama puerperium dini yaitu masa kepulihan ketika ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan dan pada ibu setelah melahirkan pervagina tanpa komplikasi selama 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan melakukan mobilisasi segera sedangkan masa nifas yang kedua puerperium intermedial yaitu kepulihan yang menyeluruh pada organ-organ reproduksi internal maupun eksternal selama kurang lebih 6-8 minggu dan yang terakhir romete puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu waktu untuk sempurna berbeda-beda pada setiap ibu ada yang kemungkinan beberapa minggu, bulan atau tahun (Maritalia, 2014:12).

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan pada sistem reproduksi

a. Involusi uterus

Involusi atau pengerutan merupakan proses dimana uterus kembali pada keadaan semula sebelum hamil dengan berat kira kira 60 gram. Proses ini dimulai dari plasenta lahir diakibatkan kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2012:29). Perubah bisa diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus uteri)

Tabel 2.3
Perubahan Uterus Masa Nifas

No	Waktu involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3	1 minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1 cm
5	6 minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Kumalasari, 2015:156)

b. Lokhea

Lokhea yaitu ekskresi cairan rahim selama masa nifas lokhea sendiri mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus lokhea juga mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Sulistyawati, 2009:69).

Lochea dibedakan menjadi tiga jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lokhea rubra (merah)

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa postpartum.

Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar dan jaringan jaringan dari sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan dikarenakan mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14.

4) Lokhea alba (putih)

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba berlangsung selama 2-6 minggu postpartum (Sulistyawati, 2009:69-71).

2. Perubahan vulva dan vagina

Pada proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, beberapa setelah hari persalinan kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Rugae dalam vagina secara berangsur angsur mulai tampak biasanya pada minggu ke tiga. Kemunculan himen kembali sebagai jaringan sikatriks (scar) atau penonjolan kulit dan setelah mengalami sikatrisasi berubah menjadi karunkulamirtiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan dengan keadaan sebelum persalinan pertama. Dan sementara labia menjadi lebih menonjol (Sulistyawati, 2009:77-78).

3. Perinium

Segera setelah pasca melahirkan perinium berubah menjadi kendur disebabkan karena sebelumnya ada peregangan oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada

postnatal hari ke 5, perinium sebagian sudah kembali dan sebagian tonus nya, sekalipun masih tetap kendur daripada keadaan sebelum pasca melahirkan (Sulistiyawati, 2009:78).

4. Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek dan kendur, terkulai, dan berbentuk seperti corong yang disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga menyebabkan perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman disebabkan penuh pembuluh darah. Setelah pasca melahirkan tangan pemeriksa bisa dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari yang bisa masuk (Heryani, 2010:30).

5. Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrional selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal seperti tingginya kada progesterone yang menyebabkan gangguan keseimbangan cairan tubuh, meningkatnya kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot polos. Pada saat melahirkan kadar progesterone menurun namun tetapi faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Ada beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan antara lain: nafsu makan, penyebab dari nafsu makan ibu yaitu perasaan lelah yang berat setelah proses persalinan sehingga sebagian ibu merasa tidak lapar sampai rasa lelah itu hilang tetapi ada juga yang merasa lapar segera setelah persalinan, sebaiknya setelah persalinan segera berikan ibu minum hangat dan manis guna untuk mengembalikan tenaga yang hilang, mortilitas penurunan tonus dan mortilitas otot traktus cerna menetap pada waktu yang singkat setelah bayi lahir

tetapi pada persalinan bedah sesar kelebihan analgesik dan anastesi bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal, pengosongan usus biasanya terjadi setelah melahirkan karena ibu sering terjadi konstipasi biasanya disebabkan oleh tonus otot usus mengalami penurunan selama proses persalinan dan awal masa nifas seperti diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid atau laserasi jalan lahir . sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk normal kembali. Ada beberapa cara agar ibu bisa buang air besar kembali normal dengan pengaturan diet/menu makanan yang mengandung serat tinggi, pemberian cairan yang cukup minimal 8 gelas per hari dan apabila tidak berhasil bisa dilakukan pemberian obatan untuk memperlancar buang air besar (Marliandiani, dkk. 2015:13-14).

6. Perubahan pada sistem perkemihan

Saluran kemih bisa menjadi normal biasanya membutuhkan waktu dua sampai delapan minggu hal tersebut dipengaruhi oleh keadaan dan status ibu sebelum persalinan dan lamanya partus kala II dilalui, besarnya pada saat persalinan. Kandung kemih ada masa nifas kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah sehingga menyebabkan kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urin residual (normal ± 15 cc) (Marliandiani, dkk. 2015:13-14).

7. Perubahan tanda tanda vital

Pemeriksaan tanda tanda vital yaitu suatu proses pengukuran tanda-tanda fungsi vital tubuh yang biasanya dilakukan oleh tenaga medis untuk mendeteksi adanya sebuah perubahan sistem tubuh. Biasanya pada masa nifas yang terjadi seperti:

a. Suhu tubuh

Setelah persalinan dalam 24 jam pertama ibu akan mengalami peningkatan suhu tubuh (38°C) hal itu dikarenakan sebagai respon tubuh terhadap proses persalinan, terutama dehidrasi akibat pengeluaran darah dan cairan saat persalinan tetapi peningkatan suhu tubuh ini terjadi hanya sesaat.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 c/menit pada saat proses persalinan denyut nadi mengalami peningkatan biasanya denyut nadi yang melebihi 100x/menit harus diwaspadai karena kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c. Tekanan darah

Tekanan darah normal pada orang dewasa untuk systole berkisar 110-80 mmHg dan untuk diastole 60-80 mmHg. Pada saat setelah persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan saat hamil ini dikarenakan perdarahan pada proses persalinan. Jika peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole harus diwaspadai bisa menyebabkan timbulnya hipertensi atau preeklamsia postpartum.

d. Pernafasan

Pada ibu postpartum pernapasan menjadi lambat atau kembali normal saat sebelum hamil pada bulan keenam setelah persalinan penyebabnya ibu dalam kondisi pemulihan atau dalam kondisi istirahat bila nadi suhu tidak normal pernapasan juga mengikutinya terkecuali ada gangguan khusus pada saluran pernapasan, pada masa nifas gangguan pernapasan lebih cepat kemungkinan adanya tanda-tanda syok (Marliandiani, dkk. 2015:15).

8. Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400cc. bila kelahiran melalui section ceasaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri atas volume dan hemokonsentrasi dan apabila pada persalinan dan section ceasaria hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal 4-6 minggu (Ambarwati dkk, 2010:85-86).

E. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Pada seorang ibu yang baru melahirkan akan mengalami adaptasi psikologis pada nifas dengan melalui fase penyesuaian ibu (perilaku ibu) terhadap perannya sebagai ibu, berikut fase adaptasi psikologis ibu nifas diantaranya:

1. Fase taking in

Fase dimana yang disebut dengan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan dan waktu yang diperlukan oleh seorang ibu baru untuk memperoleh pemeliharaan dan perlindungan setelah melahirkan (Armyati, 2015:131).

2. Fase taking hold

Pada fase ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan biasanya sudah mulai timbul rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya pada fase ini perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah sekali untuk tersinggung maka dari itu bidan mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri (Marliandiani, dkk. 2015:22:23).

3. Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan, ibu juga sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya maka dari itu timbul keinginan untuk merawat diri dan banyinya meningkat pada fase ini (Ambarwati dkk,2010:89).

F. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Masa Nifas Dan Menyusui

1. Kondisi fisik

Pada ibu postpartum merasakan bahwa waktu semakin melambat yaitu pada minggu pertama merupakan masa terberat pasca persalinan maka dari itu tidak heran jika ibu merasakan belum nyaman hingga minggu kedua pasca persalinan dan ibu mengalami perubahan fisik dan fiologis yang mengakibatkan adanya perubahan psikis. Pada umumnya ibu akan mengalami sebagian atau seluruhnya gejala fisik dan emosi sebagai berikut:

a. Gejala fisik

- 1) Ibu masih mengalami kelelahan
- 2) Muncul keluhan sembelit
- 3) Secara bertahap perut menjadi datar
- 4) Berat badan berkurang secara bertahap
- 5) Rasa tidak enak pada payudara
- 6) Rasa sakit dilengan dan leher diakibatkan menggendong bayi
- 7) Rontoknya rambut
- 8) Pengeluaran lokia
- 9) Inkontinensia urine (mengompol)
- 10) Kontraksi uterus (penyusutan Rahim)

11) Nyeri dan kebal pada perineal

12) Banyak berkeringat

13) Merah pada mata, lebam, tanda kehitaman disekitar mata dan pipi

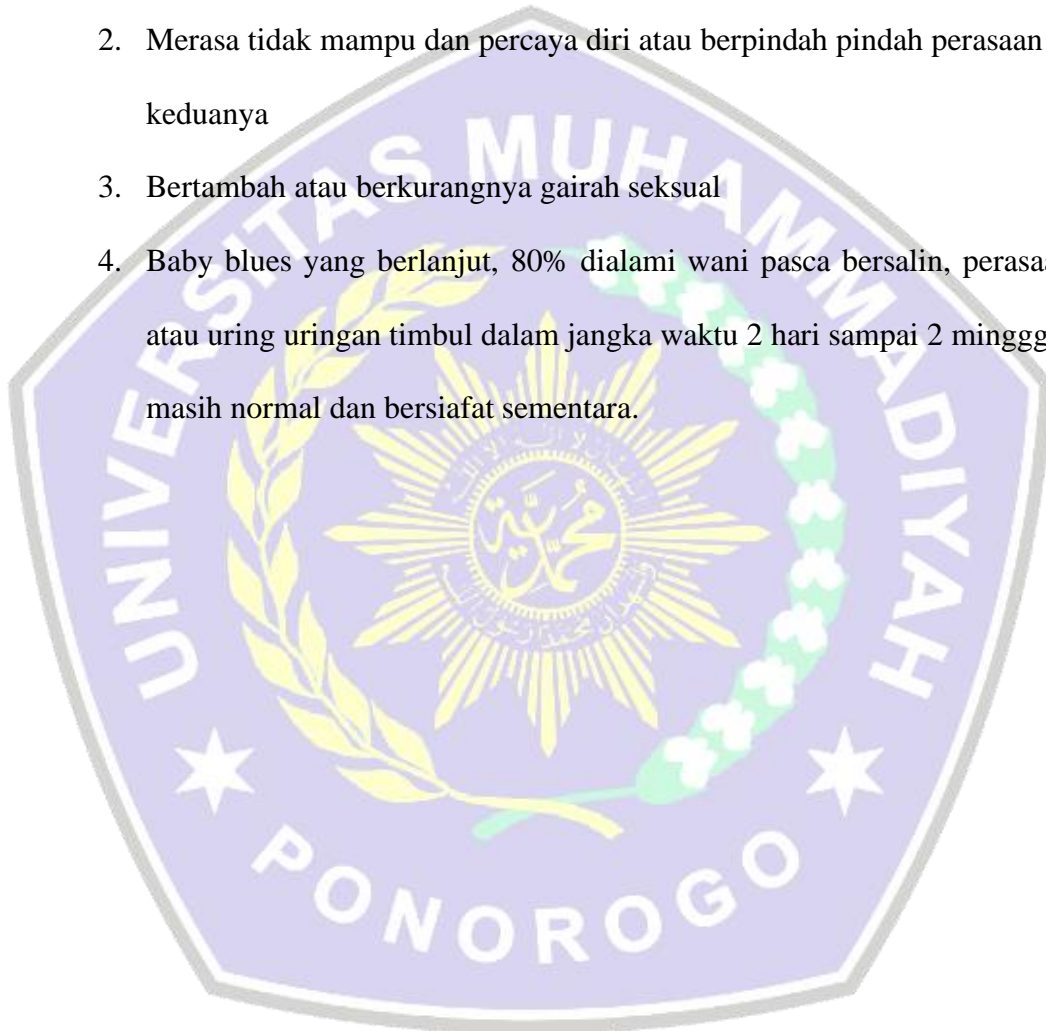
b. Gejala psikologis

1. Gembira, depresi atau perubahan diantara keduanya

2. Merasa tidak mampu dan percaya diri atau berpindah pindah perasaan diantara keduanya

3. Bertambah atau berkurangnya gairah seksual

4. Baby blues yang berlanjut, 80% dialami wani pasca bersalin, perasaan sedih atau uring uringan timbul dalam jangka waktu 2 hari sampai 2 minggu hal ini masih normal dan bersifat sementara.



2. Faktor lingkungan dan sosial budaya

Lingkungan dan sosial budaya merupakan suatu hal yang berkaitan dengan budi akal manusia untuk mencapai tujuan bersama pada pasca bersalin, adat istiadat dan budaya setempat ibu postpartum akan menunjang lancar atau tidaknya masa nifas yang dilalui contohnya pada budaya jawa seperti selpan, tapel awu kayan. Budaya daerah tertentu melarang ibu nifas untuk mengonsumsi makanan protein yang tinggi seperti telur dan ikan laut jika ibu yang tidak mempunyai riwayat alergi maka dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang mengandung kalori dan tinggi protein guna memulihkan stamina, menumbuhkan sel-sel baru serta menjaga kualitas ASI.

3. Faktor ekonomi

Kehamilan yang direncanakan membuat ibu dan keluarga siap secara ekonomi, baik dari segi biaya persalinan, pemenuhan gizi ibu nifas dan bayi serta menunjang kesehatan bagi bayi yang baru lahir. Bertambahnya anggota keluarga juga mempengaruhi bertambahnya kebutuhan sehingga tuntutan ekonomi semakin meningkat (Marliandini dkk, 2015:34-35).

G. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Kebutuhan gizi

Nutrisi yang baik dan sangat penting untuk pemulihan pasca persalinan menjaga kesehatan yang optimal agar dapat menjalankan tugas sebagai ibu, menjaga produksi dan kualitas ASI jadi makan yang dikonsumsi ibu nifas harus mengandung karbohidrat, tinggi protein zat besi vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia dan serat untuk memperlancar sekresi. Ibu nifas dan menyusui membutuhkan tambahan

kalori ± 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan bulan selanjutnya kebutuhan kalori menurut ± 500 kalori.

Berikut zat yang dibutuhkan dalam diet ibu pasca persalinan:

- a. Mengonsumsi tambahan kalori sesuai kebutuhan. Jika masih menyusui tambahkan kalori tiap hari sebanyak 500-700 kalori.
- b. Penuhi diet berimbang terdiri atas protein, kalsium, mineral, vitamin, sayuran hijau dan buah
- c. Kebutuhan cairan sedikitnya 3 liter perhari yang diperoleh dari air putih, sari buah, susu, atau sup
- d. Untuk mencegah anemia konsumsi tablet zat besi selama masa nifas
- e. Vitamin A (200.000 unit) selain untuk ibu, vitamin A dapat diberikan kepada bayi melalui ASI (Marliadini dkk, 2015:38).

2. Ambulasi dini

Ambulasi dini tidak wajib dilakukan pada ibu yang mengalami komplikasi nifas dan riwayat persalinan patologis pada sebuah penelitian ambulasi dini dapat mencegah terjadinya sumbatan pada aliran darah, tersumbatnya aliran darah bisa menyebabkan terjadinya thrombosis vena dalam (deep vein thrombosis).

Berikut keuntungan melakukan ambulasi dini diantaranya:

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik
- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan maupun Pendidikan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi sehari-ari
- d. Lebih sesuai dengan keadaan indonesia (lebih ekonomis)

Langkah langkah yang digunakan ambulasi dini yang bisa dilakukan ibu untuk turun dari tempat tidur yaitu:

- 1) Diawali mengatur nafas, miring kiri, miring kanan, dan duduk
- 2) Duduk dengan tubuh ditahan dengan tangan, gesekan kaki ke sisi ranjang dan biarkan kaki menggantung sebentar
- 3) Dengan bantuan orang lain, perlahan lahan ibu berdiri dan masih berpegangan pada tempat tidur (Marliadini dkk,2015:38-39).

3. Eliminasi

a. BAK

Pengeluaran urin akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke 5 postpartum disebabkan volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi persalinan. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam postpartum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi (Kumalasari, 2015:162).

b. BAB

Buang air besar biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan penyebabnya edema persalinan, diet cairan, obat obatan analgesic selama persalinan dan perinium yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Heryani, 2010:61).

4. Kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri pada saat nifas merupak upaya untuk memelihara kebersihan tubuh dimula dari pakaian, kebersihan diri dari ujung rambut sampai kaki terutama

pada daerah genitalia perlu mendapat perhatian yang khusus dikarenakan terdapat pengeluaran cairan/darah lokia letak vagina yang berdekatan dengan meatus eksternus uretrae dan anus yakni daerah tersebut banyak mengandung mikroorganisme patogen. Tujuan melakukan personal hygiene diantaranya:

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

Tindakan yang bisa dilakukan bidan dalam perawatan kebersihan diri ibu nifas antarlain:

- 1) Menganjurkan ibu untuk selalu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
- 2) Menganjurkan ibu untuk mandi dan berseka menjaga kebersihan tubuh dapat mencegah terjadinya infeksi alergi kulit pada bayi akibat bersentuhan dengan kulit ibu yang kotor
- 3) Mengajarkan bagaimana caranya menjaga kebersihan alat genitalia dan ingatkan pada ibu bahwa bagian vagina berada dekat saluran buang air kecil dan buang air besar sehingga memudahkan kuman untuk masuk dan kemudian menjalar ke rahim sehingga pastikan ibu untuk mengerti bagaimana caranya membersihkan genitalia yaitu dengan membersihkan genitalia dari depan ke belakang dengan air kemudian membersihkan daerah anus jika mempunyai luka episotomy ingatkan ibu untuk tidak menyentuh pada daerah luka untuk menghindari resiko terjadinya infeksi sekunder

- 4) Menganjurkan ibu untuk segera mengganti pembalut setiap sekali terasa penuh atau minimal 4 kali dalam sehari sehingga bisa meminimalisir infeksi Rahim dikarenakan adanya luka terbuka di dalam rahim dan vagina sehingga sebagai media masuknya kuman maka ibu diharuskan untuk menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik (Marliadini dkk, 2015:40).

5. Istirahat

Pada ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembalinya keadaan fisiknya. Pada keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu nifas memerlukan istirahat tidur sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari berikut hal hal yang dapat dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat antara lain:

- a. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap dan perlahan lahan
- c. Tidur siang atau istirahat pada bayi tidur (Heryani, 2010:62).

Pada ibu nifas yang istirahatnya kurang biasanya mempengaruhi berbagai hal seperti:

- 1) Mengurangi jumlah ASI
- 2) Terlambatnya proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Kumalasari, 2015:163).

6. Seksual

Hubungan seksual yang memuaskan memerlukan suasana hati yang tenang, kecemasan akan menghambat proses perangsangan sehingga produksi cairan pelumas pada dinding vagina akan terhambat. Cairan pelumas yang minim akan berakibatkan gesekan penis dan dinding vagina tidak terjadi dengan lembut akibatnya akan terasa nyeri dan tidak jarang akan ada luka lecet baik di dinding vagina maupun kulit penis suami. Kondisi inilah yang menyebabkan sakit selain itu ada yang lainnya yang menurunkan gairah seksual ibu pasca melahirkan diantaranya :Luka persalinan, depresi dan baby blues atau kelelahan untuk memulai hubungan seksual juga harus ada waktunya yaitu setelah berhentinya lokia atau pengeluaran darah biasanya masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan masa pembersihan rahim setelah 6 minggu pengeluaran sudah bersih dan pada prinsipnya tidak ada masalah untuk memulai hubungan seksual apabila ibu siap secara fisik maupun psikis keputusan tergantung pada pasangannya (Marliadini dkk, 2015:41).

7. Latihan senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu pasca melahirkan sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan. Setelah ibu cukup istirahat dan dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinu adapun melakukan senam nifas yang bertujuan:

- a. Membantu mempercepat pemulihan ibu
- b. Mempercepat proses involusi uteri
- c. Membantu pemulihan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perinium
- d. Memperlancar pengeluaran lokia
- e. Membantu mengurangi rasa sakit

f. Mengurangi resiko komplikasi

Adapun manfaat melakukan senam nifas diantaranya:

- 1) Membantu memperbaiki sirkulasi darah sehingga mencegah terjadinya pembekuan pada pembuluh darah terutama pembuluh tungkai
- 2) Memperbaiki sikap tubuh dan otot punggung pasca persalinan
- 3) Memperbaiki otot pelvis dan peregangan otot abdomen
- 4) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- 5) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan
- 6) Mempercepat terjadinya proses involusi organ reproduksi

Kerugian untuk ibu yang tidak melakukan senam nifas antara lain:

- a) Infeksi karena involusi uterus yang tidak baik sehingga menyebabkan sisa darah tidak bisa dikeluarkan
- b) Perdarahan yang abnormal dikarenakan apabila kontraksi uterus tidak baik maka resiko perdarahan
- c) Thrombosis vena (sumbatan vena oleh bekuan darah)
- d) Timbul varises

Berikut syarat atau ketentuan untuk melakukan senam nifas diantaranya:

- (1) Ibu melahirkan secara normal dengan kondisi sehat dan tidak ada kelainan serta komplikasi persalinan maupun nifas.
- (2) Senam ini dilakukan 6 jam setelah persalinan dilakukan dirumah sakit atau dirumah bersalin dan diulang terus menerus setelah sampai dirumah
- (3) Ibu tidak mengalami keluhan nyeri

- (4) Ibu tidak memiliki riwayat penyakit jantung
- (5) Perhatikan kenyamanan ibu.

H. Komplikasi Masa Nifas

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didenifikasikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Perdarahan ini terjadi segera begitu ibu melahirkan terutama di 2 jam pertama jika terjadi perdarahan mengakibatkan tinggi rahim akan bertambah naik dan tekanan darah menurun dan denyut nadi ibu bermabah cepat, menurut waktu terjadinya perdarahan postpartum dibagi menjadi dua diantaranya:

- a. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam setelah bayi lahir
- b. Perdarahan postpartum sekunder terjadi perdarahan setelah 24 jam pertama bayi dilahirkan (Marliadini dkk, 2015:96).

Perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kematian maternal di sebabkan oleh beberapa faktor penyebab diantaranya:

- 1) Grandemultipara
- 2) Jarak pesalinan dekat kurang dari 2 tahun
- 3) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan: pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun persalinan dengan tindakan paksa dan persalinan dengan narkosa (Manuaba, 2009:103).

2. Sub involusi uterus (pengecilan rahim yang terganggu)

Involusi sendiri yaitu keadaan dimana uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000gram setelah bersalin beratnya menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Dan apabila pengecilan kurang baik maka disebut sub involusi faktor penyebabnya adalah sisa plasenta dalam uterus, endometritis adanya mioma uteri (Yudiana 2016:98).

3. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada nifas yaitu infeksi bakteri pada traktus genitalia terjadi sesudah melahirkan biasanya ditandai dengan kenaikan suhu tubuh sampai 38°C atau lebih 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan dengan mengecualikan 24 jam pertama (Marliadini dkk, 2015:101).

4. Demam, muntah rasa sakit waktu berkemih

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perinium. Pada nifas dini sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih didalam vesika sering menurun mengakibatkan adanya trauma persalinan, serta analgesic epidural atau spiral. Sensasi peregangan kandung kemih juga memungkinkan berkurang diakibatkan ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari episiotomy yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina (Marliadini dkk, 2015:107).

5. Keadaan yang abnormal pada payudara

- a. Bendungan ASI yaitu pembendungan air susu disebabkan oleh penyempitan ductus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau dikarenakan kelainan puting susu. Payudara akan merasa

lebih penuh dan panas serta nyeri saat diraba dan biasanya disertai dengan kenaikan suhu badan.

- b. Mastitis yaitu peradangan payudara yang dapat disertai atau tidaknya dengan infeksi. Penyakit ini biasanya menyertai laktasi sehingga disebut dengan mastitis laktasional atau mastitis puerperalis sehingga biasanya baru ditemukan setelah minggu ke 3 atau ke 4. Dan keadaan ini bisa menjadi fatal jika tidak segera diberi tindakan (Marliadini dkk, 2015:108-109).

I. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

A. Kunjungan I: 6 jam – 3 hari setelah persalinan

- a. Mencegah perdarahan yang disebabkan Antonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk apabila perdarahan berlanjut.
- c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu atau yang disebut dengan bounding attacement
- d. Membimbing pemberian ASI lebih awal atau ASI Eksklusif

B. Kunjungan II: 4-28 Hari setelah persalinan

- a. Memastikan proses involusi uterus baik yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak perdarahan abnormal dan tidak bau
- b. Nilai adanya tanda tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan baik dan tidak memperlihatkan tanda tanda penyulit

- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi seperti perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari hari

C. Kunjungan III: 29-42 hari setelah persalinan

1. Menanyakan kesulitan ibu pada saat nifas
2. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Kumalasari, 2015:165).



2.1.4 BAYI BARU LAHIR DAN NEONATUS

A. Definisi Bayi Baru Lahir Dan Neonatus

Bayi baru lahir normal yaitu bayi yang memiliki berat badan lahir 2500-4000 gram, cukup bulan langsung menangis dan tidak adanya kelainan kongenital atau cacat bawaan yang berat (Rahardjo, 2014:9).

Bayi yang dimaksud dengan cukup bulan yaitu bayi yang dilahirkan setelah usia kehamilan genap mencapai 37minggu dan sebelum usia kehamilan genap mencapai 41minggu (Williamson, 2013:3).

Neonatus yaitu bayi yang baru mengalami proses kelahiran yang berusia 0-28 hari sedangkan masa neonatus merupakan masa kritis dari kehidupan bayi, dua pertiga kematian terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir (Saifuddin, 2009:123).

B. Tahapan Bayi Baru Lahir

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

C. Ciri Ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500-4000 gram
2. Panjang badan 48-52 cm

3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
6. Pernafasan \pm 40-40 kali/menit
7. Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan sub cutan cukup terbentuk dan diliputi vernik caseosa
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak Panjang dan lemas
10. Genitalia
 - a. Pada Perempuan labia mayora menutupi labia minora
 - b. Pada Laki laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk baik
12. Reflek moro baik dan bila dikagetkan bayi akan segera seperti orang memeluk
13. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
14. Reflek rooting atau mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pip dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik
15. Eleminasi baik: urin dan meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, meconium akan berwarna hitam kecoklatan
16. Tanda APGAR SKOR

Tabel 2.4
Tanda APGAR SKOR

KATEGORI	0	1	2
Warna kulit (Appearance)	Biru / pucat	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Denyut jantung (Pulse)	Tidak ada	<100	>100
Tonus otot (Grimance)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Aktivitas (Activity)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Pernafasan (Respiration)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis

Sumber: Dwienda, dkk. 2014:5-6

Interprestasi:

- a. Nilai 1-3 asfiksia berat
- b. Nilai 4-6 asfiksia sedang
- c. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwienda, dkk. 2014:5-6)

D. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir Normal

1. Sistem pernafasan

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi (Dewi, 2012:12). Pada saat kepala bayi melewati jalan lahir maka akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya dan tekanan ini akan menghilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang dikarenakan terdorong kebagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena testimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanisme akhirnya bayi memulai aktivitasi nafas untuk pertama kali.

Tabel 2.5
Perkembangan Sistem Pulmonal

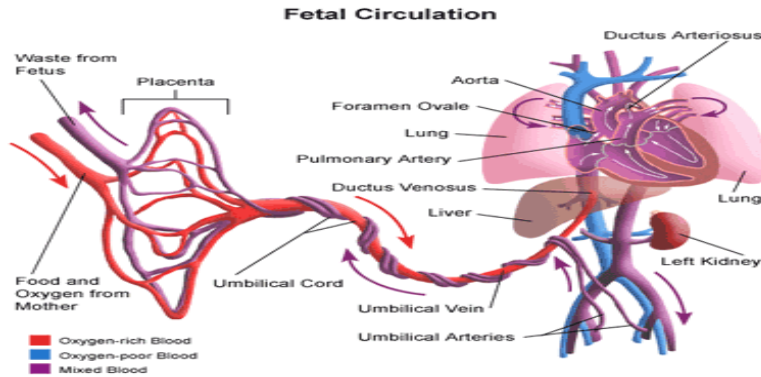
Usia kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
32-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber: Dewi, 2012:12

2. Peredaran darah

Selama kehidupan janin, darah sebagian besar melalui paru-paru dan hepar melalui venosus, foramen ovale, dan duktus arteriosus. Ketika darah umbilicus berhenti saat lahir, perbedaan akan tiba-tiba terjadi dalam sistem sirkulasi. Perbedaan ini menyebabkan 160 peningkatan aliran darah ke paru-paru dan hepar untuk turut serta menurunkan aliran darah melalui jalan pintas.

Pada Sistem sirkulasi bayi baru lahir dijelaskan yaitu aliran darah janin (fetus) bermula dari vena umbilicus, akibat tahanan pembuluh paru yang besar. Pada waktu bayi lahir, terjadi pelepasan dari plasenta secara mendadak (pada saat tali pusat dijepit/diklem), tekanan atrium kanan menjadi rendah, tahanan pembuluh darah sistemik naik dan pada saat yang sama paru mengembang. Tahanan vaskuler paru menyebabkan penutupan foramen ovale (menutup setelah beberapa minggu). Penutupan duktus arteriosus secara fisiologis terjadi pada umur 10-15 jam yang disebabkan kontraksi otot-otot polos pada akhir arteri pulmonalis dan secara anatomis pada usia 2-3 minggu (Maryunani, 2010: 366-367).



Gambar 2.3
Peredaran darah bayi baru lahir
Sumber: Maryunani, 2010: 368

3. Suhu tubuh

Menurut Muslihatun, 2010:12-13 mekanisme kehilangan panas pada tubuh bayi diantaranya:

b. Konduksi

Panas yang dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas bayi dengan melalui obyek lain secara kontak langsung) seperti ketika menimbang bayi tanpa alas penimbangan, memegang bayi pada saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir.

a. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Seperti: ketika membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir didekat jendela dan bisa juga dengan membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

b. Radiasi

Panas yang dipancarkan dari bayi baru lahir yang keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar 2 objek yang

mempunyai suhu berbeda) seperti: membiarkan bayi baru lahir dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), membiarkan bayi baru lahir dalam keadaan telanjang atau bisa juga disebabkan menidurkan bayi baru lahir berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok).

c. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap)

4. Metabolisme

Luas permukaan tubuh bayi, relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga dapat menyebabkan metabolisme basal per Kg BB lebih besar, maka dari itu BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru artinya energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat pada hari ke 2, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu \pm pada hari ke 6, energi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat (Armini,dkk. 2017:9-10).

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh BBL banyak mengandung air dan kadar natrium relative lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas, fungsi ginjal belum sempurna karena:

- a. Jumlah nefron belum banyak daripada orang dewasa
- b. Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal

c. *Renal blood flow* relative kurang jika dibandingkan dengan orang dewasa (Armini dkk, 2017:10).

6. Imunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sum-sum tulang dan lamina propria ileum dan apendiks, Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis, Pada BBL terdapat gama globulin G, sehingga menyebabkan imunoglobulin dari ibu dapat teralui plasenta dikarenakan berat molekulnya kecil, Tetapi apabila terjadi infeksi yang melalui plasenta (Lues, Tosoplsma, herpes simpleks, dll). Reaaksi imunologis dapat terjadi dengan adanya pembentukan sel plasma dan antibody gama A, G dan M (Armini, dkk.2017:10).

7. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan Panjang dibandingkan dengan orang dewasa, pada bayi baru lahir traktus digestivus mengandung g zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolisakarida yang biasanya disebut dengan meconium. Penegluaran meconium biasanya terjadi 10 jam pertama dan 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan warna nya sudah biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada bayi baru lahir kecuali amylase pancreas (Maternity, dkk. 2018:27).

8. Keseimbangan asam dan basa

Derajat keasaman (Ph) darah pada saat lahir rendah dikarenakan glikosis anaerobic pada dalam 24 jam neonatus telah mengopensasikan asidosis ini (Maternity, dkk. 2018:27).

9. Hati

Segera setelah lahir hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/KgBB/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Armini, dkk.2017:10).

E. Masalah Masalah Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia yaitu keadaan dimana bayi baru lahir tidak bisa bernafas secara spontan dan teratur, asfiksia juga diartikan sebagai depresi yang dialami bayi baru lahir yang ditandai dengan gejala tonus otot yang menurun yang mengalami kesulitan mempertahankan pernapasan yang wajar kondisi ini menyebabkan kurangnya pengambilan oksigen dan pengeluaran CO₂ (Maternity dkk, 2018:4).

2. Gangguan pernapasan

Gangguan pernapasan pada bayi baru lahir disebabkan oleh berbagai sebab. Apabila pernapasannya disertai tanda-tanda hipoksia (kekuarangan O₂) maka prognosisnya buruk dan bisa menyebabkan kematian bayi baru lahir, jika bayi selamat dan tetap hidup bisa berisiko menjadi kelainan neurologis di kemudian hari.

Penyebab: obstruksi jalan nafas, penyakit parenkhim paru paru, kelainan perkembangan organ dan sebab selain paru paru (Payah jantung, kelainan SSP, asidosis metabolic dan asfiksia) (Maternity dkk, 2018:4).

3. Hipotermi/hipetermi

Hipotermi yaitu suatu keadaan dimana suhu bayi turun dibawah 36°C bisa disebabkan bayi baru lahir lambat dikeringkan sehingga terjadi penguapan dan bayi cepat kehilangan panas tubuh, lingkungan yang terlalu panas juga berbahaya bagi bayi, keadaan ini terjadi bila bayi baru lahir diletakan didekat api atau ruangan yang terlalu panas (Maternity dkk 2018:4).

4. Bayi berat lahir rendah

Bayi berat lahir rendah yaitu bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2.500 gram. Bayi berat lahir rendah dapat di bedakan menjadi 3 yaitu:

- a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan berat 1.500 – 2.500 gram
- b. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) dengan berat <1.500 gram
- c. Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER) dengan berat <1.000 gram

(Maternity, Dkk. 2018:5)

5. Dehidrasi

Dehidrasi adalah keadaan dimana bayi kehilangan cairan tubuh 5% atau lebih, sementara kadar air dalam tubuh bayi 82% biasanya ditandai dengan gejala seperti: bayi mengantuk, tampak kehausan, kulit bibir lidah kering, saliva menjadi kental, mata dan ubun ubun cekung, warna kulit pucat turgor kulit berkurang, apatis, gelisah, dan kadang kadang kejang (Maternity, Dkk. 2018:5-6).

6. Ikterus

Ikterus yang terdapat pada bayi baru lahir lebih banyak terjadi pada neonatus kurang bulan ikterus ini bisa fisiologis, ikterus fisiologis biasanya timbul di hari ketiga dan tidak ada dasar patologis dan tidak menyebabkan suatu morbiditas, dan ikterus patologis biasanya timbul pada hari pertama pada dasarnya penyebab patologisnya kadar bilirubinnya mencapai hyperbilirubinemia (Maternity dkk, 2018:6).

7. Infeksi / sepsis

Infeksi pada bayi baru lahir sering dijumpai pada bayi baru lahir rendah dan lebih sering pada bayi yang lahir di RS dibandingkan diluar RS bayi beresiko terinfeksi apabila ditemukan:

a. Riwayat kehamilan

- 1) Infeksi ibu selama kehamilan
- 2) Ibu dengan preeklamsia
- 3) Ibu dengan DM
- 4) Ibu dengan penyakit bawaan

b. Riwayat kelahiran

- 1) Persalinan lama

- 2) Persalinan dengan tindakan
- 3) KPD
- 4) Air ketuban hijau kental

c. Riwayat bayi baru lahir

- 1) Trauma lahir
- 2) Lahir kurang bulan
- 3) Bayi kurang cairan dan kalori
- 4) Hipotermi (Maternity dkk, 2018:6-7).

8. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum yaitu penyakit tetanus yang terjadi pada bayi berusia kurang 1 bulan yang disebabkan oleh kolostridium tetani yaitu kuman yang mengeluarkan racun dan menyerang sistem saraf pusat (Maternity dkk, 2018:7).

9. Kejang

Kejang pada bayi sering tidak dikenali karena bentuknya berbeda pada kejang orang dewasa, manifestasinya dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang kejang, tiba-tiba menngis meleking, tonus otot hilang, Gerakan tidak menentu, oleh karena itu kejang pada bayi sering tidak dikenali oleh ibu yang belum berpengalaman (Maternity dkk, 2018:7).

10. Gangguan saluran cerna

Gangguan saluran cerna biasanya terjadi pada bayi baru lahir dengan perut buncit disertai atau tanpa gejala tambahan seperti muntah, diare cukup sering, kondisi ini menunjukkan adanya gangguan saluran cerna dan apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan komplikasi buruk seperti syok, dehidrasi, dan kematian kasus

seperti ini sering dijumpai seperti obstruksi intestinal, peritonitis perdarahan dalam abdomen dan kelainan bawaan (Maternity dkk, 2018:7).

F. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit
2. Kulit, bibir biru pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
3. Suhu terlalu panas $\leq 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $\leq 36^{\circ}\text{C}$
4. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
5. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan seperti nanah (PUS), bau busuk, berdarah
6. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar 25 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah
7. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan
8. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar nanah (pus), bau busuk, pernafasan sulit
9. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang
10. Menangis terus menerus (Muslihatun, 2010:46-47).

G. Periode Transisi Bayi baru lahir

Masa transisi yaitu suatu kombinasi respons simpatik terhadap tekanan persalinan (*tachypnea, tachycardia*) dan respon parasimpatik (sebagai respon yang diberikan kehadiran mucus, muntah dan gerak peristaltik).

Periode transisi di bagi menjadi 3 diantaranya :

1. Reaktivitas I (*The First Period Of Reactivity*)

Di mulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit sementara sianosis atau akrosianosis. Pada periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau bisa terpaku. Pada selama proses periode ini setiap usaha bisa dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Memperbolehkan ibu untuk memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama pada periode ini. Bayi akan sering mengeluarkan kotoran seketika setelah persalinan dan suara usus umumnya akan terdengar setelah 30 menit bayi lahir. Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluar kotorannya sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltik hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

Berikut bisa dilihat dari karakteristiknya sebagai berikut :

- a. Tanda tanda vital bayi baru lahir diantaranya : frekuensi nadi cepat irama tidak teratur, frekuensi pernafasan mencapai 80x/menit, dengan irama yang tidak teratur. Tetapi ada beberapa bayi yang mungkin dilahirkan dengan keadaan pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.
- b. Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- c. Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya berkemih atau tidak mempunyai pergerakan usus pada periode ini.
- d. Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mucus, menangis kuat, reflek hisap yang kuat. Tips khusus pada periode ini mata bayi terbuka lebih lama dari pada hari-hari berikutnya. Pada saat ini waktu yang paling baik untuk memulai

proses periode perlekatan dikarenakan bayi baru lahir bisa mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.



2. Fase tidur (*Period Of Unresponsive Sleep*)

Pada fase ini berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat pernafasan lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur suara usus akan muncul tetapi berkurang. Apabila bayi tidak di ganggu dan jangan memandikannya, selama masa tidur berikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan luar diluar uterin.

3. Periode reaktivitas II (*The Second Period Of Reactivity*)

Pada fase ini berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makanan pada awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama mucus. Ibu bisa diajari cara menyendawakan bayi yang benar, setiap mucus yang terdapat dalam pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang berlebihan atau banyak bisa menandakan adanya masalah pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda, sehingga penyebabnya bisa diselidiki secara menyeluruh (Wayan dkk, 2017:2-4).

H. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi bisa didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke 2 energi berasal dari pembeakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke 6, kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan, taksiran kebutuhan selama 2 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/KgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Tabel 2.6
Kebutuhan Dasar Cairan Dan Kalori Pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke lebih 10	150 – 200 ml	Lebih dari 120 kal

Sumber : Saifuddin, 2009:163

2. Eliminasi

Mekonium keluar biasanya terjadi dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan warnanya biasa (Marmi,2012:314). Pada fase pertama berwarna hijau kehitaman, lengket, dan mengandung empedu, asam lemak, lender dan sel epitel. Sejak hari ke 3 sampai hari ke 5 kelahiran feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan (Fraser,2009:711). Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan selanjutnya dengan frekuensi semakin sering seiring dengan meningkatnya asupan cairan. Urin encer, warna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009:711).

3. Kebutuhan tidur

Setelah 2 minggu pertama kelahiran bayi normalnya akan sering akan tidur dan menggunakan sebagian waktunya untuk tidur pada umumnya waktu tidur dan istirahat bayi berlangsung parallel dengan pola menyusu atau makannya maka dari itu sediakan selimut dan ruangan hangat pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin jumlah total tidur bayi akan berkurang dengan seiring bertambahnya usia (Wahyuni, 2012:71-72).

4. Kebersihan kulit

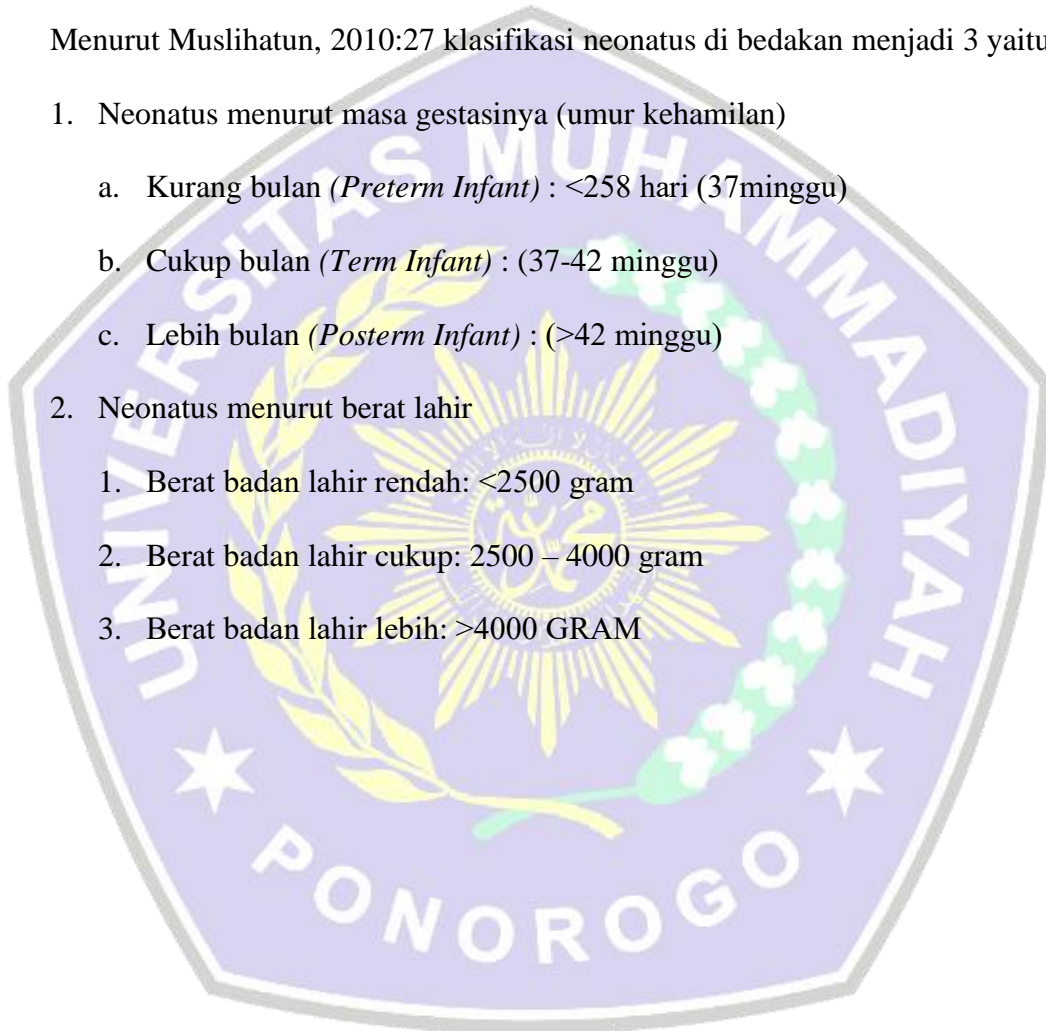
Pada umumnya kulit bayi baru lahir biasanya tipis, lembut dan sangat mudah menjadi trauma bisa diakibatkan dengan peregangan, tekanan atau dengan bahan-bahan dengan pH yang berbeda kulit bayi sendiri mempunyai peranan penting untuk melindungi bayi dan sangat penting untuk menjaga kesehatan kulit bayi agar tidak muncul komplikasi atau gejala penyakit. salah satu cara untuk menjaga kebersihan kulit bayi dengan memandikan bayi. Pada saat bayi dimandikan harus ditunda

minimal 6 jam dan disarankan setelah 24 jam pertama setelah lahir untuk mencegah terjadinya hipotermia sehubungan dengan anatomi kulit dan fungsi pengaturan suhu bayi (hipotalamus) yang belum sempurna sehingga tidak dapat langsung mampu menghadapi tantangan baik dingin atau panas yang berlebihan (Wahyuni, 2012:73).

I. Klasifikasi Neonatus

Menurut Muslihatun, 2010:27 klasifikasi neonatus di bedakan menjadi 3 yaitu:

1. Neonatus menurut masa gestasinya (umur kehamilan)
 - a. Kurang bulan (*Preterm Infant*) : <258 hari (37minggu)
 - b. Cukup bulan (*Term Infant*) : (37-42 minggu)
 - c. Lebih bulan (*Posterm Infant*) : (>42 minggu)
2. Neonatus menurut berat lahir
 1. Berat badan lahir rendah: <2500 gram
 2. Berat badan lahir cukup: 2500 – 4000 gram
 3. Berat badan lahir lebih: >4000 GRAM



3. Klasifikasi berat lahir terhadap masa gestasinya

Di deskripsikan dengan masa gestasinya dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilannya yaitu: neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

Apakah sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK).

J. Pelayanan Kesehatan Neonatus

A. Kunjungan neonatal ke 1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir

hal ini dilakukan:

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
- b. Berikan ASI eksklusif
- c. Rawat tali pusat

B. Kunjungan neonatal ke 2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir

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

C. Kunjungan neonatal ke 3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir

- a. Periksa ada atau tidak tanda bahaya atau gejala sakit
- b. Lakukan:
 - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi dan rawat tali pusat
 - 2) Berikan ASI eksklusif (Walyani, 2014:48)

2.1.5 KELUARGA BERENCANA (KB)

A. Pengertian

1. Keluarga Berencana

Keluarga berencana yaitu suatu usaha untuk menjarangkan atau juga merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012:65).

2. Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” artinya mencegah atau melawan sedangkan konsepsi yaitu pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sperma (sel pria) yang bisa mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma (Kumalasari, 2015:277).

B. Macam Macam Kontrasepsi

1. MAL (Metode Ammenore Laktasi)

a. Pengertian

MAL yaitu kontrasepsi yang hanya mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif (hanya diberikan ASI saja tanpa ada tambahan makanan atau minuman lainnya) MAL sendiri dapat digunakan sebagai kontrasepsi apabila menyusui secara penuh dan lebih efektif bila pemberian >8x/sehari, dan belum haid serta efektif dilakukan sampai umur bayi 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya (Saifuddin, 2010:MK-1).

b. Cara kerja

Penundaan atau penekanan pada ovulasi (Marmi, 2016:145).

c. Efektivitas

Efektivitas mal sangat tinggi sekitar 98% jika digunakan secara benar (Marmi, 2016:145).

d. Indikasi

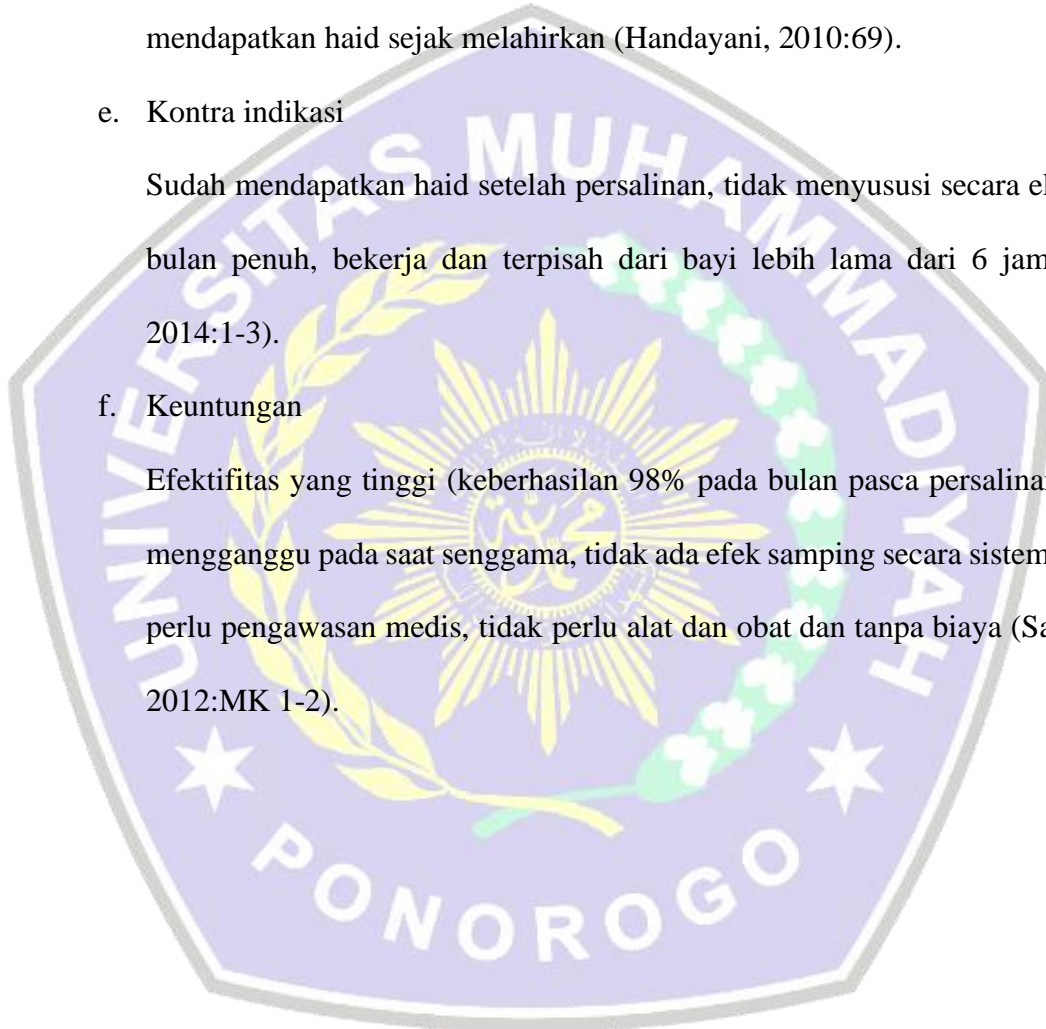
Ibu yang menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh dan ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan (Handayani, 2010:69).

e. Kontra indikasi

Sudah mendapatkan haid setelah persalinan, tidak menyusui secara eksklusif 6 bulan penuh, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam (Biran, 2014:1-3).

f. Keuntungan

Efektifitas yang tinggi (keberhasilan 98% pada bulan pasca persalinan), tidak mengganggu pada saat senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu alat dan obat dan tanpa biaya (Saifuddin, 2012:MK 1-2).



g. Kerugian

Adanya persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin bisa sulit dikarenakan factor sosial, tidak dapat melindungi dari penyakit IMS seperti virus hepatitis B/HPV dan HIV/AIDS (Saifuddin, 2012:MK 1-2).

2. Senggama terputus (Coitus Interruptus)

a. Pengertian

Senggama terputus yaitu sebuah metode kontrasepsi dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi (Marmi, 2016:150).

b. Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak terjadi pertemuan sperma dan ovum sehingga kehamilan bisa dicegah. ejakulasi diluar vagina bisa mengurangi kemungkinan air mani mencapai Rahim (Marmi, 2016:150).

c. Efektifitas

Efektifitas kontrasepsi senggama terputus dianggap sangat kurang karena angka kehamilan dengan senggama terputus lebih tinggi daripada menggunakan kontrasepsi mekanisme atau kimiawi (Eny, 2010:652).

d. Kontra indikasi

Ejakulasi premature pada laki laki (Hartanto, 2015:58)

e. Keuntungan

Tidak memerlukan alat, dan obat sangat murah dan selalu tersedia setiap saat tanpa adanya efek samping (Hartanto, 2015:58).

f. Kerugian

Angka kegagalan sangat tinggi, tidak melindungi dari penyakit IMS seperti virus hepatitis B/HPV dan HIV/AIDS dan akan mengurangi kenikmatan seksual untuk suami istri sehingga bisa mempengaruhi kehidupan perkawinan (Hartanto, 2015:58).

3. Kondom

a. Pengertian

Kondom yaitu sebuah karet tipis yang digunakan untuk menutupi zakar sebelum dimasukan ke dalam vagina untuk mencegah terjadinya pembuahan (Maryuanani, 2016:549).

b. Cara kerja

Untuk menghalangi terjadinya pertemuan sel sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis maka sperma tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan (Abdul, 2010:18).

c. Indikasi

Pria yang mempunyai riwayat genetalia, sensitivitas penis terhadap secret vagina (Hartanto, 2015:61). Dan pria yang ingin segera mendapatkan kontrasepsi dan pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB (Saifuddin, 2013:MK 19).

d. Kontra indikasi

Laki laki yang mempunyai pasangan yang beresiko tinggi akan terjadinya kehamilan dan alergi terhadap bahan dasar kondom (Saifuddin, 2013:MK 19).

e. Keuntungan

Murah dan sangat mudah didapatkan, tidak perlu pengawasan medis dan bisa untuk mencegah dari penyakit IMS seperti virus hepatitis B/HPV dan HIV/AIDS (Maryani, 2016:550).

f. Kerugian

Mengganggu kenyamanan saat senggama dan harus selalu ada persediaan tetapi juga bisa sobek bila melakukan dengan tergesa gesa, efek lecet disebabkan kurang licin (Maryani, 2016:550).

g. Cara pemakaian kondom

- 1) Kondom bisa dipakai ketika penis ereksi dan sebelum melakukan hubungan badan
- 2) Buka kemasan kondom secara berhati hati dari tepi dan arah robekan ke tengah jangan menggunakan gigi atau benda tajam saat membuka kemasan
- 3) Tekan ujung kondom menggunakan jari jempol untuk menghindari udara masuk kedalam kondom dan pastikan gulungan kondom berada disisi luar

- 4) Buka gulungan kondom secara perlahan lahan kearah pangkal penis sambil menekan ujung kondom dan pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitus apabila kondom menggulung maka ditarik kembali gulungan ke pangkal penis
- 5) Setelah ejakulasi lepas kondom saat penis ereksi hindarkan kontak penis dan kondom dari pasangan
- 6) Buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat sampah yang aman (Marmi, 2016:161-163).

4. Kontrasepsi oral (PIL)

Kontrasepsi oral yang biasanya dikenal dengan Pil KB mengandung hormone progesterone dan estrogen, Kontrasepsi oral sendiri terdiri dari 4 macam diantaranya:

a. Pil progestin (Mini pil)

Pil progestin atau mini pil digunakan untuk ibu yang sedang menyusui samapi sekitar 2 tahun dan ibu akan mengalami haid teratur.

b. Pil kombinasi

Di dalam pil kombinasi terdapat estrogen dan progesterone sintetis yang diminum 3 kali seminggu.

c. Pil sekunseal

Pada pil ini dibuat sedemikian rupa sehingga mirip dengan urutan hormone yang dikeluarkan ovarium pada setiap siklus, maka pada hormone tersebut estrogen diberikan selama 14 – 16 hari pertama diikuti oleh kombinasi progesterone dan estrogen selama 5 – 7 hari terakhir

d. *Morning after pil*

Merupakan pil hormone yang mengandung estrogen dosis tinggi yang diberikan pada saat keadaan darurat saja seperti kondom bocor (Saifuddin, 2010 :48).

1) Cara kerja estrogen sebagai kontrasepsi

Bekerja dengan cara memnghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium dan menghambat perjalanan ovum atau implantasi

2) Cara kerja progesterone sebagai kontrasepsi

Bekerja dengan cara membuat lender menjadi kental sehingga menyebabkan transportasi sperma menjadi sulit, Menghambat kapasitas sperma, Menghambat perjalanan ovum dalam tuba, menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium (Mulyani, 2013:57).

3) Keuntungan kontrasepsi oral

Apabila minum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%, Bisa dipakai pengobatan terhadap berbagai masalah penyakit seperti ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur dan nyeri pada saat menstruasi, Pengobatan penyakit endometritis dan bisa meningkatkan libido (Manuaba, 2010:599).

4) Efek samping kontrasepsi oral

Nyeri pada payudara, hipertensi, dan adanya penambahan berat badan (Affandi, 2010:50).

5) Keterbatasan

Hampir 30-60% mengalami gangguan haid Peningkatan/penurunan, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, Apabila lupa 1 pil saja

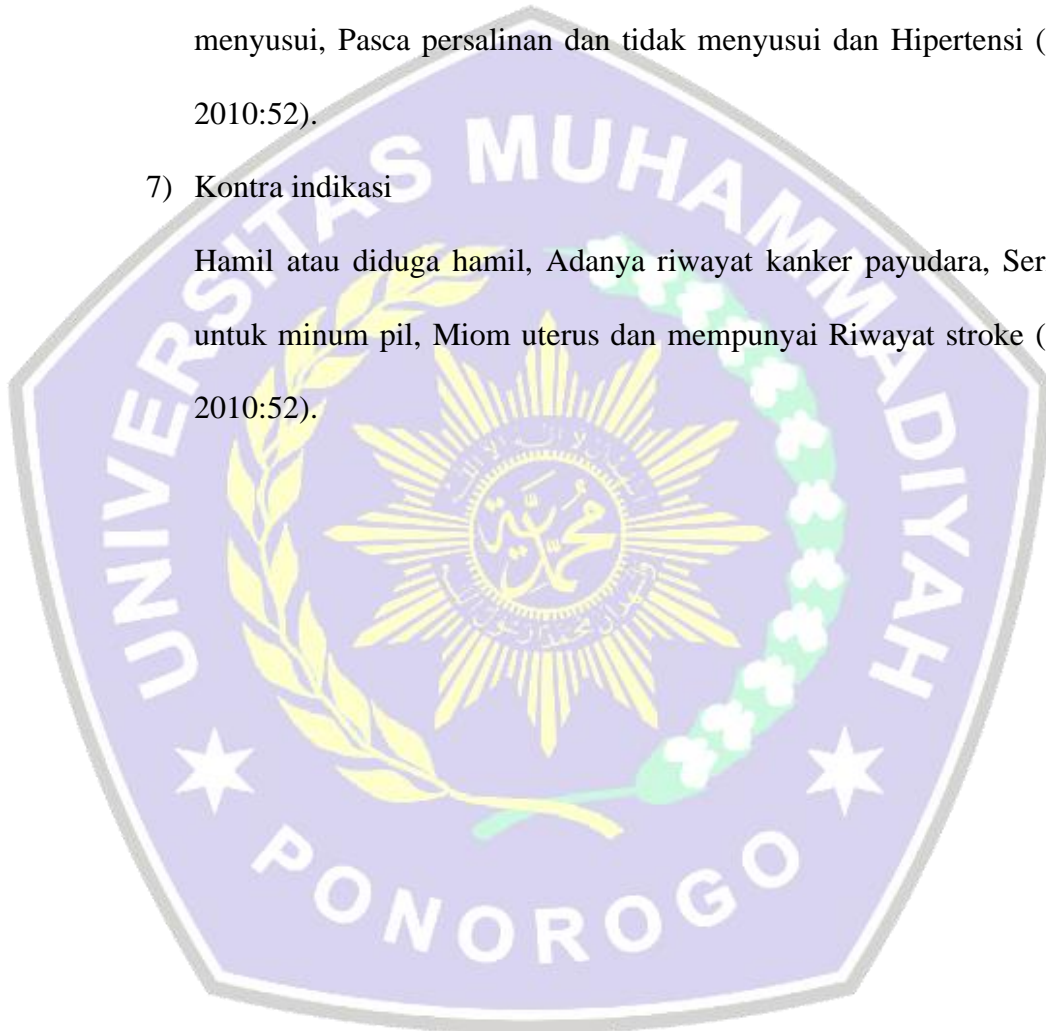
kegagalan akan lebih besar dan bisa menyebabkan Payudara tegang, mual, pusing dan dermatitis, Berisiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) (Affandi, 2010:52).

6) Indikasi

Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, Pasca persalinan dan tidak menyusui dan Hipertensi (Affandi, 2010:52).

7) Kontra indikasi

Hamil atau diduga hamil, Adanya riwayat kanker payudara, Sering lupa untuk minum pil, Miom uterus dan mempunyai Riwayat stroke (Affandi, 2010:52).



5. Kontrasepsi suntik

a. Pengertian

Kontrasepsi suntik yaitu kontrasepsi hormonal yang biasanya diberikan secara intramuskular dan sifatnya sementara (Andriati, 2014:1). Ada dua jenis kontrasepsi suntikan yaitu suntikan kombinasi yaitu 25 mg Depo Medroksiprogesteron asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan secara IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Noretidon Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

b. Cara kerja

Yaitu dengan menekan ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental sehingga menyebabkan penetrasi terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga menyebabkan implantasi terganggu dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

c. Keuntungan

Sangat efektif dan klien tidak perlu menyimpan obat, pencegahan kehamilan jangka Panjang, tidak berpengaruh pada saat senggama, tidak mengandung estrogen sehingga tidak adanya dampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak berpengaruh pada ASI, sedikit efek samping, bisa digunakan perempuan usia >35 tahun samapai perimenopause, membantu mencegah kaker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian penyakit jinak payudara, mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul dan menurunkan krisis anemia bulan sabit (sicle cell).

d. Indikasi

Usia reproduksi, nullipara serta sudah memiliki anak, menginginkan kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektivitas tinggi, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, pasca melahirkan dan tidak menyusui, sudah banyak anak tetapi tidak ingin tubektomi, perokok, tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math> dengan gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberkulosis (rifampisin), serig lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi, mendekati usia menopause yang tidak mau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

e. Kontra indikasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui 6 minggu pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (virus hepatitis), usia >35 tahun yang merokok, riwayat penyakit jantung, stroke dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg), adanya riwayat kelainan trombo emboli atau dengan kencing manis >20 tahun, kelainan pembuluh darah sehingga menyebabkan sakit kepala atau migrain dan keganasan payudara (Saifuddin dkk, 2010:35-31).

6. Suntikan progestin

Kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesterone saja dan tidak mengandung hormone estrogen, dosis yang diberikan yaitu 150 mg.ml secara IM (intramuscular) setiap 12 minggu sekali. Injeksi depo-provera sekitar 99% efektif dalam mencegah kehamilan saat disuntikan setiap 3 bulan sekali (Akinlaja *et al*, 2016:1).

a. Cara kerja

Mencegah ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum dalam tuba falopi (Susilowati, 2011:1).

b. Jenis kontrasepsi yang mengandung progestin

1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (DEpoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara IM (intramuskular) di daerah bokong.

2) Depo noretisteron enantat (Depo Noristeral) mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara IM (intramuskular)



7. Implant

a. Pengertian

Implant yaitu kontrasepsi yang disusupkan atau di tanam di bawah kulit (Maryanani, 2016:552).

b. Cara kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi, menjadikan selaput lender rahim tipis atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin, 2010:41).

c. Indikasi

Usia reproduksi, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, ibu menyusui, pasca keguguran/ abortus, tidak menginginkan anak tapi tidak mau menggunakan kontrasepsi mantap, sering lupa mengonsumsi pil (Kumalasari, 2015:280).

d. Kontra indikasi

Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervagina yang belum diketahui, benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, miom uterus, dan kanker payudara (Saifuddin, 2013:MK-55).

e. Efektifitas

0,2 -1 kehamilan per 100 perempuan (Kumalasari, 2015:280).

f. Keuntungan

Praktis, efektif, tidak ada faktor lupa, tidak menekan produk ASI, masa pakai panjang 5 tahun (Maryunani, 2016:552).

g. Kerugian

Menimbulkan gangguan menstruasi, berat badan naik, menimbulkan akne, ketegangan payudara, liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

h. Cara pemasangan

- 1) Meminta klien untuk membersihkan seluruh lengan yang dipasang implant dengan menggunakan sabun
- 2) Cuci tangan air sabun keringkan dengan handuk
- 3) Atur alat dan bahan sehingga kita mudah untuk dicapai dan hitunglah kapsul untuk memastikan jumlahnya
- 4) Gunakan sarung tangan dengan benar
- 5) Suci hamakan daerah pemasangan \pm 3 jari diatas lipatan siku kanan untuk yang kidal dan lipatan siku kiri untuk yang umum atau tidak kedal
- 6) Pasang duk steril yang berlubang disekeliling lengan pasien
- 7) Lakukan anatesi local menyeluruh di daerah yang akan dipasang implant
- 8) Menguji anastesi sebelum melakukan insisi (sayatan)
- 9) Dengan menggunakan bisturi lakukan sayatan atau insisi dibawah kulit (jangan terlalu dalam dan jangan terlalu dangkal) selebar 1-2 cm
- 10) Masukkan trocar dengan benar
- 11) Masukkan kapsul implant dibawah kulit dengan benar dimulai pasang yang tengah selanjutnya pasang yang lain sehingga berbentuk seperti kipas

- 12) Melakukan perabaan pada kapsul yang sudah dipasang
 - 13) Menekan tempat insisi menggunakan kassa untuk menghentikan pendarahan
 - 14) Sucihamakan lagi, mendekatkan tepi luka kemudian tutup dengan plester
 - 15) Memasang pembalut tekan dengan kassa steril
 - 16) Beri petunjuk pada klien cara merawat luka, balutan jangan dilepas atau dibuka dan usahakan agar tidak basah sekitar 2 hari
 - 17) Melakukan dekontaminasi
 - 18) Lepaskan sarung tangan secara terbalik
 - 19) Cuci tangan menggunakan sabun dan keringkan dengan handuk
 - 20) Buat rekam medik
 - 21) Observasi klien sekitar 5 menit sebelum mengijinkan klien pulang
 - 22) Kontrol dilakukan bila ada keluhan (Marmi, 2016:244-246).
- i. Cara pelepasan
- 1) Pastikan lokasi implant yang tertanam
 - 2) Melakukan anastesi
 - 3) Membuat insisi
 - 4) Melakukan pencabutan implant dengan menggunakan klem lekung (Marmi, 2016:248).

8. AKDR (alat kontrasepsi dalam Rahim)

a. Pengertian

AKDR yaitu alat kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (Saifuddin, 2013:80).

b. Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah pertemuan sperma dan ovum atau membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

c. Indikasi

Usia reproduksi, keadaan nullipara, ingin kontrasepsi jangka Panjang, perempuan menyusui yang ingin kontrasepsi, tidak menghendaki metode hormonal, gemuk atau kurus (Marmi, 2016:275).

d. Kontraindikasi

Riwayat kehamilan ektopik, pernah mengalami infeksi pelvis, kelainan pembekuan darah, petner seksual banyak (Marmi, 2016:276).

e. Keuntungan

Efektifitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan). Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cut-380A dan tidak perlu diganti), tidak mempengaruhi produksi dan kualitas ASI, dapat dipasang pasca melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak ada infeksi) dan dapat digunakan sampai menopause (1 tahun lebih setelah haid terakhir) (Bahiyatun, 2009:90-91).

f. Kerugian

Adanya perdarahan (spoting dan menomtroragia), dapat terjadi infeksi, tali AKDR dapat menyebabkan perlukaan, rasa tidak nyaman diperut (Manuaba, 2010:611).



9. Kontrasepsi mantap

a. Tubektomi

1) Pengertian

Tubektomi yaitu prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilisasi (Kesuburan) seorang perempuan (Saifuddin, 2010:M-81).

2) Cara kerja

Mengoklusi tuba fallopi (mengikat atau memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak bisa bertemu dengan ovum (Saifuddin, 2010 :81).

3) Indikasi

Usia > 26 tahun, paritas >2, pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, pascasalin, pasca keguguran, pada dan sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi, 2010:92).

4) Kontra indikasi

Hamil, infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrolkan), tidak boleh menjalani proses pembedahan, kurang pasti keinginanya untuk fertilisasi di masa depan, belum memberikan persetujuan tertulis (Affandi, 2010:93).

5) Keuntungan

Efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada factor senggama, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (Affandi, 2010:91).

6) Kerugian

Harus dipertimbangkan dengan mantap karena metode ini tidak bisa dipulihkan kembali, pengguna dapat menyesal, tidak melindungi dari IMS (Atikah dkk, 2010:92).

b. Vasektomi

1) Pengertian

Vasektomi yaitu metode kontrasepsi untuk laki laki yang tidak ingin anak lagi dan perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Anwar, 2010:225).

2) Indikasi

Pasangan yang menyudahi untuk menambah anak, istri yang tergolong Resiko Tinggi untuk hamil lagi, pasangan yang sudah gagal dengan kontrasepsi lainnya (Marmi, 2016:335).

3) Kontra indikasi

Infeksi kulit local contohnya Scabies, infeksi traktus genetalia, kelainan skrotum, penyakit sistemik seperti: diabetes melitus, penyakit penyakit perdarahan (Marmi, 2016:336).

4) Efektifitas

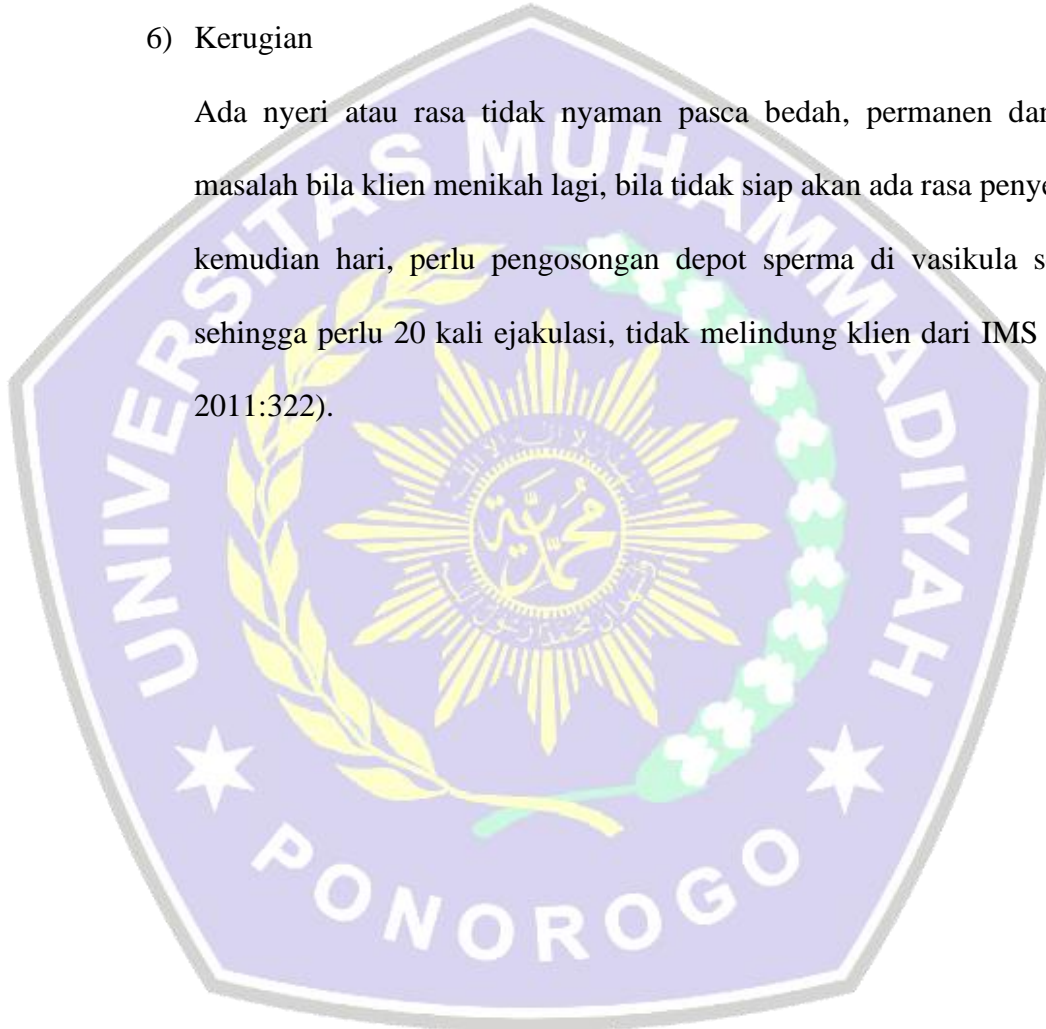
Efektifitas angka kegagalannya biasanya kurang dari 0,1%-0,15% pada tahun pertama pemakain prosedur vasektomi (Marmi, 2016:339).

5) Keuntungan

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2010:96).

6) Kerugian

Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pasca bedah, permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tidak siap akan ada rasa penyesalan di kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi, tidak melindungi klien dari IMS (Hanafi, 2011:322).



1.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

1.2.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

A. Pengkajian

1. Data subyektif

a. Biodata

1) Nama

Untuk mengenali nama ibu yang berguna untuk mencegah kekeliruan apabila ada nama yang sama (Romauli, 2011:23).

2) Umur

Waktu untuk reproduksi siap dan matang dan aman untuk kehamilan dan persalinan yaitu 20 – 30 tahun (Romauli, 2012:162). Banyak kejadian penyulit pada kehamilan dini contohnya: keguguran, persalinan premature, anemia bahkan kematian hal ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga bisa merugikan kesehatan (Manuaba,2010:20).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

4) Pendidikan

Tingkat Pendidikan yang rendah pada ibu hamil ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka tidak

mengetahui cara melakukan perawatan sewaktu kehamilan dengan baik dan apabila tingkat pendidikan tinggi pada ibu hamil maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. (Romauli, 2011:162).

5) Pekerjaan

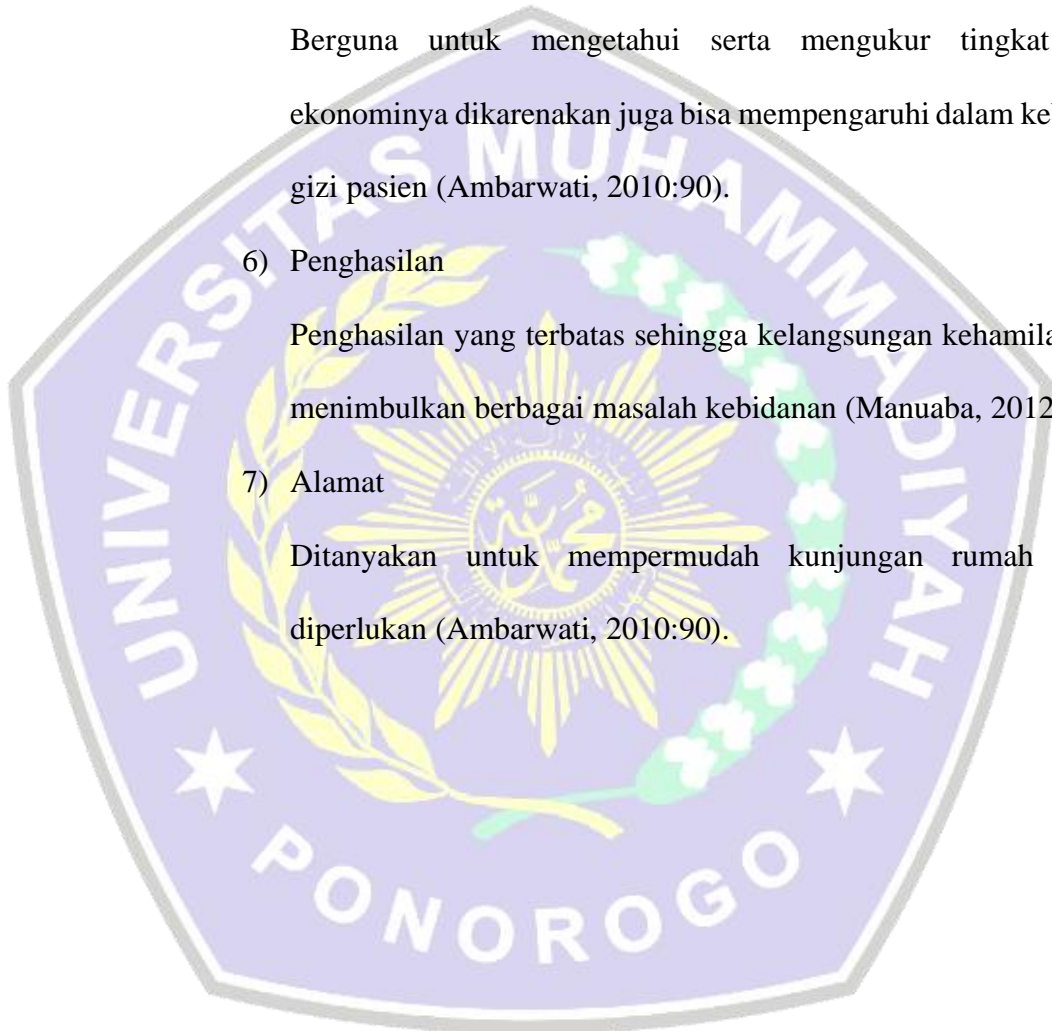
Berguna untuk mengetahui serta mengukur tingkat social ekonominya dikarenakan juga bisa mempengaruhi dalam kebutuhan gizi pasien (Ambarwati, 2010:90).

6) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Ambarwati, 2010:90).



2. Keluhan Utama

Menurut pantikawati (2010:16-107) keluhan yang sering dijumpai pada ibu hamil TM III seperti:

a. Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan pada diafragma selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

b. Edema dependen

Edema dependen ditimbulkan akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi disebabkan tekanan uterus yang membesar pada vena vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan pada vena inferior saat berbaring.

c. Kram tungkai

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

d. Nokturia

Peningkatan berkemih. Aliran balik vena ekstermitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukumben karena tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

e. Nyeri ulu hati

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

f. Konstipasi

Penyebab penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga bisa menyebabkan konstipasi.

3. Riwayat Kesehatan Ibu

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau janin seperti kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan keluarga berencana

a. Hipertensi

Kehamilan dengan hipertensi bisa berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsi tidak murni (Manuaba, 2010:110).

b. Penyakit jantung

Kehamilan disertai penyakit jantung mempengaruhi kehamilan bisa menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, jantung yang normal bisa menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga bisa mengubah posisi dan pembuluh darah (Manuaba, 2010:340).

c. TORCH

Semula infeksi *Toksoplasma Sitomegalo Virus Herpes Simpleks Dan Rubella (TORCH)* bisa menimbulkan kelainan kongenital seperti : mikrosefali, kutilan dan kebutaan, kehamilan dapat abortus, persalinan premature, dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:336).

d. Asma

Penyakit asma bisa mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336),

e. Gonorrhea

Gonorrhea bisa menyebabkan vulvoginitis pada kehamilan dengan keluhan flour albus dan dysuria (Saifuddin, 2014:407).

f. HIV/AIDS

Transmisi HIV dari ibu ke janin bisa terjadi intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang bisa terjadi pada janin yaitu Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), bayi lahir mati, partus paterm, dan abortus spontan, (Saifuddin, 2010:933).

g. Penyakit Paru

Gangguan fungsi paru paru yang berat dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan jani sampai dengan keguguran (Manuaba, 2010:337).

4. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes meskipun tidak diturunkan secara genetic memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika hamil atau obesitas, hipertensi juga termasuk komponen familial dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu berikut kondisi seperti: Anemia sel sabit terjadi lebih banyak pada ras tertentu (Fraser, 2009:254).

5. Riwayat kebidanan

a. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi di gunakan untuk menentukan Hari pertama Haid Terakhir (HPHT) dan kepastian tanggal kelahiran, Menggunakan rumus Naegele untuk menentukan Tafsiran Partus (TP): Tambahkan 7 hari ke

hari tanggal HPHT yang diketahui dan hitung 3 bulan mundur (Costance, 2009:4)

b. Umur menarche

Usia haid bervariasi diantara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa lingkungan, iklim, dan keadaan umum (Walyani, 2015:85).

c. Siklus menstruasi

Siklus haid dihitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya. Siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid biasanya adalah 28 hari (Walyani, 2015:85).

d. Banyak darah yang keluar

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari apabila darahnya terlalu berlebih itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid (Walyani, 2015:85).

e. Lamanya

Lamanya haid normal yaitu ± 7 hari dan apabila mencapai 15 berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan penyakit yang mempengaruhi (Walyani, 2015:86).

6. Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

a. Kehamilan

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit yang pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat

disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko yang lebih tinggi, sehingga memerlukan perawatan di rumah sakit (Manuaba, 2012:111).

b. Persalinan

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu: *Passanger* (Janin), *Power* (Tenaga ibu/his/kontraksi), *passage* (jalan lahir), *psikis* dan penolong persalinan (Mochtar 2015:58). Bila persalinan yang lampau persalinan spontan, bayi hidup dan aterm ini menunjukkan koordinasi 5P berjalan dengan baik (Manuaba, 2010:125). Informasi esensial tentang persalinan adalah mengenai usia gestasi tipe persalinan (Persalinan, forcep, vakum ekstrasi, atau bedah sesar) penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi lain (Marmi, 2011:125).

c. Nifas

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan saat ini juga tidak mempunyai riwayat penyakit. Ibu menyusui sampai anak usia 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah, lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelima belas warna putih kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi uteri, 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, 2010:120).

7. Riwayat kehamilan

Jadwal pemeriksaan kehamilan dilakukan sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua, 2 kali pada triwulan ketiga.

a. Trimester I

Menanyakan kepada pasien asuhan kehamilan apa saja yang pernah didapatkan selama kehamilan trimester I dan tanyakan pengobatan yang pernah didapat selama kehamilan.

b. Trimester II

Menanyakan kepada pasien asuhan kehamilan apa saja yang pernah didapatkan selama kehamilan trimester II kehamilan sebelumnya dan tanyakan bagaimana pengaruh terhadap kehamilan.

c. Trimester III

Menanyakan kepada pasien asuhan kehamilan apa saja yang pernah didapatkan selama kehamilan trimester II kehamilan sebelumnya dan tanyakan bagaimana pengaruh terhadap kehamilan (Walyani, 2015:87).

8. Imunisasi TT

Menanyakan ke pasien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT. Jika belum bidan bisa memberikan imunisasi tetanus toxoid yang diperlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Melakukan penyuntikan secara IM (intramuskuler) dengan dosis 0,5 ml (Walyani, 2015:87).

9. Riwayat kontrasepsi

Tanyakan pada klien lamanya pemakaian kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014:158).

10. Pola kebiasaan sehari hari

- a. Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang bergizi tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada saat hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein zat besi, dan minimal cukup cairan (Romauli, 2011:134).

Tabel 2.7
Nutrisi Pada ibu hamil

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

Sumber: (Permenkes Ri no. 4, 2014:89)

b. Eliminasi

1) Buang air kecil (BAK)

Peningkatan berkemih pada TM III sering dialami pada wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2014:134).

2) Buang air besar (BAB)

Konstipasi disebabkan akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormone progesterone. Konstipasi juga bisa disebabkan dari penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat pada wanita hamil (Marmi, 2014:137).

c. Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan \pm 6-8 jam/hari, termasuk tidur siang dan tidur malam. Posisi yang baik yaitu ibu tidur melingkar atau lurus pada salah sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang diatas yang lainnya dengan bantal diapit diantara kedua kaki (Manuaba, 2010:98).

d. Seksual

Hubungan seksual bisa dilakukan seperti biasanya kecuali jika terjadi perdarahan atau cairan dari kemaluan harus dihentikan. Ada beberapa pendapat senggama mulai dihentikan 3-4 minggu terakhir menjelang persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks/uterus (Sunarsih, 2011:125).

e. Personal hygiene

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan dikarenakan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat sehingga keringat yang menempel dikulit menyebabkan pelembapan sehingga menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme jika tidak dibersihkan dengan mandi maka ibu hamil akan sangat mudah terkena penyakit (Sulistyawati, 2012:118).

f. Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk melatih otot-otot tubuh agar berfungsi optimal dalam perslinan normal senam hamil sendiri boleh dilakukan apabila ibu hamil tidak memiliki penyakit yang menyertai kehamilan seperti jantung, ginjal penyulit kehamilan (perdarahan, kelainan letak) senam hamil dimulai usai 24 sampai 28 minggu (Manuaba dkk, 2010: 132).

11. Riwayat ketergantungan

a. Merokok

Merokok pada waktu hamil berkaitan dengan keguguran, perdarahan pervagina, kelainan premature, dan BBLR (2500gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok) jika ibu diatas usia 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011:112).

b. Alkohol

Alkohol yaitu teratogen dan sindrom alkohol janin (fetal dalkohol syndroma) dipergunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alcohol yang berlebihan saat hamil (Fraser, 2009:168).

c. Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian matadon, kanapis, kokain, dan anfetamin bila pengguaannya secara berlebihan bisa mengakibatkan keguguran, persalinan premature, berat badan lebih rendah, lahir mati dan abnormalitas (Fraser, 2009:168).

12. Dukungan situasional

Dukungan pada saat kehamilan sangat dibutuhkan terutama dari orang terdekat bagi ibu yang baru pertama kali hamil, seorang wanita akan merasa senang dan nyaman dan adanya dukungan dan perhatian dari orang orang terdekat (Marmi, 2014:145).

13. Latar belakang sosial budaya

Hal yang penting yang berkaitan dengan ibu hamil contohnya ibu hamil pantang terhadap makan makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan goreng gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janinnya karena membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya lambat. Dengan banyak makanan yang dipantai akan mengurangi nafsu makan ibu hamil sehingga menyebabkan asupan makanannya semakin berkurang dan produksi ASI juga berkurang (Romauli, 2011:169-170).

2. Data obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran composmentis, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan,. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skiolosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172).

b. Tanda tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh normal yaitu 36-37,5°C bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 10x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi

>100x/menit (Marmi, 2011:163). Nadi normal 60-100 x/menit (Kamariyah dkk, 2014:91).

3) Tekanan darah

Tekanan dalam batas normal yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darah sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nullipara dengan sistolik >120 mmHg berisiko mengalami preeklamsi (Marmi, 2014:163).

4) Pernapasan

Normalnya 16-24 x/menit frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).

c. Pemeriksaan Antropometri

1) Berat badan

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

2) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik tinggi badan harus diukur pada kunjungan awal batas normal tinggi badan ibu hamil yaitu >145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:173).

3) Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi yaitu 23,5 cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kroni (KEK) (Jannah, 2012:136).

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau kelainan tertentu (Sulistyawati, 2011:175).

2) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh hormone kortikosteroid (Marmi, 2011:102). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklamsia* (Saifuddin, 2010:543).

3) Mata

Betuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011:174).

4) Hidung

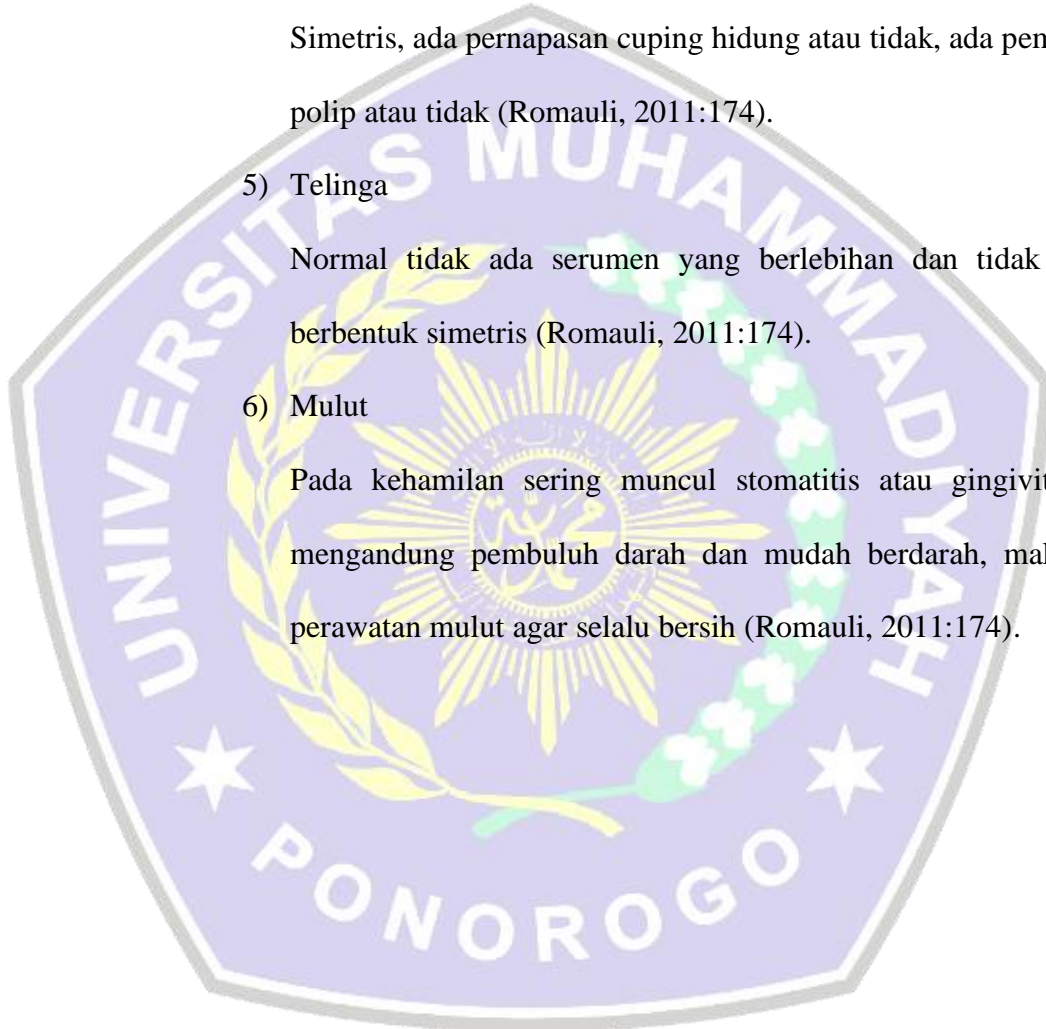
Simetris, ada pernapasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak (Romauli, 2011:174).

5) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, berbentuk simetris (Romauli, 2011:174).

6) Mulut

Pada kehamilan sering muncul stomatitis atau gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).



7) Gigi

Adanya karies gigi menandakan ibu kekurangan kalsium (Saifuddin, 2011:174) saat hamil sering terjadi caries gigi yang berkaitan dengan emesis atau hyperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

8) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

9) Dada

Normal apabila tidak ada rekraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

10) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih, dan menonjol. Pada minggu ke 12 kolostrum mulai keluar dan papilla mamame pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

11) Abdomen

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linie nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011:174). Evaluasi

adanaya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati dan kelenjar getah bening, seiring kemajuan kehamilan semakin sulit meraba organ organ lain selain uterus, perhatian khusus pada abdomen wanita hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus uteri, dan presentasi janin (Marmi, 2014:166).

12) Genitalia

Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembekakan, ekskoriiasi, dan memar. Apabila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014:170).

13) Anus

Normalnya tidak benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid adalah pelebaran vena vena dianus, hemoroid bertambah besar dalam kehamilan karena disebabkan adanya bendungan darah dalam rongga panggul (Romauli, 2011:175).

14) Ekstermitas

Pemeriksaan ekstermitas harus mencakup pengkajian reflek tendon dalam, pemeriksaan adanya edema. Apabila edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsi (Marmi, 2014:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, apabila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini merupakan tanda

preeklamsia apabila reflek patella negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan BI (Romauli, 2011:176).

e. Pemeriksaan khusus

1) Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus dilakikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dengan bulan obstetrik dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7. Memberikan umur kehamilan dalam minggu (Marmi, 2011:160).

2) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indra peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Usahakan lengan dan tangan rileks, palpasi palpasi dilakukan dengan bantalan jari yang lembut (Fraser, 2009:258).

Pemeriksaan leopard:

a) Leopard I

Pemeriksaan leopard I berguna untuk menentukan usia kehamilan dan menentukan bagian janin yang terdapat di fundus.

Langkah langkah leopard I:

- (1) Kaki pasien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disamping pasien sebelah kanan sambil melihat kearah muka pasien

(3) Rahim dibawa ke tengah

(4) Tinggi fundus uteri ditentukan pada umur kehamilan 12 minggu TFU : 3 jari diatas simfisis, 16 minggu : pertengahan pusat dan simfisis, 20 minggu : 3 jari dibawah pusat, 24 minggu : setinggi pusat, 28 minggu : 3 jari diatas pusat, 32 minggu : pertengahan pusat dan xifoid, 36 minggu : setinggi prosesus xifoid, 40 minggu : 2 jari di bawah prosesus xifoid (Kumalasari, 2015:4)

(5) Menentukan bagian yang terdapat di fundus. Ciri kepala keras, bundar dan melenting. Bokong cirinya lunak, kurang bundar, dan kurang melenting sedangkan pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri (Manuaba, 2010:118).

b) Leopold II

Pemeriksaan Leopold II berfungsi untuk mengetahui bagian punggung janin dan letak bagian bagian terkecil janin.

Langkah langkah leopold II:

(1) Kedua tangan dipindahkan kesamping

(2) Menentukan bagian punggung janin dan mencari bagian terkecil dari janin

(3) Biasanya pada daerah samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang (Marmi, 2014:167:168).

c) Leopold III

Pemeriksaan Leopold III berfungsi untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah janin sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul

Langkah langkah Leopold III

- (1) Gunakan satu tangan
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah bisa digoyangkan atau tidak
(Marmi, 2011:168).

d) Leopold IV

Pemeriksaan Leopold IV berfungsi mengetahui bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum. Langkah langkah pemeriksaan Leopold IV:

- (1) Periksa mengubah sikapnya menghadap kaki pasien
- (2) Kedua tangan di tentukan apa yang menjadi di bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dan bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar. Jadi Leopold IV untuk menentukan beberapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Apabila kedua tangan divergen maka bagian terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul (PAP). Sedangkan apabila tangan

konvergen maka bagaiman terbesar dari kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP) (Manuaba, 2010:117).

e) Tinggi fundus uteri (TFU)

Pada trimester I ukuran uterus minggu ke 8 yang sesuai yaitu sebesar bola tenis, sebesar buah jeruk pada minggu ke 10. Pada trimester II puncak uterus harus 3-4 lebar jari dibawah umbilicus pada minggu ke 16, 1-2 lebar jari bawah umbilicus pada minggu ke 18, di umbilicus pada minggu ke 20, 1-2 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 22, dan 3-4 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 24 (Marmi, 2014:169).

3) Pemeriksaan Osborn test

Tujuan pemeriksaan test osborn yaitu untuk mengetahui adanya DKP (Disporposi Kepala Panggul). Prosedur pemeriksaan test Osborn yaitu: tangan kiri penolong mendorong kepala janin masuk kearah pintu atas panggul (PAP). Cara pemeriksaanya yaitu apabila kepala janin tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis, maka jari tenagh diletakan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah maka hasil test Osborn adalah negative (-) apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar maka hasil test Osborn yaitu ragu ragu. dan apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil test Osborn yaitu positif (+) (Marmi, 2014:175).

4) Tafsiran berat Janin (TBJ)

Untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum rumusnya yaitu:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat badan (gram)}.$$

N: posisi kepala sudah masih diatas spina ischiadika atau bawah.

Bila diatas (-12) dan apabila dibawah (-11) (Mochtar, 2012:41).

5) Auskultasi

Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011:180). Cara yang digunakan untuk menghitung bunyi jantung yaitu dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit yaitu:

- a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
- b) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin keadaan asfiksia
- c) (9-7-9) kesimpulannya, teratur, frekuensinya 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia jadi kesimpulannya, interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dalam dari 2.

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

6) Pemeriksaan panggul

a) Pemeriksaan panggul luar

- (1) Distansia spinarum adalah jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya 23-26 cm)
- (2) Diastansia kristarum adalah jarak antara kristia iliaca kanan dan kiri (normalnya 26-29 cm)
- (3) Coniungata eksterna adalah jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung proses spinosus ruang tulang lumbal ke V (normalnya 18-20)
- (4) Ukuran lingkaran panggul adalah dari pinggir atas symphysis ke pertengahan spina iliaca anterior superior dan rochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (normalnya 80-90 cm)

b) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan melakukan pemeriksaan kita dapat mengetahui mengenai bentuk panggul. Didapatkan dari hasil normal bila promotorium tidak teraba, jika tidak ada tumor, line innominate teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$ (Marmi, 2014:171-176).

7) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Hb bisa dilakukan dengan menggunakan alat sahli, hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan pada table seperti berikut :

Tabel 2.8
Hasil kadar pemeriksaan hemoglobin

Kadar Hb	Kriteria
11 gr%	Tidak Anemia
9-10 gr%	Anemia Ringan
7-8% gr%	Anemia Sedang
<7 gr%	Anemia Berat

Sumber : Manuaba, 2010:234

b) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah yaitu pemerikdaan darah yang diambil dari darah perofer atau darah vena tanpa EDTA. Bertujuan mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan tempat pemeriksaan di RS, puskesmas, BPJS dan laboratorium (Suryati, 2011:77)

c) Pemeriksaan HbsAg

Pemeriksaan HbsAg yaitu pemeriksaan darah yang diambil dari vena dilakukan pada pemeriksaan hamil yang pertama yang bertujuan unuk mengetahui ada atau tidaknya virus hepatitis di dalam darah baik dalam kondisi aktif maupun sebagai carier (Suryati, 2011:79).

d) Pemeriksaan urin

(1) Pemeriksaan albumin

Albumin yaitu protein yang terdapat dalam jaringan tubuh dan darah, larut dalam air, menggumpal pada pemanasan, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Tujuannya mengetahui ada tidaknya albumin dalam air keruh dan berapa tinggi kadar albumin dalam air keruh (Suryati, 2011:88)

(2) Pemeriksaan reduksi

Bertujuan mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada waktu kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang sering digunakan yaitu dengan metode fehling (Suryati,2011:89).



(3) Keton urine

Keton diakibatkan pemecahan lemak yang berfungsi untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan (Freser, 2009: 234)

(4) Ultrasonografi (USG)

Penentuan umur kehamilan dengan menggunakan USG menggunakan 3 cara seperti :

- (a) Menggunakan diameter kantung kehamilan (GS= Gestational Sac) untuk kehamilan 6-12 minggu
- (b) Dengan mengukur jarak kepala – bokong (GRL= Crown Rump Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu
- (c) Dengan mengukur diameter biparental (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Romauli, 2022:72).

(5) NonStress Test (NST)

Pemeriksaan dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselari yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014:190).

(6) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendekati resiko ibu hamil dapat menggunakan kartu skor poedji rochyati (KSPR) yaitu terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan 6-10 ditolong oleh bidan tau dokter dan kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12).

B. Analisa Data/Diagnosa

Analisa data yaitu melakukan interpretasi data yang sudah dikumpulkan yang mencakup diantaranya : diagnosis/masalah kebidanan (Muslihatun, 2009:91).

C. Perencanaan

Diagnosa: G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123)

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan, klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas. ibu dan janin sehat, sejahtera sampai proses melahirkan.

Kriteria:

1. Kedaan umum baik
2. Kesadaran composmentis
3. Tanda tanda vital TD: 100-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, suhu 36,5 – 37,5°C. RR: 16-24 x/menit
4. Pemeriksaan laboratorium (Hemoglobin minimal 11 gr% reduksi (-)

Intervensi menurut Manuaba (2012:125) sebagai berikut:

- a. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
- b. Jelaskan mengenai masalah yang dialaminya
- c. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar meliputi : nutrisi, eliminasi, istirahat, dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil
- d. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan sesuai trimester yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera
- e. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya

Kemungkinan masalah yang terjadi

1) Masalah 1 : Panas dan nyeri ulu hati

Tujuan : Tidak terjadi nyeri ulu hati

Kriteria hasil : Tidak kembung dan ibu tidak ada rasa nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Marmi (2014:540) sebagai berikut :

- a) Jelaskan pada ibu panas dan nyeri ulu hati
- b) Anjurkan pada ibu untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering
- c) Anjurkan ibu menghindari makan makanan yang berlemak, berbumbu, yang merangsang serta pedas.
- d) Hindari berbaring setelah makan
- e) Hindari minum selain air putih
- f) Hindari kopi, rokok, coklat dan alkohol
- g) Tidur dengan kaki lebih tinggi daripada kepala
- h) Berikan antasida

2) Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/ hari, konstipasi lembek.

Intervensi menurut Romauli (2011:191)

- a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur
- b) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)
- c) Anjurkan ibu meningkatkan makanan serat dalam diet
- d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

3) Masalah 3 : Kram pada kaki

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

Kriteria : Ibu mampu mengatasi jika kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Maritalia (2012:76)

- a) Jelaskan penyebab kram pada kaki
- b) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil
- c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan melakukan masase
- d) Minta ibu untuk tidak berdiri terlalu lama
- e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat.

4) Masalah 4 : Pusing

Tujuan : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaan lingkungan sehingga tidak cemas.

Kriteria : Pusing berkurang, kesadaran composmentis, tidak jatuh atau hilang kesadaran

Intervensi menurut Sunarti (2013:109)

- a) Jelaskan pada ibu penyebab pusing
- b) Ajarkan ibu tentang cara bangun perlahan dari posisi istirahat
- c) Beritahu ibu untuk menghindari tidur terlentang
- d) Beritahu ibu untuk tidak berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

5) Masalah 5 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria hasil : Nyeri punggung bawah berkurang

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:34)

- a) Anjurkan ibu untuk menekuk kaki ketika mengangkat apapun
- b) Beritahu ibu untuk menghindari membukuk berlebihan dan mengangkat beban yang terlalu berat
- c) Anjurkan ibu tidur miring dan perut diganjal bantal
- d) Anjurkan ibu untuk menggunakan sepatu hak rendah

6) Masalah 6 : Keputihan

Tujuan : Keputihan dapat teratasi

Kriteria hasil : Tidak terjadi keputihan

Intervensi menurut Sulistyawati (2011:144)

- a) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri
- b) Anjurkan ibu untuk menggunakan celana dalam berbahan katun dan mempunyai daya serap tinggi
- c) Beritahu ibu untuk menghindari pakaian dalam yang terbuat dari nilon
- d) Anjurkan ibu untuk menjaga daya tahan tubuh dengan makan makanan seperti buah dan sayuran

7) Masalah 7 : Nokturia

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

Kriteria hasil : Ibu BAK 7-8 kali/hari terutama siang hari, infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010:321)

- a) Jelaskan pada ibu penyebab terjadinya sering kencing
- b) Anjurkan ibu untuk menghindari minum minuman bahan diuretic alamiah seperti kopi dan soft drink
- c) Anjrkan ibu untuk tidak menahan BAK
- d) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan mengurangi pada saat malam hari dan usahakan sebelum tidur BAK terlebih dahulu

8) Masalah 8 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

Intervensi menurut Marmi (2014:40-141)

- a) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat
 - b) Anjurkan ibu untuk makan makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi
 - c) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi
 - d) Anjurkan ibu untuk jalan jalan atau senam ringan
- 9) Masalah 9 : Varises
- Tujuan : Tidak terjadi varises dan tidak bertambah parah
- Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Manuaba (2010:23)

- a) Anjurkan ibu untuk memakai kaos kaki penyokong
- b) Anjurkan ibu untuk menghindari menggunakan pakaian ketat
- c) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama
- d) Anjurkan ibu untuk latihan ringan dan jalan secara teratur

10) Masalah 10 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan hilang atau berkurang

Kriteria : Ibu tampak tenang dan rileks, suami dan keluarga memberikan dukungan

Intervensi menurut Bandiyah (2009:217)

- a) Jelaskan pada ibu tentang hal hal yang bisa menyebabkan kecemasan
- b) Anjurkan ibu mandi dengan air hangat
- c) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

D. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan *evidence based* kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitatif dan dilakukan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2010:72).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah dilakukan dan mengulangi proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010:28).

2.2.2 KONSEP DASAR ASUHAN PERSALINAN

A. Pengkajian Data

1. Data subyektif

a. Biodata

1) Nama

Untuk mengetahui nama ibu yang berguna untuk mencegah kekeliruan apabila ada nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda (Manuaba, 2012:173).

2) Umur

Digunakan untuk mengetahui apakah ibu pada persalinan berisiko karena umur atau tidak (Cooper,2009:345).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

4) Pendidikan

Tingkat Pendidikan yang rendah pada ibu hamil ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka tidak mengetahui cara melakukan perawatan sewaktu kehamilan dengan baik dan apabila tingkat Pendidikan tinggi pada ibu hamil maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu (Romauli, 2011:162).

5) Pekerjaan

Berguna untuk mengetahui serta mengukur tingkat social ekonominya dikarenakan juga bisa mempengaruhi dalam kebutuhan gizi pasien (Ambarwati, 2010:90).

6) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Ambarwati, 2010:90).

b. Keluhan utama

Menurut Sulistyawati dkk, (2010:7) terjadinya antara lain :

- 1) Adanya his atau kontraksi terus menerus
- 2) persalinan

Ciri ciri khas his persalinaan antara lain :

- a. Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- b. Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c. Adanya perubahan pada serviks
- d. Ketika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan kekuatan his akan bertambah

3) Adanya pengeluaran lender dan darah

Dengan adanya his persalinan, terjadinya perubahan pada serviks sehingga menimbulkan :

- a. Pendataran pembukaan
- b. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- c. Terjadinya perdarahan dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah

4) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban disebabkan pecahnya air ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka harus ditargetkan persalinan berlangsung 24 jam. Namun apabila tidak segera tercapai maka persalinanmu diakhiri dengan tindakan tertentu seperti *ekstrasi vakum*, *sectio caesaria*.

c. Riwayat kesehatan

1. Penyakit DM

Pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser, 2009:322)

2. Asma

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

3. Anemia

Bahaya anemia saat persalinan yaitu gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti resiko plasenta dan perdarahan postpartum dikarenakan atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan Atonia uteri (Manuaba, 2012:240).

4. Gonorea

Bayi yang dilahirkan dari ibu yang menderita gonoreabisa menderita konjungtivis, gonore neonatorum, dan blenore neonatorum (Manuaba, 2010:336).

d. Riwayat kebidanan

1) Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan resiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Resiko tersebut meningkatkan seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut turut hingga 2 hari, kemungkinan adanya infeksi uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga dapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his menimbulkan rasa nyeri terutama pada multipara (Manuaba, 2012:201).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Jadwal kunjungan antenatal care sebaiknya dilakukan minimum 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada TM I, satu kali pada TM II, dua kali pada TM III (Prasetyawati, 2012:66), Pelayanan antenatal care (ANC) yang meliputi : timbang berat badan, ukur lingkar lengan atas (LILA), ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, hitung denyut jantung janin (DJJ), tentukan presentasi janin, beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT), beri tablet tambah darah (tablet besi), periksa laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana/penanganan kasus (Sriningsih, 2018:23-38).

e. Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan bisa menambah energi dan mencegah dehidrasi saat proses persalinan. Dehidrasi bisa menyebabkan melambatnya kontraksi atau membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjastro, 2009:88).

2) Eliminasi

Pada saat persalinan dianjurkan untuk berkemih setiap 1-2 jam. Urine yang penuh bisa mengganggu penurunan bagian presentasi janin dan mengurangi kapasitas uterus untuk kontraksi, sehingga meningkatkan resiko pengaruh perdarahan pasca bersalin (Fraser, 2009:452).

3) Aktivitas

Pada kal I jika ketuban belum pecah wanita impart diperbolehkan untuk duduk atau jalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin.

Apabila ketuban sudah pecah maka dilarang untuk berjalan-jalan diharuskan untuk berbaring (Mochtar, 2012:77).

3. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

1) Kedaan umum

Melakukan pengamatan kepada pasien secara menyeluruh hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

1. Baik

Kriteria baik jika pasien melihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.



2. Lemah

Kriteria lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

2) Kesadaran

Gambaran tentang pasien dapat melakukan derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2009:122).

3) Tanda tanda vital

1. Tekanan darah

Saat kala I, meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata rata (5-10) mmHg (peningkatan ini bisa dihindari dengan merubah posisi tubuh dari tidur terlentang ke posisi miring). Selanjutnya pada kala II langkah untuk mendorong menyebabkan tekanan darah meningkat dan menurun(tidak stabil). Kemudian pada kal III mulai kembali ke tingkat sbeelum melahirkan dan pada kala IV menjadi lebih stabil (Fraser, 2009:259).

b. Nadi

Frekuensi nadi merupakan indicator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Apabila frekuensi nadi meningkat lebih 100 denyut permenit di curigai adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinanlebih cepat (Fraser, 2009:453)

c. Suhu

Suhu tubuh meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu tubuh yang normal tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C, apabila lebih bisa dicurigai tanda infeksi dan dehidrasi. Hal ini juga mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Fraser, 2009:453).

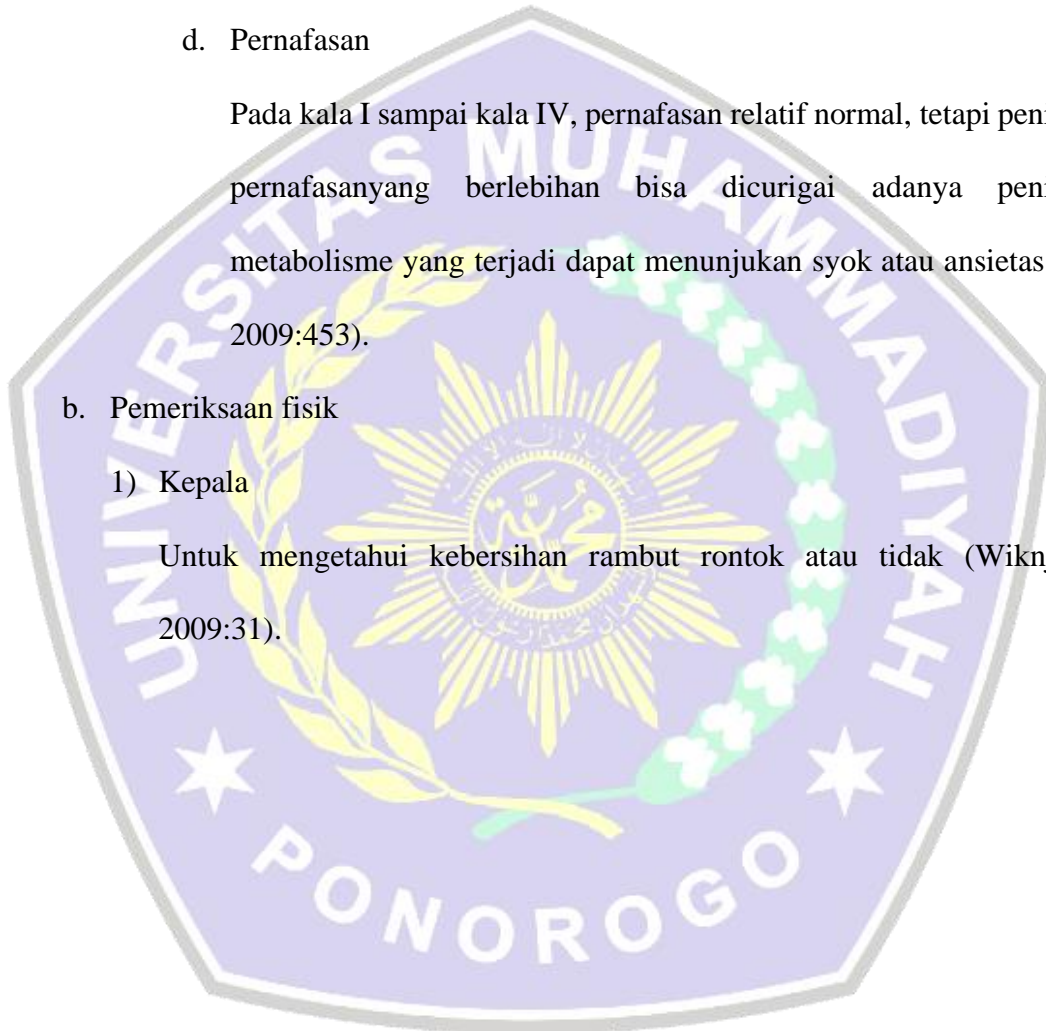
d. Pernafasan

Pada kala I sampai kala IV, pernafasan relatif normal, tetapi peningkatan pernafasan yang berlebihan bisa dicurigai adanya peningkatan metabolisme yang terjadi dapat menunjukkan syok atau ansietas (Fraser, 2009:453).

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut rontok atau tidak (Wiknjosastro, 2009:31).



2) Muka

Pada menjelang persalinan ibu akan akan Nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat adanya his. Pada wajah ibu perlu dilakukan pemeriksaan odema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Saifuddin, 2009:247)

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, apabila pucat menandakan anemia, sklera yang normal berwarna putih, apabila berwarna kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, apabila berwarna merah kemungkinan adanya *conjungtivis* (Romauli, 2011:174).

4) Hidung

Observasi yang dilakukan yaitu : nafas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabioal, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal (Romauli, 2011:174).

5) Telinga

Observasi pemeriksaan yaitu : pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga dikepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna sumbatan, lesi dan rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membrane timpani dengan alat otoskopik (Romauli, 2011:174).

6) Mulut dan gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi bisa menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

7) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasiakelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

8) Payudara

Payudara simetris atau tidak, aerola hyperpigmentasi atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum. Pada kehamilan setelah 12 minggu, puting susu bisa mengeluarkan cairan berwarna putih jernih yang disebut kolostrum. Kolostrum berasal dari asinus yang mulai Bersekresi. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrum keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak (Romauli, 2011:174).

9) Abdomen

Saat kontraksi uterus dimulai nyeri tidak akan terjadi selama beberapa detik dan akan hilang kembali diakhir terjadi kontraksi. Ketika meraba pada saat kontraksi sebelum ibu merasakannya. Pengetahuan ini digunakan saat memberikan analgesia inhalasi, atau menggunakan mekanisme koping lainnya. Uterus berkontraksi sehingga menjadi lebih keras, kontraksi yang

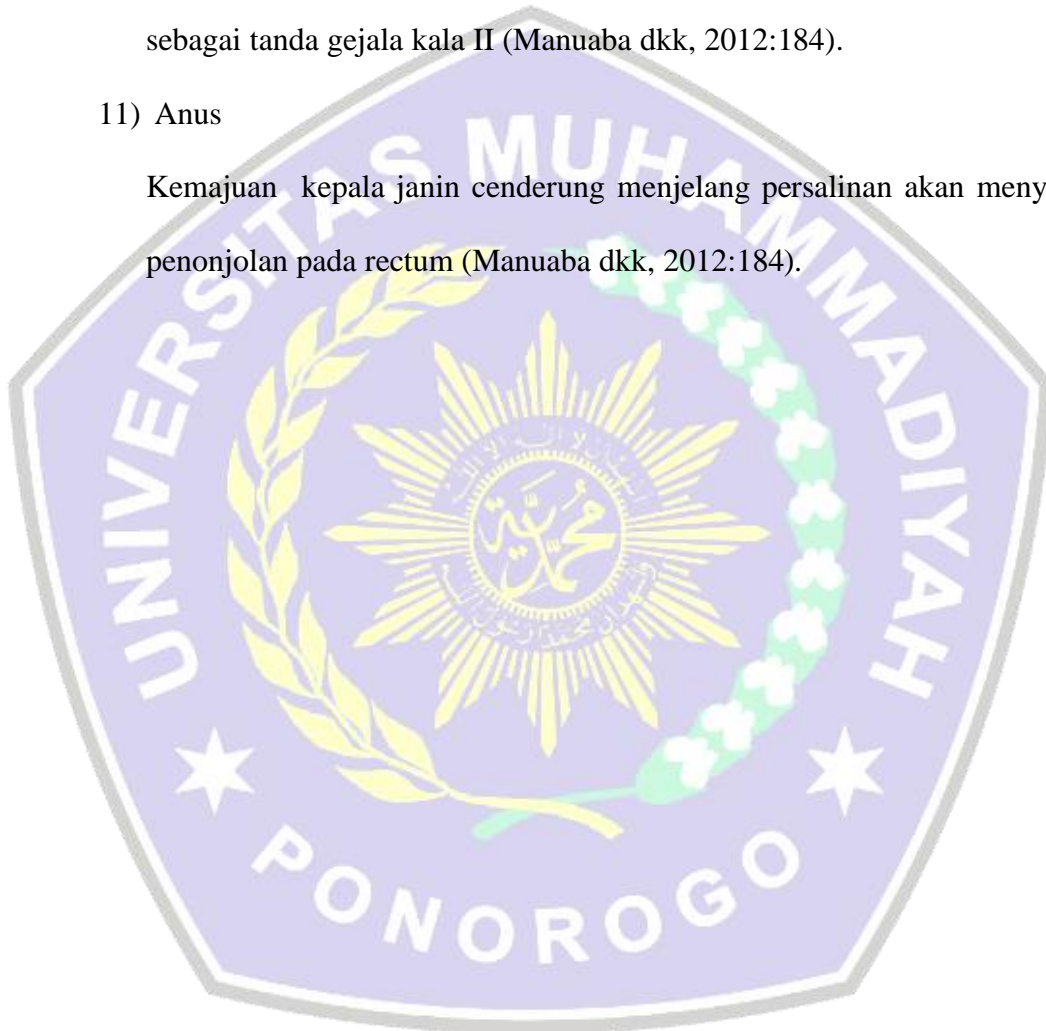
terlalu lama, atau sangatkuat dan urutannya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin (Fraser, 2009:453-454).

10) Genitalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat adanya pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekana pada anus dan perinium menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012:184).

11) Anus

Kemajuan kepala janin cenderung menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Manuaba dkk, 2012:184).



12) Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163).

c. Pemeriksaan khusus

1) Pemeriksaan dalam

Menurut Manuaba (2010:178) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam antara lain :

1. Memeriksa genetalia eksternal dengan memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka perut perinium.
2. Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau meconium.
3. Adanya luka parut di vagina menandakan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomy sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada kelahiran bayi.
4. Menilai pembukaan dan penipisan serviks
5. Memastikan tali pusat atau bagian terkecil janin tidak teraba pada saat pemeriksaan dalam.
6. Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk pada rongga panggul.
7. Jika bagian terbawah kepala, memastikan petunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar), dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat

penyusunan atau tumpeng tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

8. Sinklitisme dan Asinklitisme

Factor yang penting yang memegang peranan pada persalinan yaitu kekuatan-kekuatan pada ibu seperti kekuatan his, dan kekuatan mengejan, keadaan jalan lahir dan janinnya sendiri

d. Pemeriksaan penunjang

1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, protein urin (Fraser, 2009:453).

2) Darah

Yang diperiksa yaitu golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187).

B. Diagnosa kebidanan

G \geq 10> UK 37-40 minggu, tunggal hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan.
- b. Kala I fase aktif akselerasi/delatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.
- c. Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - 1) Keletihan
 - 2) Infeksi (Saifuddin, 2011:23)

- 3) Kram tungkai
- d. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik
- e. Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognoa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Cuningham (2013:415)
 - 1) Retensio plasenta
 - 2) Avlusi tali pusat
 - 3) Plasenta tertahan
- f. Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik. Prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Cuningham (2013:415)
 - 1) Atonia uteri
 - 2) Robekan vagina, perinium atau serviks
 - 3) Sub involusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

C. Intervensi/perencanaan

- a. Diagnosa
PAPIAH, UK 37-40 minggu, tunggal hidup, tunggal hidup, intra uterin, 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/aktif
- b. Tujuan
Setelah dilakukan asuhan kebidanan dan persalinan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.
- c. Intervensi

Kala I

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
- 2) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
- 3) Observasi sesuai partograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tandatanda vital ibu
- 4) Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
- 5) Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan meberikan makan dan minum.
- 6) Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
- 7) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.
- 8) Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering
- 9) Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal

Kala II

- 1) Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)
- 2) Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Memakai celemek
- 4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2010:14).

- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik) .
- 7) Membersihkan vulva dan perinium dengan kapas basah dengan vulva ke perinium (Armini dkk, 2017:128).
- 8) Melakukan pemeriksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
- 10) Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160x/menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his (Armini dkk, 2017:128).
- 12) Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk (Armini dkk, 2017:129).
- 13) Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (Hidayat, 2010:82).
- 15) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih 1/3 di bawah bokong ibu

- 17) Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk eneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu kepala janin putar paksi luar.
- 22) Setelah kepala sudah faksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian Gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan abhu,. Gunakan tanagn atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penulusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya.
- 25) Lakukan penilaian bayi baru lahir
- 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk yang kering, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuh nya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau selimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

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

28) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Kala III

29) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

30) Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)

31) Lakukan pemontongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.

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

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

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

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

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

- a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 - c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.
 - d. Lakukan katektisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
 - e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - f. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
- 37) Saat plasenta manual di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpinil kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (massage uterus).
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakan telapak tangan difundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.
- 39) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam wadah plasenta kantong plastik atau tempat khusus.
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perinium. Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

Kala IV

Menilai perdarahan

- 41) Pastika uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
- 42) Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan melepaskannya secara terbalik.
- 43) Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.
- 44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah draah yang keluar.
- 46) Memantau tanda bahaya tiap 15 menit, menghitung nadi
- 47) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu normal (36°C-37°C).
- 48) Tempatkanlah semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- 49) Buang bahan bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- 50) Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah. bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makan dan minuman yang diinginkan ibu.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%
- 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan clorin 0,5% selam 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 55) Memakai sarung tangan DTT.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

- 57) Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
- 58) Melepas sarung tangan.
- 59) Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograph (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan kala IV



Kemungkinan masalah saat persalinan :

a. Masalah 1 : Cemas dalam menghadapi persalinan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas dalam proses persalinan.

Kriteria : Ibu tampak tenang.

Intervensi menurut Marmi (2009:122) :

- 1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu.
- 2) Jelaskan proses kemajuan persalinan pada ibu.
- 3) Jelaskan prosedur dan batas tindakan yang diberlakukan.

b. Masalah 2 : Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak dehidrasi

Kriteria : Nadi 76-100xmnit, urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Yeyeh (2009:120) :

- 1) Anjurkan ibu untuk minum.
- 2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125 cc/jam.
- 3) Segera rujuk ke fasilitas yang kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

c. Masalah 3 : Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria : Tanda-tanda vital: Nadi dalam batas normal (76-100x/menit),

Suhu: 36-37°C, keadaan umum : baik, cairan ketuban/vagina tidak berbau

Intervensi menurut Saifuddin (2011:145) :

- 1) Baringkan miring kiri.
- 2) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.
- 3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral.
- 4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat daruratan obstetric.

d. Masalah 4 : Kram tungkai

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi menurut Saifuddin (2011:145) :

- 1) Luruskan tungkai ibu impart
- 2) Atur posisi dorsofleksi
- 3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

e. Masalah 5 : Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta bisa dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi menurut Sari dkk, (2014:231) :

- 1) Pasang infus RL atau NS dengan 20 IU oksitosin.

- 2) Menentukan jenis retensio nyang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang diambil.
 - 3) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
 - 4) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kegawatan obstetric.
 - 5) Dampingi ibu ketempat rujukan dan tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan difasilitas kesehatan rujukan.
- f. Masalah 6 : Robekan vagina, perinium dan serviks
- Tujuan : Robekan vagina, perinium serviks bida segera ditangani.
- Kriteria : Vagina, perinium, atau serviks data terjahit dengan baik, perdarahn <500cc.
- Intervensi menurut Kamariyah (2014:143) :
- 1) lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
 - 2) Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua yang menimbulkan perdarahan maka lakukan penjahitan.
 - 3) Jika derajat laserasi tiga atau empat maka lakukan :
 - a) Memasang infus RL dan NS.
 - b) Memasang tampon untuk mengurangi perdarahan yang keluar.
 - c) Segera lakukan rujukan dengan fasilitas yang lebih baik.
 - d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

D. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan *evidence based* kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitatif dan dilakukan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2010:72).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah dilakukan dan mengulangi proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010:28).



2.2.3 KONSEP ASUHAN PADA MASA NIFAS

A. Pengkajian

1. Data subyektif

a. Biodata

1) Nama

Untuk mengenali nama ibu yang berguna untuk mencegah kekeliruan apabila ada nama yang sama (Romauli, 2011:23).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan pesikisnya belum siap. Sedangkan umur kehamilan lebih dari 35 tahun rentan terhadap perdarahan pada saat masa nifas (Ambarwati, 2010: 131).

3) Agama

Untuk menegtahui keyakinan pasien tersebut untuk mengarahkan atau membimbing pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

4) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibtakan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179).

5) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas menambah sulitnya masalah ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsunghan pada masa nifas (Manuaba, 2010:235).

6) Keluhan utama

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah pada saat nifas bila diperlukan (Ambarwati, 2010:132).

b. Keluhan utama

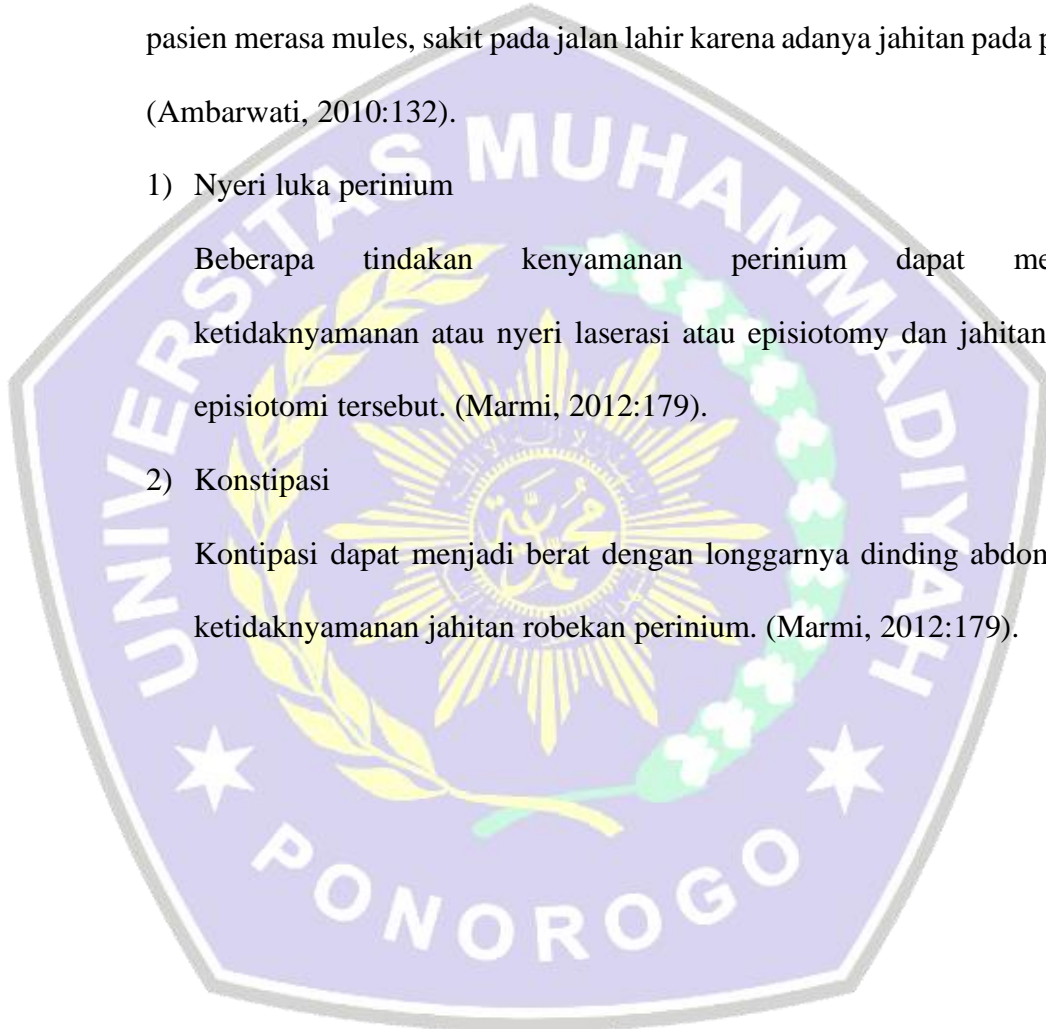
Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas seperti pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perinium (Ambarwati, 2010:132).

1) Nyeri luka perinium

Beberapa tindakan kenyamanan perinium dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi episiotomi tersebut. (Marmi, 2012:179).

2) Konstipasi

Kontipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perinium. (Marmi, 2012:179).



3) Demam, muntah rasa sakit waktu berkemih

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perinium. Pada nifas dini sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih didalam vesika sering menurun mengakibatkan adanya trauma persalinan, serta analgesic epidural atau spiral. Sensasi peregangan kandung kemih juga memungkinkan berkurang diakibatkan ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari episiotomy yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina (Marliadini dkk, 2015:107).

4) Bendungan asi dan mastitis

a) Bendungan ASI yaitu pembendungan air susu disebabkan oleh penyempitan ductus laktiferus atau oleh kelenjar kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau dikarenakan kelainan putting susu. Payudara akan merasa lebih penuh dan panas serta nyeri saat diraba dan biasanya disertai dengan kenaikan suhu badan.

b) Mastitis yaitu peradangan payudara yang dapat disertai atau tidaknya dengan infeksi. Penyakit ini biasanya menyertai laktasi sehingga disebut dengan mastitis laktasional atau mastitis pueperalis sehingga biasanya baru ditemukan setelah minggu ke 3 atau ke 4. Dan keadaan ini bisa menjadi fatal jika tidak segera diberi tindakan (Marliadini dkk, 2015:108-109).

c. Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut atau kronis, seperti : jantung, DM, hipertensi, asma, TBC, yang bisa mempengaruhi masa nifas (Ambarwati, 2010:133).

1) Pada saat kehamilan anemia akan berpengaruh pada masa nifas yaitu sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan pasca bersalin, memudahkan infeksi purperium (Manuaba, 2010:240).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif diperbolehkan untuk memberikan ASI dengan cara menggunakan masker, ruang isolasi dan pengobatan rutin (Saifuddin, 2009:807).

3) Sifilis

Bisa menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk lues kongenital (*Pemfigus Sifilitus*), adaeskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi (Manuaba, 2010:338).

4) Ibu yang pernah mengalami hipertensi pada kehamilan dapat terus dialami hingga pasca salin (Fraser, 2009:629).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai (Ambarwati, 2010:133).

e. Riwayat obstetric

1) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Berapa kali hamil, apakah sudah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati, 2010:133-134).

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi : PB, BB, penolong persalinan. Hal itu perlu dikaji untuk mengetahui proses persalinan mengalami kelainan atau tidak, yang mempengaruhi masa nifas saat ini (Ambarwati, 2010:134).

f. Riwayat nifas sekarang

Ibu dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui banyinya dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser, 2009:629).

g. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberika ASI kembalnya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum mendapat menstruasi, dapat bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203).

2) Pada multi gravida yang dikaji yaitu tentang persalinan yang lampau, sebagai gambaran koordinasi antara 5P (ibu, dan penolong) berjalan dengan lancar *power, passage, passanger, psikis* dan baik (Mochtar, 2015:58).

3) Riwayat nifas yang lalu

Apakah tidak penyakit perdarahan pasca salin dan infeksi pada masa nifas, diharapkan nifas ini tidak ada penyakit. Data yang perlu diketahui yaitu apakah ibu menyusui secara eksklusif sampai anak umur 6 bulan. Riwayat pengeluaran lochea purulenta, lokiastosi, infeksi uterus, rasa nyeri berlebih memerlukan pengawasan khusus. Adanya kandungan ASI sampai terjadi abses payudara, harus di observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

4) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB, KB apa, berapa lama, adakah keluhan saat menggunakan KB, serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih pada kontrasepsi apa (Ambarwati, 2010:134).

h. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Nutrisi yang baik dan sangat penting untuk pemulihan pasca persalinan menjaga kesehatan yang optimal agar dapat menjalankan tugas sebagai ibu, menjaga produksi dan kualitas ASI jadi makan yang dikonsumsi ibu nifas harus mengandung karbohidrat, tinggi protein zat besi vitamindan mineral untuk mengatasi anemia dan serat untuk memperlancar sekresi. Ibu nifas dan menyusui membutuhkan tambahan kalori ± 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan bulan selanjutnya kebutuhan kalori menurut ± 500 kalori (Marliadini dkk,2015:38-39).

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih odema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistens, pengosongan yang tidak lengkap, dan residusi urin yang berlebihan,kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkememih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pasca partu, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih,. Deruresis ini mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis yaitu rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan. Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berangsur dengan baik (Manuaba dkk, 2012:202).

3) Istirahat

Anjurkan kesempatan pada ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu nifas memerlukan istirahat tidur sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada

siang hari. Ibu nifas yang kurang istirahat bisa mempengaruhi pengeluaran ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan (Heryani, 2010:62).

4) Personal hygiene

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2012:127).

5) Aktivitas

Menurut Saifuddin (2014:127) diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari bisa membantu mengurangi rasa sakit pada punggung.

6) Aktivitas seksual

Waktunya dimulai melakukan hubungan pasca nifas yaitu setelah berhentinya lokia atau pengeluaran darah biasanya masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan masa pembersihan rahim setelah 6 minggu pengeluaran sudah bersih dan pada prinsipnya tidak ada masalah untuk memulai hubungan seksual apabila ibu siap secara fisik maupun psikis keputusan tergantung pada pasangannya (Marliadini dkk, 2015:41)

i. Riwayat perkawinan

Yang dikaji yaitu berapa kali menikah, status menikah yang sah atau tidak, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan

psikologinya sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2010:133).

j. Psikologi dan spiritual

1) Fase taking in

Fase dimana yang disebut dengan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan dan waktu yang diperlukan oleh seorang ibu baru untuk memperoleh pemeliharaan dan perlindungan setelah melahirkan (Armyati, 2015:131).

2) Fase taking hold

Pada fase ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan biasanya sudah mulai timbul rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya pada fase ini perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah sekali untuk tersinggung maka dari itu bidan mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, Pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri. (Marliandiani, dkk. 2015:22:23).

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan, ibu juga sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya maka dari itu timbul keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Ambarwati dkk,2010:89).

k. Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan (Ambarwati, 2010:134).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

a) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria baik jika memperhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai koma, (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati 2010:1220).

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Pada saat setelah persalinan tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan saat hamil ini dikarenakan perdarahan pada proses persalinan. Jika peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole harus diwaspadai bisa menyebabkan timbulnya hipertensi atau preeklamsia postpartum (Marliandiani, dkk. 2015:15).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 c/menit pada saat proses persalinan denyut nadi mengalami peningkatan biasanya denyut nadi yang melebihi 100x/menit harus diwaspadai karena kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum (Marliandiani, dkk. 2015:15).

c) Suhu

Menurut Saifuddin (2014:259) suhu 38°C atau lebih besar terjadi pada hari ke 2-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi pada masa nifas dicurigai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital.

d) Pernafasan

Pada ibu posrt partum pernapasan menjadi lambat atau kembali normal saat sebelum hamil pada bulan keenam setelah persalinan penyebabnya ibu dalam kondisi pemulihan atau dalam kondisi istirahat bila nadi suhu

tidak normal pernapasan juga mengikutinya tekecuali ada gangguan khusus pada saluran pernapasa, pada masa nifas gangguan pernapasan lebih cepat kemungkinan adanya tanda tanda syok (Marliandiani, dkk. 2015:15).

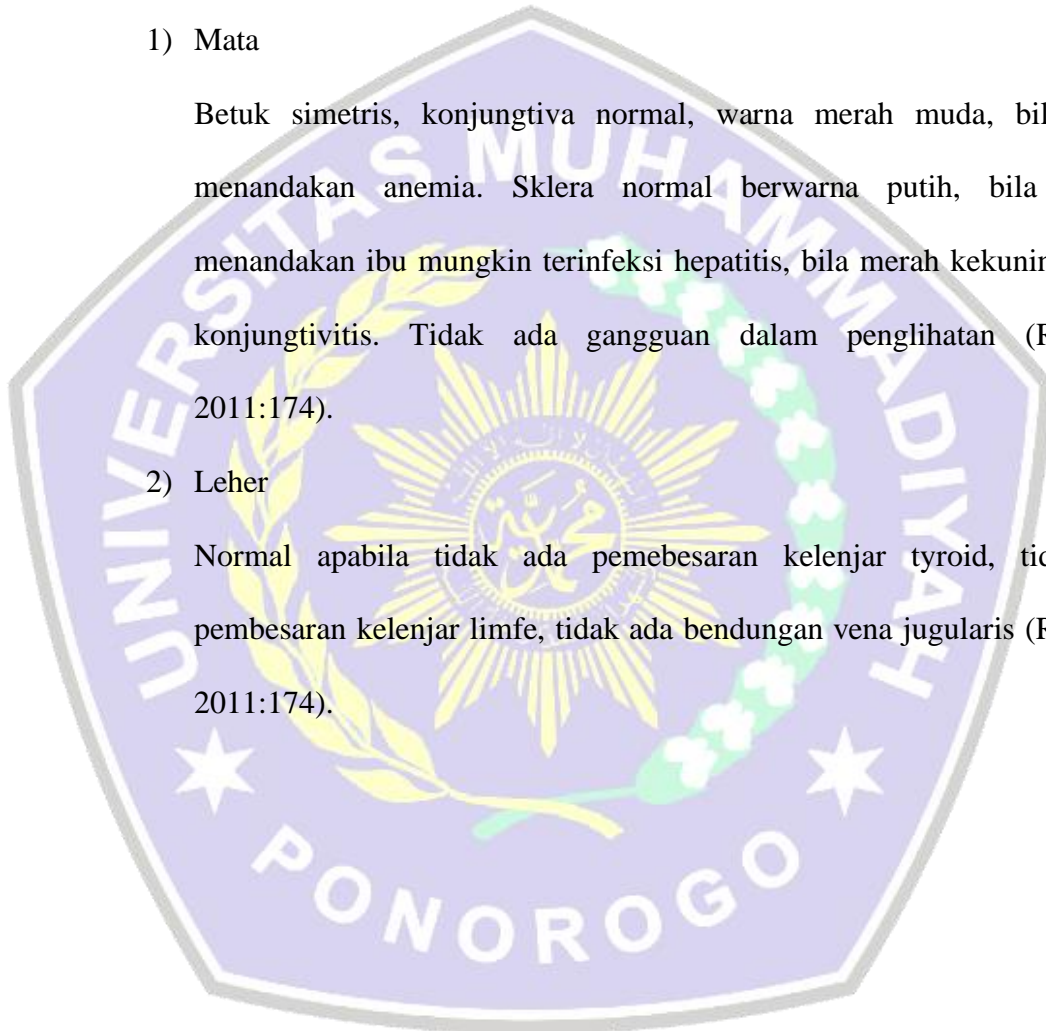
b. Pemeriksaan fisik

1) Mata

Betuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Romauli, 2011:174).

2) Leher

Normal apabila tidak ada pemebesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).



3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pende/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddinm 2014:124).

4) Abdomen

Menurut Saifuddin, (2014:124) pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan secara periode pascapartum dini (1-5jam) yang meliputi :

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandungan kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi itu dapat mempredisposisi wanita melainkan infeksi kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat, lokasi, ukuran dan konsistensi. Penemuan 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 di ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya mellaui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

5) Genetalia dan anus

Pemeriksaan tipe kuantitis, dan bau lochea (Varney *et all*, 2007:969).

Selain itu pada genetalia yang harus diperiksa yaitu pengeluaran lochea.

Hal yang perlu dilihat dari pemeriksaan vulva dan perinium yaitu penjahitan laserasi atau luka episiotomy, pembekakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2012:125).

6) Ekstermitas

Menurut Manuaba (2010: 418) normal, tidak terdapat *flegniansia alba dolens* yaitu salah satu bentuk infeksi *peurperalis* yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa nyeri, tampak bendungan pembuluh darah dan suhu tubuh meningkat.

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan hb dengan *sahli* dapat di golongan seperti berikut : 11 Gr% : Tidak anemia, 9-10 Gr% : anemia ringan, 7-8% : anemia sedang, 7 Gr% : anemia berat.

B. Diagosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH.....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). PAPIAH postpartum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan, perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Varney *et al*, 2007:974).

C. Perencanaan/Intervensi

Diagnosa : PAPIAH postpartum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan, perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Sulistyawati, 2009:156).

Tujuan : masa nifas berjalan dengan baik dan lancar tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria menurut Manuaba (2010:114) adalah :

1. Keadaan umum : kesadaran composmentis
2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
3. Tanda tanda vital

TD : 110/70 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C

RR : 16-24 x/menit

4. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjaer payudara ibu yang harus melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira kira dimulai hari ke-14 (Suherni, 2009:27).

5. Involusi uterus normal

Tabel 2.9
Involusi Uterus Normal Pada Masa Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat simfisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : Manuaba, 2010:200

6. Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) dari hari ke 1-3 hari, warna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 hari berwarna putih bercampur merah, lochea serosa keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Loche alba keluar setelah hari ke-14 berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

Intervensi :

- a. Jelaskan hasil pemeriksaan
- b. Jelaskan tentang fisiologis nifas
- c. Jelaskan komplikasi tanda bahaya nifas
- d. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya
- e. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas
- f. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

Kemungkinan masalah :

1) Masalah 1 : Kurangnya perawatan diri (personal hygiene)

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Ibu mampu melakukan perawatan diri pada masa nifas

Kriteria : Pasien tampak lebih nyaman dan segar

Intervensi menurut Saifuddin (2012:217) :

- a. Berikan penjelasan tentang perawatan diri pada masa nifas.
- b. Anjurkan ibu untuk mandi 2 kali sehari
- c. Ajarkan ibu cara vulva hygiene yang benar
- d. Anjurkan ibu untuk datang ke fasilitas kesehatan jika ada tanda-tanda infeksi.

2) Masalah 2 : Nyeri luka jahitan

Tujuan : Rasa nyeri berkurang

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas

Intervensi menurut Marmi (2010:171) :

- a) Observasi luka jahitan perinium
- b) Ajarkan kepada ibu perawatan perinium yang benar
- c) Berikan analgesic oral (paracetamol) 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

3) Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas tanpa gangguan

Intervensi menurut Suherni (2009:122-123) :

- a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh
- b) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut
- c) Berikan analgesic jika diperlukan (paracetamol, asam efenamat, kodein, asetaminofen).

4) Masalah 4 : Bendungan ASI

Tujuan : Bendungan ASI teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat, tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan keras.

Intervensi menurut Marliadini dkk (2015:108-109) :

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui banyinya sesering mungkin
- b) Anjurkan ibu menyusui di kedua payudara
- c) Anjurkan ibu untuk mengkosongkan asi dengan menyusui dengan masase atau di pompa.
- d) Anjurkan ibu perawatan payudara pada pasca nifas
- e) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang myokong payudara.

D. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan *evidence based* kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitatif dan dilakukan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2010:72).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah dilakukan dan mengulangi proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010:28).

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghidrai bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir yaitu terjadi seborrhea, miliriasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:229).

c. Riwayat antenatal

Bidan mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu lahir,. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal

yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney *et al*, 2007:916).

d. Riwayat natal

Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) kala I berlangsung 12 jam pada primigravida sedangkan pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010:37). Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multigravida 1 jam (Mochtar, 2015:72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR skor 8-10 (Manuaba, 2010:249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126).

e. Riwayat postnatal

Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan memakan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan meconium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, alergi, aktivitas menghisap yang buruk, tidak ada tangisan yang abnormal (Varney *et al*, 2007:917).

f. Pola kebiasaan sehari hari

1) Nutrisi

Tabel 2.10
Kebutuhan Dasar Pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke lebih 10	150 – 200 ml	Lebih dari 120 kal

Sumber : Saifuddin, 2009:163

2) Eliminasi

Meconium keluar biasanya terjadi dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan warnanya biasa (Marmi,2012:314).

Pada fase pertama berwarna hijau kehitaman, lengket, dan mengandung empedu, asam lemak, lender dan sel epitel. Sejak hari ke 3 sampai hari ke 5 kelahiran feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan (Fraser, 2009:711). Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan selanjutnya dengan frekuensi semakin sering seiring dengan meningkatnya asupan cairan. Urin encer, warna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009:711).

3) Istirahat dan tidur

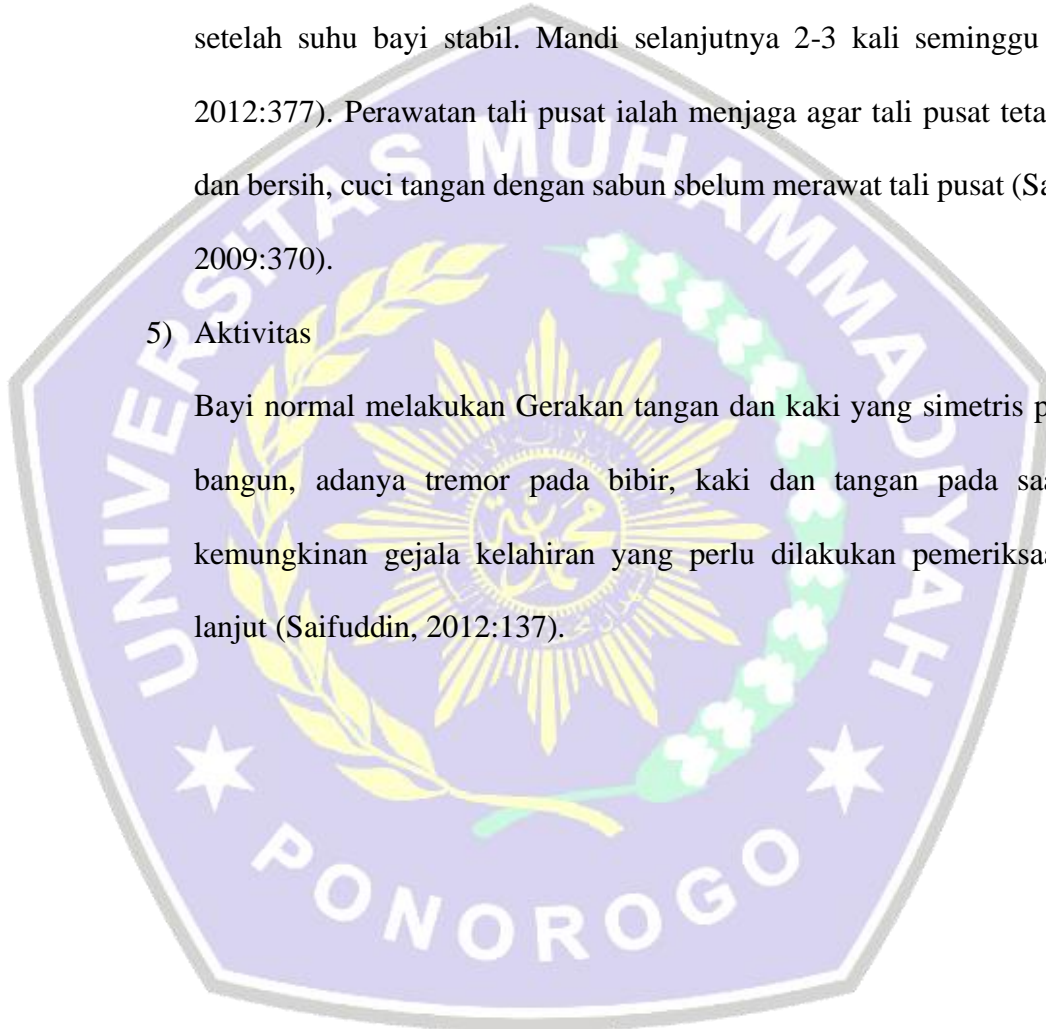
Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari paling sering 45 menit sampai 2 jam dalam sekali tidur. Bayi dapat mennagis sedikitnya 5 menit sehari sampai sebanyak 2 jam per hari (Walsh, 2012:378).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan dan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, cuci tangan dengan sabun sbelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370).

5) Aktivitas

Bayi normal melakukan Gerakan tangan dan kaki yang simetris pada saat bangun, adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada saat tidur, kemungkinan gejala kelahiran yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2012:137).



6) Psikososial

Kontak kulit dengan ibu bisa membuat bayi lebih tenang sehingga mendapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Composmentis kesadaran penuh dan respon yang cukup saat di stimulasi, apatis acuh tak acuh terhadap sekitar, somnolen kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak respon terhadap rangsangan., supor anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan, koma anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus, delirium tingkat kesadaran paling bawah (Muslihatun, 2010:274). Kesadaran perlu dikenali lewat reaksi rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009:137).

2) Tanda tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak, suhu bayi lahir dapat dikaji diberbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda beda, dianjurkan pada suhu rektal aksila tetap dalam rentang 36,5 °C dan suhu kulit abdomen dalam 36-36,5°C (Saifuddin, 2014:158).

b) Pernafasan

Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi, gerak pernafasan 30-50 kali permenit (Saifuddin, 2014:138).

c) APGAR SCORE

Warna kulit (Appearance)

0 : biru / pucat

1 : tubuh merah, ekstermitas biru

2 : seluruh tubuh kemerahan

Denyut jantung (Pulse)

0 : tidak ada

1 : <100

2 : >100

Tonus otot (Grimace)

0 : tidak ada

1 : eksstermitas sedikit fleksi

2 : Gerakan aktif

Aktivitas (Activity)

0 : tidak ada

1 : sedikit gerak

2 : langsung nangis

Pernafasan (Respiration)

0 : tidak ada

1 : lemah tidak teratur

2 : menangis

Interprestasi:

- a. Nilai 1-3 asfiksia berat
- b. Nilai 4-6 asfiksia sedang
- c. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwienda, dkk. 2014:5-6)

d) Nadi

Denyut jantung bayi baru lahir normalnya 10-160 x/menit (Muslihatun, 2010:31). Bila >160 x/menit menandakan infeksi, hipovelemlia, hipertemia. Bila <100 x/menit menandakan tanda bayi cukup bulan atau sedang tidur, atau kekurangan O_2 (Kumalasari, 2015:218).

3) Antromometri

- a) Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan hal ini normal karena disebabkan pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke 4 berat badan anak naik (Wiknojosastro, 2014:138). Berat badan alangkah baiknya dipantau. Pemantauan berat badan lebih dari 5% dari berat badan lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2012:138).

b) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir yang paling akurat dikaji apabila kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dengan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan bisa mengukur Panjang bayi. Panjang bayi rata-rata 50 cm normalnya 48-2 cm. penambahan Panjang yaitu 2 cm perbulan pada 6 bulan pertama (Walsh, 2012:368).

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Kedua frontale bisa diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput succadeneum* sebagai temuan umum adanya *sefalohamtoma* (Walsh, 2012: 369). Raba grais disepanjang sutura dan fontale untuk menegetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengidentifikasi bayi patern, moulding yang buruk atau hidrosefalus, peeriksaan adanya trauma kelahiran misalnya : caput succadeneum (pada perabaan terab lunak benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfuktasi tetapi bersifat edema tekan), sefal hematoma (pada perabaan adanya fluktasi disebabkan timbunan darah, biasanya tampak didaerah tulang pariental, sifatnya perlahan-lahan akan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeoritik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan kelainan seperti anensefal, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya (Marmi, 2012:56). Ubun ubun besar, ubun ubun kecil, sutura, molase, caput succadeum, cepal hematoma, hidrosefalus, rambut meliputi : jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010:33). Bayi yang mengalami seborea akan terjadi ruam tebal berkeropeng, berwarna kuning,dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223).

b) Mata

Tidak terdapat edema pada kelopak mata, jarak antara kedua mata yang normal adalah 3 cm (Fraser, 2009:714). Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleksi merah, atau orange menunjukkan kornea dan lensa normal.

c) Hidung

Mengkaji bentuk dan lebar lubang, pada bayi cukup bulan lebarnya harus dan lebih dari 2,5 cm, periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menandakan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

d) Mulut

Aliva tidak terdapat pada bayi normal. Apabila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna,. Kelainan yang dapat dijumpai yaitu labio skisis, labio palate skisis, labio palate genato skisis (Saifuddin, 2012:137).

e) Telinga

Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser, 2009:709).

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe serta vena jugularis (Fraser, 2009:709).

g) Dada

Gerakan dada simetris pada saat bernafas jika tidak simetris menandakan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau intercostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012:58).

h) Punggung

Tidak ada benjolan abnormal/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna, tidak ada spina bifida (Saifuddin, 2012:137).

i) Abdomen

Bentuk penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, Imbek saat menangis (Saifuddin 2012:33-34). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan Gerakan dad saat bernafas, kaji adanya pembekakan (Marmi, 2012:58).

j) Genetalia

Pada laki-laki berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012:N-34). Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2012:N-34).

k) Anus

Anus berlubang tiada ada kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012:59).

l) Ekstermitas

Kedua lengan sama Panjang, kedua lengan harus bebas bergerak, jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2009:57).

m) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerah merahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelups ringan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (cutis marmorata), telapak tangan, telapak kaki, atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (Mongolian spot) akan menghilang pada usia 1-2 tahun (Saifuddin, 2012:137).

5) Pemeriksaan neurologis

a) Reflek berkedip (glabella reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan-lahan bayi akan menghedipkan mata, pada empat sampai lima ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

b) Reflek menghisap (sucking reflex)

Dilihat dari menyusu (Dewi, 2010:25).

c) Reflek mencari rooting (rooting reflex)

Reflek rooting atau mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik (Dwienda, dkk. 2014:5-6).

d) Reflek menelan (Swallowing reflex)

Kumpulan asi pada mulut bayi mendesak otot-otot daerah mulut dan faring untuk mengakibatkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Winkjosastro, 2009:134).

e) Reflek menoleh (tonic neck reflex)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila arah bayi ditolehkan pada satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72).

f) Reflek terkejut (Moro Reflex)

dan bila dikagetkan bayi akan segera seperti orang memeluk (Dwienda, dkk. 2014:5-6).

g) Reflek menggenggam (Grapping reflex)

Bayi akan menggenggam kuat pada diperiksa meletkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat (Dewi, 2010:26).

h) Reflek pada jari-jari kaki (Babinski reflex)

Goreskan telapak kaki diangka tujuh maka bayi akan merespon seperti jari kaki hiperkstensi dengan ibu jari dorsifeksi (Marmi, 2012:71)

i) Reflek menjulurkan lidah (Ekstruksi reflex)

cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah pada kondisi normal lidah akan ekstensi kerah luar bila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2012:72).

B. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterus fisiologis, *seborrhea*, milliarisis, muntah dan gumoh, *oral trush*, diaper rash (Marmi, 2012:207-229).

C. Intervensi/Perencanaan

Diagnosa : Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterus fisiologis, *seborrhea*, milliarisis, muntah dan gumoh, *oral trush*, diaper rash (Marmi, 2012:207-229).

1. Tujuan : setelah diberikan asuhan bayi baru lahir tidak terjadi komplikasi
2. Kriteria : KU : baik

TTV normal

S: 36,5-37,5°C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60x/menit

Bayi menyusu kuat

Bayi menangis kuat

3. Intervensi menurut Wiknjosastro (2014:126) :

- a. Jaga tali pusat dalam keadaan kering dan bersih
- b. Berikan informasi tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir.
- c. Anjurkan ibu memberikan asi setiap 2-3 jam
- d. Anjurkan ibu untuk menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

1) Potensi masalah

a) Masalah 1 : Hipotermi

Tujuan : Tidak terjadi hipotermi

Kriteria : Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmie, 2012:301)

Tidak ada tanda-tanda hipotermi seperti bayi tidak menetek, tampak lesu, tubuh bayi terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2012:373).

Intervensi menurut Marmi (2012:302) :

- (1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila.
- (2) Kaji tanda-tanda hipotermi
- (3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi seperti : dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok bayi yang basah.

b) Masalah 2 : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul rugin tebal berkeopeng berwarna kuning dikulit kepala

Kulit kepala bersih tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012:221:223) :

- (1) Cuci kulit kepala bayi dengan sampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu.
- (2) Oleskan cream hydrocortisone biasanya mengandung asam salisat yang berfungsi sebagai pembasmi ketombe.
- (3) Untuk mengatsi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiao hari dan pijat kepala dengan sampo secara perlahan.
- (4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

c) Masalah 3 : Miliaris

tujuan : Miliaris teratasi

kriteria : Bayi tidak rewel tidak menangis terus

tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

- (1) Memandikan bayi secara teratur 2 kali sehari
- (2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk lap kering atau waslap basah.
- (3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.
- (4) Kenakan pakaian katun pada bayi
- (5) Periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka lecet, rewel dan sulit tidur.

d) Masalah 4 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah menyusui

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum

Intervensi menurut Marmi (2012:207:208) :

(1) Sendawakan bayi setelah menyusui

(2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel dan menangis.

e) Masalah 5 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dl.

Tidak ada tanda-tanda icterus

Intervensi menurut Marmi (2012:284) :

(1) Jemur bayi di pagi hari jam 7-9 selama 10 menit.

(2) Mengkaji faktor-faktor resiko

(3) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

(4) Berikan ASI segera mungkin dan lanjutkan setiap 2-4 jam

D. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan *evidence based* kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitatif dan dilakukan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2010:72).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah dilakukan dan mengulangi proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010:28).

2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a. Identitas

1) Nama

Nama jelas, lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2010:131).

2) Umur

Wanita dan laki-laki usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi yang digunakan untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun digunakan untuk menjarangkan kehamilan, dan usia 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2012:U-9).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

4) Pendidikan

Makin rendah Pendidikan masyarakat semakin efektif metode KB yang dianjurkan seperti : kontrasepsi mantap, suntik KB, susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012:292).

5) Pekerjaan

Metode yang diperlukan kunjungan yang sering ke klinik tidak cocok untuk wanita yang sibuk atau jadwalnya tidak bisa dipastikan (Mochtar, 2011:194).

6) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Ambarwati, 2010:132).

b. Keluhan utama

Menurut Saifuddin (2010:U-9) yaitu ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c. Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak dianjurkan pada ibu yang menderita kanker payudara, atau riwayat diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung stroke (Saifuddin, 2010:MK-43-51).
- 2) Penggunaan kontrasepsi implant bisa digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah 180/100 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit (Affandi, 2012:U-66).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner/infark, kaker payudara tidak diperbolehkan memakai kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:U-52).

d. Riwayat kebidanan

- 1) Haid

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598). Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu bertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera memulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010:54). Meskipun beberapa KB mengandung resiko penggunaan kontrasepsi lebih aman terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010:129).

e. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu sedangkan pada klien yang menyusui masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:U-52). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012:MK-52). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi, 2012:MK-83).

f. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontra indikasi masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168). Pasien yang mengalami problem ekspulsi AKDR, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari AKDR,

ketidakmampuan memeriksa ekor AKDR sendiri yaitu kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015:209).

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus sehingga menyebabkan akseptor makan lebih meningkat dibanding biasanya (Hartanto, 2013:171).

2) Eliminasi

Dilatasi uterus oleh pengurangan progesterin menyebabkan timbulnya statis dan pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

3) Kehidupan seksual

Gangguan tidur yang dialami oleh ibu aseptor KB suntik sering terjadi, penyebabnya adalah efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:35).

4) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko terjadinya miokard, infark, stroke, dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:123).

2. Data obyektif

Obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi serta berurutan. Data-data yang perlu dibagi adalah berikut :

a. Pemeriksaan umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/100 mmHg (Saifuddin, 2012:MK-43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:657).



3. Pemeriksaan antropometri

a. Berat badan

Pertambahan berat badan bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas seperti terjadi karena pertambahannya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42, MK-50).

4. Pemeriksaan fisik

a. Muka

Timbulnya hirsutisme (tubuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:MK-50).

b. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:MK-52). Akibat terjadinya perdarahan hebat mandakan terjadinya anemia (Affandi, 2012:MK-75).

c. Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA, yang digunakan untuk mengobati karsinoma endometriu (Hartanto, 2013:164). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010:55). Adanya benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-55).

d. Abdomen

Bagi pengguna implant jika disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

e. Genetalia

DMPA lebih sering penyebab dari perdarahan, bercak dan amenorea (Hartanto, 2013:170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:MK-75).

f. Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2012:MK-77).

B. Diagnosa Kebidanan

$P \geq 1$, umur anak terkecil berapa hari, calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi progestin, keadaan umum baik, prognosa baik terjadi kehamilan (Affandi, 2012:MK-97).

C. Intervensi/Perencanaan

1. Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan : setelah diadakan perawatan keadaan aspetor baik dan kooperatif.

Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah, ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria : pasien dapat menjelaskan kembali penejelasan yang diberikan petugas, Ibu memilih KB yang sesuai, Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:45) :

- a. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- b. Tanyakan kepada klien tentang informasi (Pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
- c. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi meliputi : jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
- d. Bantu klien menentukan pilihan kontrasepsinya
- e. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.
- f. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

g. Pesankan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

1) Potensi masalah

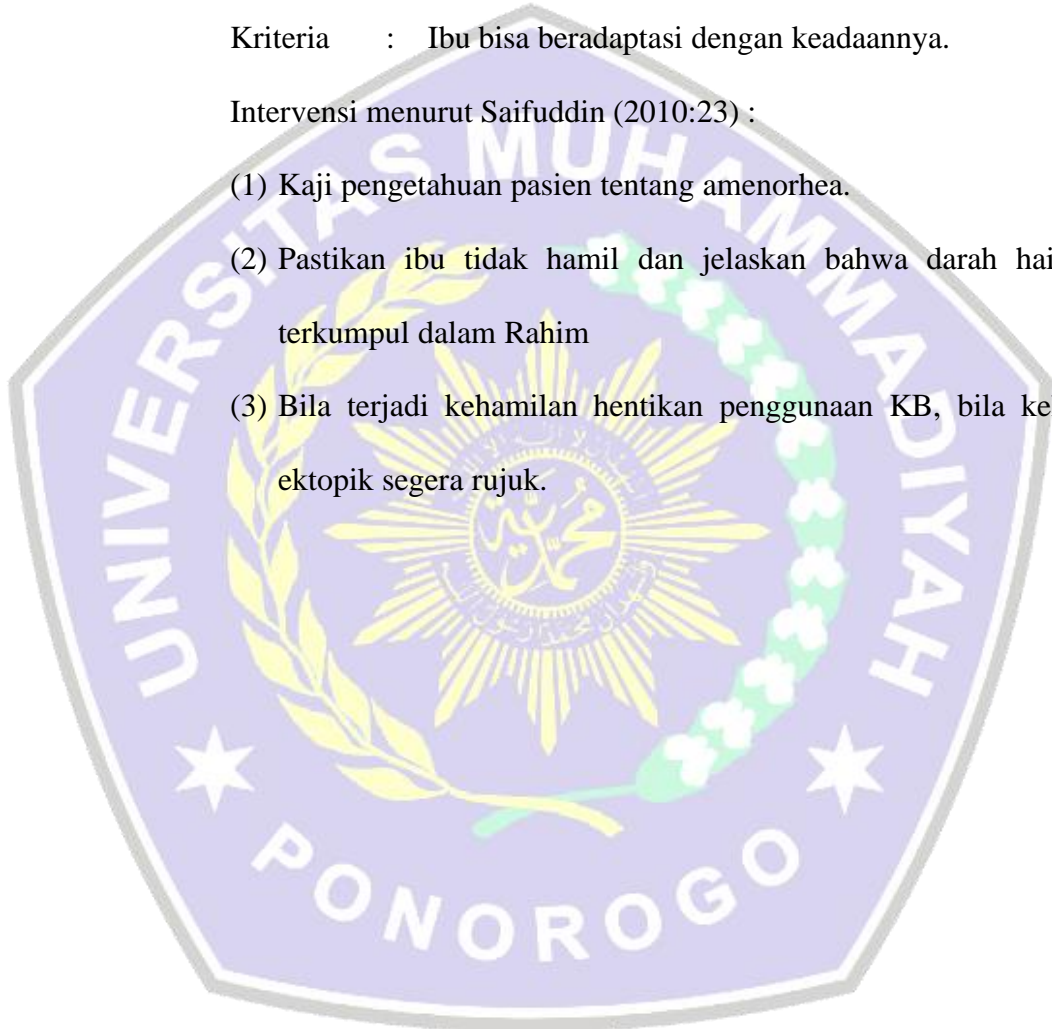
a) Masalah 1 : Ammenore

Tujuan : Setelah diberikan asuhan ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:23) :

- (1) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorhea.
- (2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam Rahim
- (3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.



b) Masalah 2 : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Keluhan ibu masalah *spotting* segera teratasi.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) :

(1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukan masalah

(2) Bila klien tidak bisa menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

c) Masalah 3 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan perdarahan dan komplikasi bisa segera diatasi.

Kriteria : Perdarahan berkurang, dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

(1) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

(2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan).

(3) Lakukan kolaborasi dengan dokter.

d) Masalah 4 : Kenaikan berat badan

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badan.

Kriteria : Keluhan ibu dengan masalah kenaikan berat badan berkurang.

Intervensi menurut Saifuddin (20110:MK-39)

(1) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB.

D. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan *evidence based* kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitatif dan dilakukan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2010:72).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah dilakukan dan mengulangi proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010:28).



