

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR/TEORI

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah hasil dari pertemuan antara sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) dipenuhi perjuangan. Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang survive dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang tinggal sedikit itu, hanya 1 sperma yang bisa membuahi sel telur (Walyani, 2015).

Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum. Konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40

minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu yaitu minggu ke 28 hingga ke-40)

B. Tanda Dan Gejala Kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti (Presumtif)

- a. Amenorhea (terlambat datang bulan)
- b. Mual dan Muntah
- c. Ngidam
- d. Pingsan
- e. Kelelahan (fatigue)
- f. Payudara Tegang
- g. Sering Miksi
- h. Konstipasi atau obstipasi
- i. Pigmentasi kulit
- j. Epulis
- k. Varises (Maryunani, 2010)

2. Tanda-tanda kemungkinan hamil

- a. Pembesaran perut
- b. Tanda hegar
- c. Tanda goodel
- d. Tanda chadwick

- e. Tanda piskacek
 - f. Teraba ballotement (Romauli, 2011)
3. Tanda pasti kehamilan
- a. Gerakan janin dalam rahim
 - b. Kontraksi braxton hiks
 - c. Denyut jantung janin
 - d. Bagian-bagian dan kerangka janin (Romauli, 2011)

C. Fisiologi Kehamilan

1. Ovum (sel telur)

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terbaik di genital ridge. Urutan pertumbuhan ovum (oogenesis) adalah:

- a. Oogonium
- b. Oosit pertama
- c. Primary ovarian follicle
- d. Liquar folliculi
- e. Pematangan pertama ovum, dan
- f. Pematangan kedua ovum pada saat sperma membuahi ovum (Yanti, 2017)

2. Spermatozoa (sel mani)

Sperma berbentuk seperti kecebong terdiri dari 4 bagian, yaitu kepala yang berisi inti (nucleus), leher, bagian tengah, dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak

dengan cepat. Spermatogonium membelah dan spermatosit pertama membelah dua, spermatosit kedua membelah dua, dan spermatid tumbuh menjadi spermatozoon. (Yanti, 2017)

3. Pembuahan (konsepsi/fertilisasi)

Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbria) dan masuk ke dalam sel telur. Waktu persetubuhan, cairan semen tumpah ke dalam vagina dan berjuta-juta sel mani (sperma) bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasa terjadi dibagian yang mengembang dari tuba fallopi. Sekitar sel telur banyak berkumpul sperma yang mengeluarkan rasi untuk mencairkan zat yang melindungi ovum kemudian pada tempat yang paling mudah dimasuki, masuklah satu sel mani dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut pembuahan (konsepsi = fertilisasi). (Elisabeth, 2016).

4. Nidasi (Implantasi)

Setelah terjadi konsepsi maka terbentuklah zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah diri menjadi 2 dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi disalurkan terus ke pars istmika dan pars interstisialis tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan hingga ke arah cavum uteri oleh arus serta getaran

silia pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba. Pembelahan terus terjadi dan di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Pertumbuhan dan perkembangan terus terjadi, blastula dengan vili korealis yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sementara itu fase sekresi endometrium makin gembur dan semakin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Proses masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi (blastula) ke dalam endometrium/ desidua disebut dengan nidasi, yang terjadi pada hari ke 6-7 setelah konsepsi (Manuaba, 2010).

5. Plasenta

Dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira-kira enam sampai tujuh hari. Untuk menyuplai darah dan zat-zat makanan bagi mudigah dan janin, dipersiapkan uri (plasenta) (Elisabeth. 2016). Pertumbuhan dan perkembangan desidua terjadi konsepsi pengaruh hormone terus tumbuh sehingga makin lama makin tebal (Yanti, 2017).

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

1. Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11 (Salmah, 2010).

2. 4-6 minggu

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk (Kusmiyati, 2010). Terjadi pula pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh (Saifuddin, 2010). Panjang janin pada usia 4-6 minggu kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba, 2010).

3. 7-8 minggu

Panjang janin 250 mm. Jantung mulai memompa darah. Raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga dan otot dibawah kulit yang tipis (Sulistyawati, 2011). Mata tampak pada muka, juga terdapat pembentukan alis dan lidah. Bentuk mirip manusia, dimulai pembentukan genetalia eksterna dan tulang (Manuaba, 2010). Sirkulasi melalui tali pusat juga sudah dimulai (Saifuddin, 2010)

4. 9-10 minggu

Genetalia telah menunjukkan karakteristik laki-laki atau perempuan, tetapi masih belum terbentuk sempurna (Kusmiyati, 2010). Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin dan kelopak mata yang tak akan membuka sampai usia 28 minggu (Saifuddin, 2010).

5. 11-12 minggu

Pada usia 11-12 minggu, panjang janin 7-9 cm, tinggi rahim diatas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG. Mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin (Sulistyawati, 2011).

6. 13-16 minggu

Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah dapat ditentukan jenisnya (Salmah, 2010). Kulit merah tipis, uterus telah penuh, desidua perietalis dan kapsularis (Manuaba, 2010). Peristiwa ini merupakan awal trimester II. Telah tumbuh lanugo (rambut janin), janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Denyut jantung 120-150 x/menit (Saifuddin, 2010).

7. 17-24 minggu

Panjang janin 28-34 cm. Berat janin 600 gram. Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat. Berkembangnya sistem pernafasan. Kulit menebal, kelopak mata jelas, alis dan bulu mata tampak (Manuaba, 2010). Sidik jari terbentuk,

seluruh tubuh terdapat verniks kaseosa (lemak) dan janin memiliki refleks (Saifuddin, 2010).

8. 25-28 minggu

Panjang janin 35-38 cm. Berat janin 1000 gram. Tinggi rahim antara pertengahan pusat-prosessus xifodeus. Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua pertiga bentuk saat lahir (Salmah, 2010). Masuk ke trimester III, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata mulai membuka, surfaktan mulai dihasilkan di paru-paru pada usia 26 minggu, rambut kepala makin panjang, kuku-kuku jari mulai terlihat (Saifuddin, 2010).

9. 29-32 minggu

Simpanan lemak subkutan mulai memperhalus kerutan, janin telah memiliki kendali terhadap gerak pernapasan yang berirama dan temperatur tubuh, refleks pupil muncul pada akhir bulan (Salmah, 2010). Panjang janin 42,5 cm. Berat janin 1700 gram. Tinggi rahim dua pertiga di atas pusat. Simpanan lemak berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif (Kusmiyati, 2010).

10. 33-36 minggu

Berat janin sekitar 1500-2500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2010). Panjang janin 46 cm. Tinggi rahim setinggi prosessus xifodeus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna (Manuaba, 2010). Kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum (Salmah, 2010).

11. 37-40 minggu

Panjang janin sekitar 50-55 cm. Berat janin 3000 gram. Tinggi rahim 2 jari di bawah prosessus xifodeus (Manuaba, 2010). Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2010). Janin kini bulat sempurna dengan dada dan kelenjar payudara menonjol pada kedua jenis kelamin, kedua testis telah masuk ke dalam skrotum pada akhir bulan ini. Kuku-kuku mulai mengeras. Warna kulit bervariasi mulai dari putih, merah muda, hingga merah muda kebiruan tanpa menghiraukan ras (Kusmiyati, 2010).

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1. Uterus

Rahim atau uterus yang mulanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti kehamilan kembar, hamil mplahtidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan terasa lebih besar (Manuaba, 2010).

a. Bentuk rahim

1) Bulan pertama

Seperti buah alpukat, isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang, sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda hegar.

2) Bulan kedua

Sebesar telur bebek.

3) Bulan ketiga

Sebesar telur angsa.

4) Bulan keempat

Berbentuk bulat.

5) Bulan kelima

Rahim terasa seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis.

b. Gambaran besarnya rahim dan tuanya kehamilan

1) Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (paritalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri terletak antara pertengahan simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.

2) Pada kehamilan 20 minggu, fundus uteri terletak 2-3 jari dibawah pusat.

3) Pada kehamilan 24 minggu, fundus uteri terletak setinggi pusat.

4) Pada kehamilan 28 minggu, fundus uteri terletak 2-3 jari diatas pusat. Menurut Spiegelberg dengan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis adalah 26,7 cm di atas simfisis.

5) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri terletak sama dengan usia 8 bulan tapi melebar kesamping yaitu terletak pertengahan pusat dan processus xiphoides. (Manuaba, 2012)

Perubahan TFU pada uterus, adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan
TFU dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Pertengahan simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2)	Pada umbilicus
22- 27 minggu	UK dalam minggu = cm (± 2)	-
28 minggu	28 cm (± 2)	Pertengahan umbilicus dan prosesus sifoideus
29- 35 minggu	UK dalam minggu = cm (± 2)	-
36 minggu	36 cm (± 2)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: saifuddin, 2013: 93

2. Serviks Uteri

Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livide, dan disebut dengan tanda chandwick. (Putranti, dkk, 2018)

3. Ovarium

Setelah kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan diameter sebesar 3 cm. Setelah plasenta terbentuk, korpus luteum

graviditatum mengecil dan korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron (Kumalasari, 2015).

4. Vagina dan Vulva

Pada vagina dan vulva terjadi pula hipervaskularisasi/livide dikenal sebagai tanda Chadwick. Warna merah kebiruan pada vagina dan vulva tersebut merupakan hipervaskularisasi yang terjadi akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Karena pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan portio serviks disebut tanda Chadwick (Maryunani, 2010).

5. Dinding Perut

Terjadi peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic dibawah kulit akibat dari pembesaran rahim sehingga menimbulkan striae gravidarum. Kulit pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra. (Putranti, dkk, 2018)

6. Mammae

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan pemberian ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin (Manuaba, 2012).

a. Hormone yang dipersiapkan payudara dalam produksi ASI

1) Estrogen, berfungsi:

- a) Menimbulkan hipertrofi system saluran payudara
- b) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak semakin besar
- c) Tekanan saraf-saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

2) Progesterone, berfungsi:

- a) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi
- b) Menambahkan sel asinus

3) Somatomotropin, berfungsi:

- a) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktal bumil dan laktoglobulin.
- b) Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara.

(Putranti, dkk, 2018)

b. Perubahan payudara pada ibu hamil

- 1) Payudara menjadi lebih besar
- 2) Areola payudara mengalami hiperpigmentasi
- 3) Glandolamongomery makin tampak menonjol dipermukaan areola mammae

- 4) Pada kehamilan 12 minggu ke atas dari putting susu keluar cairan putih jernih (kolostrum) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi
- 5) Pengeluaran ASI belum berjalan oleh karena prolaktin ini ditekan oleh PIH (Prolaktin Inhibiting Hormone)
- 6) Setelah persalinan dengan dilahirkannya plasenta pengaruh estrogen, progesterone, dan somatomotropin hipotalamus hilang sehingga prolaktin dapat dikeluarkan dan terjadi laktasi.
(Putranti, dkk, 2018)

7. Sistem Kardiovaskular

a. Volume darah

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

b. Denyut jantung

Pompa jantung mulai naik kira-kira 30%, setelah kehamilan 3 bulan dan menurun lagi pada minggu-

minggu terakhir kehamilan. pada saat istirahat juga meningkat (dalam jumlah normal 70 kali/menit) dan menjadi 80-90 kali permenit (Putranti, dkk, 2018).

c. Nadi dan tekanan darah

Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester ke-2 dan naik lagi seperti pada prahamil. Tekanan vena pada batas-batas normal. Pada ekstermitas atas dan bawah cenderung naik setelah akhir trimester pertama, nadi biasanya naik dengan nilai rata-rata 24x/menit. (Putranti, dkk, 2018)

8. Sistem Urinaria

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

9. Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. (Putranti, dkk, 2018)

10. Sistem Metabolisme

Pada umumnya kehamilan mempunyai efek metabolisme, oleh karena itu wanita hamil mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi sehat

- a. Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan, kalori yang dibutuhkan terutama diperoleh dari pembakaran zat arang khususnya sesudah kehamilan 5 bulan keatas.
- b. Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan mengandung banyak protein, zat besi dan vit B.
(Putranti, dkk, 2018)

11. Peningkatan Berat Badan

- a. Kenaikan berat badan pada saat hamil yang normal, pada wanita yang memiliki ukuran rata-rata biasanya berkisar antara 12,5-15 kg (1-1,5 kg/bulan)
- b. Kenaikan berat badan ini berasal dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ/cairan intrauterine, yaitu:
 - 1) Berat janin : $\pm 2,5-3,5$ kg
 - 2) Berat plasenta : $\pm 0,5$ kg
 - 3) Cairan amnion : $\pm 1,0$ kg
 - 4) Berat uterus : $\pm 1,0$ kg
 - 5) Penambahan volume sirkulasi maternal: $\pm 1,5$ kg
 - 6) Pertumbuhan mammae: ± 1 kg

- 7) Penumpukan cairan interstisial dipelvis dan ekstermitas: $\pm 1,0-1,5$ kg
- c. Kenaikan berat badan yang melebihi 15-17,5 kg menyebabkan penumpukan lemak pada janin dan ibu
- d. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan kehamilan (pre eklamsia dan eklamsia).

Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh:

- 1) Janin, uri, air ketuban, uterus
 - 2) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air
- e. Berat badan yang tidak bertambah merupakan pertanda buruk (terutama jika kenaikan berat badan total kurang dari 5 kg) dan hal ini bisa menunjukkan adanya pertumbuhan janin yang lambat
- f. Kadang kenaikan berat badan disebabkan oleh penimbunan cairan akibat jeleknya aliran darah tungkai pada saat wanita hamil berdiri. Hal ini bisa diatasi dengan berbaring miring ke kiri selama 30-45 menit sebanyak 2-3 x/hari (Maryunani, 2010).

12. Sistem Muskuloskeletal

Estrogen dan progesteron memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligamen pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan

kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilan. Pengaruh dari peningkatan hormone estrogen, progesterone dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat dan ketidakseimbangan persendian, akibat dari perubahan fisik selama kehamilan adalah:

- a. Peregangan otot-otot
- b. Pelunakan ligament-ligamen (Putranti, dkk, 2018)

13. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanoporestimulate hormon lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada gravidarum livide atau alba areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (cloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang (Dewi, 2010)

14. Sistem Endrokrin

Selama menstruasi yang normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. FSH dimana dapat merangsang folikel de graff untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia dilepaskan. Hormon estrogen dan progesteron merangsang proliferasi dari desidua dalam upaya implantasi jika kehamilan terjadi. Beberapa kelenjar endokrin mengalami perubahan, seperti:

- a. Kelenjar timit: dapat membesar
- b. Kelenjar hipofise: dapat membesar terutama lobus anterior
- c. Kelenjar adrena (tidak begitu terpengaruh) (Putranti, dkk, 2018)

15. Sistem Respirasi

- a. Ruang yang diperlukan oleh rahim yang membesar dan meningkatnya pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi lain dari biasanya
- b. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk dirinya dan janinnya
- c. Kebutuhan oksigen meningkat hingga 20%
- d. Selain itu diaframa juga terdorong ke kranial yang menyebabkan terjadinya:
 - 1) Hiperventilasi dangkal (20-24 x/menit) akibat kompiansi dada menurun
 - 2) Volume tidal meningkat
 - 3) Kapasitas vital menurun

- e. Lingkar dada wanita hamil agak membesar
- f. Usia kehamilan lebih dari 32 minggu, uterus membesar, menekan usus-usus dan mendesak diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak dan nafas pendek
- g. Dengan kata lain, wanita hamil kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim
- h. Lapisan saluran pernapasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti)
- i. Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan parsial akibat kongesti ini
- j. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah
- k. Seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (Maryunani, 2010).

F. Perubahan Psikologis Kehamilan

1. Trimester I (periode penyesuaian)

Meningkatnya kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah, dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering membenci kehamilannya. Pada awal

kehamilan ibu merasa kecewa, menolak, cemas dan sedih bahkan berharap untuk tidak hamil. (Damayanti, 2017)

2. Perubahan Psikologis Trimester II (Periode kesehatan yang baik)

Trimester kedua sering disebut periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ini disebabkan selama trimester ini ibu sudah merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara konstruktif (Maryunani, 2011).

3. Perubahan Psikologis Trimester III (Periode Penantian dengan penuh kekhawatiran)

Trimester ketiga sering kali disebut trimester penantian. Periode ini wanita menanti kelahiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ini. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan mengetahui kapan dia akan melahirkan (Kumalasari, 2015).

G. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil

1. Oksigen

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

2. Nutrisi

- a. Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal.
- b. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk ibu dan pertumbuhan janin.
- c. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil 40% untuk pertumbuhan janin dan 60% untuk pertumbuhan ibu.
- d. Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13 kg. (Putranti, dkk, 2018)

Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan antara lain:

a. Kalori

Setiap harinya ibu hamil memerlukan kalori sebanyak 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, sekaligus menjadi faktor predisposisi terjadinya preeklampsia. Jumlah

pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. (Saifuddin, 2010)

b. Protein

Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormone, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Jumlah protein yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari (Saifuddin, 2010)

c. Mineral

- 1) Kalsium. Ibu hamil membutuhkan 1.200 mg kalsium per hari. (Kamariyah, 2014: 70). Bila asupan kalsium ibu kurang maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu. (Hutahaean, 2013)
- 2) Fosfor. Berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta meningkatkan metabolisme kalsium ibu (Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 1.200 mg kalsium per hari. (Kamariyah, 2014)
- 3) Zat Besi. Ibu hamil membutuhkan zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30 mg per hari. Berfungsi dalam menghasilkan hemoglobin sel darah merah janin dan maternal. (Kamariyah, 2014)

4) Yodium. Ibu hamil membutuhkan 25 μg per hari, defisiensi yodium menyebabkan kretinisme. (Hutahaean, 2013)

5) Seng/ zink. Berfungsi dalam metabolisme komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesis DNA dan RNA, ibu hamil membutuhkan 15 mg zink per hari. (Kamariyah, 2014)

6) Natrium. Berfungsi mempertahankan keseimbangan cairan, asam basa, iritabilitas muskuler, dan mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf (Kamariyah, 2014). Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram per minggu sehingga ibu hamil cenderung mengalami edema. (Hutahaean, 2013)

d. Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Ibu hamil membutuhkan 200-400 μg per hari. Asam folat berfungsi mencegah cacat tabung saraf (neural tube defects) spina bifida.

Kekurangan asamfolat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan

biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta (Saifuddin, 2010).

e. Vitamin

1) Vitamin yang Larut dalam Lemak

a) Vitamin A. Berfungsi membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, kulit, organ dalam, dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014). Kebutuhannya 200 RE (Retinol Ekuivalen) per hari (Hutahaean, 2013)

b) Vitamin D. Berfungsi mencegah hipokalsemia karena vitamin D membantu dalam penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D.

c) Vitamin E. Berfungsi untuk pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) vitamin E. (Kamariyah, 2014)

2) Vitamin yang Larut dalam Air

a) Vitamin C. Berfungsi meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan 250 mg per hari Vitamin C. (Varney et al, 2009)

- b) Vitamin B6. Berfungsi dalam pembuatan asam amino dalam tubuh. (Hutahaean, 2013). Ibu hamil mmebutuhkan 2,2 mg vitamin B6 per hari (Kamariyah, 2014)

3. Personal Hygiene

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada personal hygiene ibu hamil menurut Rio (2011)

- a. Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala

Rambut yang berminyak cenderung menjadi lebih sering selama kehamilan over activity kelenjar minyak kulit kepala dan mungkin memerlukan keramas lebih sering.

- b. Kebersihan Gigi dan Mulut

Ibu hamil harus memperhatikan juga kesehatan gigi dan mulut untuk menjaga dari sisa makanan yang masih tertinggal di dalam gigi yang mengakibatkan kerusakan pada gigi dan menyebabkan bau mulut.

- c. Kebersihan Payudara

Pemeliharaan pada payudara juga penting bagi ibu hamil karena harus dibersihkan sesering mungkin maksimal 2 kali sehari karena puting susu terbasahi oleh klostrum yang apabila tidak dibersihkan akan mengakibatkan edema pada puting susu dan sekitarnya. Selain itu pada

puting susu yang tenggelam diusahakan keluar dengan melakukan pemijatan setiap kali mandi.

d. Pakaian

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- 2) Bahan pakaian usahakan yang menyerap keringat.
- 3) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- 4) Pakaian dalam yang selalu bersih.
- 5) Sepatu tidak bertumit tinggi dan lancip.
- 6) Korset khusus ibu hamil tidak menekan perut bawah yang melorot, mengurangi nyeri punggung (Putranti, dkk, 2018).

4. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

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

b. Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika

terjadi peningkatan hormon progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi akibat dari efek samping penggunaan zat besi (Marmi, 2014).

5. Seksual

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan apabila terdapat pengeluaran cairan disertai rasa nyeri, terjadi perdarahan, mengeluarkan cairan (air) yang mendadak, serta bagi mereka yang sering keguguran dan persalinan premature (Manuaba, 2010).

Kebutuhan seksual pada tiap trimester :

- a. TM I: Menurun, pada trimester pertama hubungan seksual perlu dihindari bagi ibu hamil dengan riwayat sering abortus, prematur, perdarahan pervaginam dan infeksi.
- b. TM II: Lebih aman.
- c. TM III: Menurun, coitus harus hati hati. Pada trimester ketiga keinginan seksual sudah berkurang karena berat perut semakin besar dan tekniknya pun sulit.
- d. Bila ketubah sudah pecah coitus dilarang. (Putranti, dkk, 2018)

6. Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada waktunya.

Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Membasuh dengan lembut bagian areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, pembersihan dilakukan dengan menggunakan gliserin yang dicampur dengan alkohol. Karena payudara menegang, sensitive, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (Prawirohardjo, 2014).

7. Istirahat dan Tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010). Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2014). Ibu tidur dengan posisi miring kiri kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal bantal, dan untuk mengurangi

rasa nyeri pada perut, ganjal dengan menggunakan bantal pada perut bawah sebelah kiri (Putranti, dkk, 2018).

8. Imunisasi

Vaksinasi tetanus toxoid dianjurkan untuk menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus, dan dilakukan dua kali selama hamil (Manuaba, 2010).

a. Imunisasi TT

b. Sebelum menikah : TT calon pengantin

c. 2X dalam masa kehamilan dengan selang waktu 1 bulan biasanya mulai diberikan pada usia kehamilan 20 minggu (Putranti, dkk, 2018).

Tabel 2.2
Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	25 tahun

Sumber: Kemenkes RI, 2014

9. Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama. Kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu 1 x TM I, 1 x TM II, dan 2 x TM III. (Putranti, dkk, 2018)

H. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

1. Support Keluarga

a. Trimester I

- 1) Memberi pengertian bahwa perubahan yang terjadi merupakan hal yang normal dapat terjadi pada setiap ibu hamil
- 2) Bertukar pengalaman yang menyenangkan
- 3) Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk meringankan beban kerja istrinya.

b. Trimester II

- 1) Bersama dengan ibu merencanakan persalinan
- 2) Ikut mewaspadai adanya komplikasi
- 3) Bersama mempersiapkan rencana persalinan dan tanda-tanda bahaya apabila terjadi komplikasi

c. Trimester III

- 1) Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan
- 2) Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinannya
- 3) Bersama memantapkan persiapan dengan tetap mewaspadaikan komplikasi yang mungkin terjadi (Putranti, dkk, 2018).

2. Support dari Tenaga Kesehatan

Bagi seorang ibu hamil, tenaga kesehatan khususnya bidan mempunyai tempat sendiri dalam dirinya. Harapan pasien adalah bidan dapat dijadikan sebagai teman terdekat dimana ia dapat mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Posisi ini akan sangat efektif sekali jika bidan dapat mengembangkan kemampuannya dalam menjalin hubungan yang baik dengan pasien. Adanya hubungan saling percaya akan memudahkan bidan dalam memberikan penyuluhan kesehatan (Marmi, 2014).

3. Rasa Aman dan Nyaman

Selama kehamilan ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologi. Bidan bekerjasama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan

perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu (Sulistiyawati, 2011).

4. Persiapan Sibling

Sibling adalah rasa persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya (Putranti, dkk, 2018).

I. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil

1. Morning Sickness, Mual dan Muntah

Sejak awal kehamilan, hampir 50% wanita hamil mengalami mual. Mual muntah diusia kehamilan muda disebut dengan morning sickness, biasanya terjadi pada pagi hari, tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi pada setiap saat. Mual ini biasanya akan berakhir pada usia kehamilan 14 minggu (Kurnia, 2009).

5. Hipersalivasi

Pada saat hamil menjadi air ludah menjadi agak berlebih, sehingga ada keinginan untuk sering meludah, biasanya terjadi pada ibu hamil yang mengalami morning sickness. Gunakan pembersih mulut jika diperlukan, kunyahlah permen karet dan hisaplah permen yang keras (Kusmiyati, 2010).

6. Sering Buang Air Kecil

Pada awal kehamilan terjadi keinginan sering buang air kecil akibat rahim yang membesar dan menekan kandung kemih dan akan berkurang pada trimester II serta akan muncul

kembali pada akhir kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh kepala janin (Kurnia, 2009).

7. Peningkatan Cairan Vagina (Keputihan)

Peningkatan cairan vagina selama hamil/kehamilan adalah normal karena adanya perubahan hormonal selama hamil. Cairan vagina selama hamil berwarna putih atau kuning muda, kadang agak lengket dan tidak berbau. Cairan ini akan meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan dan mendekati persalinan akan lebih cair. Penanganan tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai celana dalam yang terbuat dari katun dan hindari celana dalam yang terbuat dari nilon (Kusmiyati, 2010).

8. Hidung dan Gusi Berdarah

Peningkatan hormonal dan peningkatan aliran darah ke seluruh tubuh termasuk ke daerah hidung dan gusi selama masa hamil akan menyebabkan jaringan di sekitarnya menjadi lebih lembut dan lunak. Akibatnya hidung dan gusi bisa berdarah ketika menyikat gigi (Kurnia, 2009).

9. Rasa Panas di Perut

Rasa panas diperut saat hamil adalah keluhan yang paling sering selama hamil karena meningkatnya tekanan akibat rahim yang membesar dan juga pengaruh hormonal yang

menyebabkan rileksasi otot saluran cerna sehingga mendorong asam lambung ke arah atas (Kusmiyati, 2010).

10. Perubahan Kulit

Perubahan kulit timbul pada trimester 2-3, karena malenosit yang menyebabkan warna kulit lebih gelap. Timbul garis kecoklatan mulai dari pusar ke arah bawah yang disebut linea nigra. Kecoklatan pada wajah disebut cloasma gravidarum. Tanda ini bisa jadi petunjuk kurangnya vitamin folat. Stretch mark terjadi karena peregangan kulit yang berlebih, biasanya pada perut, pada atas, dan payudara (Kurnia, 2009).

11. Sesak Nafas

Pada masa kehamilan ibu hamil dapat mengalami masalah kehamilan berupa sesak nafas yang disebabkan karena adanya produksi hormon progesteron yang menekan gerak paru-paru. Adanya perkembangan rahim yang semakin mendorong diafragma sehingga rongga dada menjadi lebih sempit dan dengan sendirinya paru-paru tertekan (Kusmiyati, 2010).

12. Konstipasi

Penanganan: istirahat yang cukup, makan-makanan yang berserat, senam, BAB segera setelah ada dorongan, membiasakan BAB secara teratur (Kusmiyati, 2010).

13. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan van inferior saat berbaring (Manuba, 2010).

14. Sakit Bagian Belakang

Sakit pada daerah tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat bayi dalam kandungan yang dapat memengaruhi tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang (Kusmiyati, 2010).

15. Bengkak

Perut dan bayi akan kian membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki dan kadang membuat tangan bengkak. Ini disebut edema, yang disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan (Manuba, 2010).

16. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan tekanan pada vena hemoroid (Romauli, 2011).

J. Kunjungan Antenatal Care

Pemberian asuhan kebidanan dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan:

1. Trimester I (usia kandungan 0-12 minggu) 1x kunjungan
2. Trimester II (usia kandungan 13-24 minggu) 1x kunjungan
3. Trimester III (usia kandungan >24 minggu) 2x kunjungan

(Kemenkes RI, 2015)

Dalam pemberian asuhan kebidanan menurut Kemenkes RI (2015) menggunakan Pelayanan Antenatal Terintegrasi/ Terpadu yang meliputi:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/ LILA)
4. Ukur tinggi fundus uteri
5. Menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi Tetanus Toxoid (TT)
7. Beri tablet tambah darah (Fe)
8. Pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus (pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah (HB), protein urin, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA)
9. Tata laksana/ penanganan kasus
10. Temu wicara atau konseling

- a. Kesehatan ibu
- b. Perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Peran suami/ keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e. Asupan gizi seimbang
- f. Gejala penyakit menular dan tidak menular
- g. Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemi rendah
- h. Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
- i. KB pasca persalinan
- j. Imunisasi
- k. Peningkatan kesehatan intelegsia pada kehamilan (Brainbooster)

K. Tanda Bahaya dan Komplikasi Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam / Perdarahan dari Jalan Lahir

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010). Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah,

banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai rasa nyeri (Asrinah, 2010). Macam-macam perdarahan pervaginam:

a. Abortus Imminens

Abortus Imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, hasil konsepsi masih didalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks. Diagnosis abortus imminens ditentukan bila pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternum, disertai mules-mules sedikit atau tidak sama sekali, besarnya uterus sesuai dengan usia kehamilan, serviks belum terbuka, tes kehamilan positif.

b. Abortus Komplit

Pada abortus komplit semua hasil konsepsi sudah keluar, ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah mulai mengecil. Diagnosis dapat dipermudah bila hasil konsepsi yang telah keluar semua dengan lengkap.

c. Abortus Insipiens

Abortus insipien adalah peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih

dalam rahim. Rasa mulas lebih sering dan kuat, perdarahan bertambah.

d. Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal didalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat teraba dalam kavum uteri eksternum. Perdarahan yang terjadi pada abortus inkomplit lebih banyak, sehingga dapat menyebabkan syok dan perdarahan tidak akan berhenti sebelum sisa hasil konsepsi dikeluarkan.

2. Mual Muntah Berlebihan

Mual (nausea) dan muntah (emesis gravidarum) adalah gejala yang wajar dan sering didapatkan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, tetapi dapat pula timbul setiap saat bahkan malam hari. Gejala-gejala mual kurang lebih terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu. Mual dan muntah terjadi pada 60-80% primigravida 40-60% multigravida. Satu diantara seribu kehamilan, gejala ini menjadi lebih berat. Perasaan mual ini disebabkan oleh karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam

serum. Pengaruh fisiologik kenaikan hormon ini belum jelas, mungkin karena sistem saraf pusat atau pengosongan lambung yang berkurang. Jika muntah terus menerus bisa terjadi kerusakan hati. Komplikasi lainnya adalah perdarahan pada retina yang disebabkan oleh meningkatnya tekanan darah ketika penderita muntah.

3. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi (Maryatun, 2010).

4. Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri perut akut (*acute abdomen*) merupakan keluhan yang sering didapatkan pada ibu hamil. Yang dimaksud dengan nyeri perut akut adalah setiap keadaan akut intra abdomen yang ditandai dengan rasa nyeri, otot perut tegang, dan nyeri tekan serta memerlukan tindakan bedah emergensi (Prawirohardjo, 2014). Nyeri perut yang hebat kemungkinan bisa berarti apendiksitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit

radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2010).

5. Selaput Kelopak Mata Pucat / Anemia

Anemia adalah masalah medis yang umum terjadi pada banyak wanita hamil. Jumlah sel darah merah dalam keadaan rendah, kuantitas dari sel-sel ini tidak memadai untuk memberikan oksigen yang dibutuhkan oleh bayi. Anemia sering terjadi pada kehamilan karena volume darah meningkat kira-kira 50% selama kehamilan. Darah terbuat dari cairan dan sel. Cairan tersebut biasanya meningkat lebih cepat dari pada sel-selnya. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan hematokrit (volume, jumlah atau persen sel darah merah dalam darah). Penurunan ini dapat mengakibatkan anemia. Komplikasi anemia dalam kehamilan memberikan pengaruh langsung terhadap janin sedangkan komplikasi pada kehamilan trimester I yaitu dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/ keguguran.

6. Bengkak pada Wajah, Kaki dan Tangan

Oedema ialah penimbunan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh, dan dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Pada saat

kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi (Sulistyawati, 2011).

7. Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Saifuddin, 2013).

8. Gerak Bayi Berkurang

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6 kehamilan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika berbaring atau istirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Apabila ibu tidak merasakan gerakan bayi seperti biasa, hal ini merupakan suatu resiko tanda bahaya.

Bayi kurang bergerak seperti biasa dapat dikarenakan oleh aktivitas ibu yang terlalu berlebihan keadaan psikologi ibu maupun kecelakaan sehingga aktivitas bayi di dalam rahim tidak seperti biasanya (Sulistiyawati, 2011).

9. Penglihatan Kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang (Rukiyah, 2014). Jenis keluhan yang paling umum adalah pandangan yang kabur disertai sakit kepala. Perubahan patologi pada organ mata dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme pembuluh darah. Bila terdapat hal-hal tersebut maka harus dicurigai pre-eklamsi berat (Agustin, 2012).

10. Demam Tinggi

Demam dapat terjadi pada kehamilan salah satu penyebab adalah daya tahan tubuh atau sistem imun yang mengalami perubahan lebih berfungsi dan mengutamakan perlindungan pada sang janin. Hal ini bisa menjadi alasan kenapa ibu hamil lebih rentan terhadap kuman penyebab batuk, pilek dan demam. Penyebab demam pada saat kehamilan yang paling umum dijumpai dalam kehidupan sehari-hari adalah infeksi virus dan bakteri. Meski keduanya sama-sama berbahaya, namun infeksi virus memiliki tingkat kecacatan dan kematian

janin yang lebih tinggi. Namun infeksi akibat bakteri maupun parasit tidak boleh diabaikan. Seperti pada kasus infeksi TORCH, yang terdiri dari entitas parasit dan virus Toxoplasma dan lainnya (Parvovirus, Varicella, Morbili, dsb), Rubella, Cytomegalovirus dan Herpes. Akan menyebabkan kelainan otak, jantung, pendengaran, penglihatan dan kelainan struktur tubuh.

L. Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2009).

1. Tujuan Program P4K

- a. Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang:

- 1) Lokasi tempat tinggal ibu hamil
 - 2) Identitas ibu hamil
 - 3) Taksiran persalinan
 - 4) Penolong persalinan, pendamping persalinan dan fasilitas tempat persalinan
 - 5) Calon donor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan
- b. Adanya perencanaan persalinan, termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
 - c. Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
 - d. Meningkatnya keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun/pendamping persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing (Depkes RI, 2009).

2. Manfaat

Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi

komplikasi dan tanda bahaya kebidanan dan bayi baru lahir bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat (Depkes RI, 2009).

3. Sasaran P4K

- a. Seluruh ibu hamil yaang ada di suatu wilayah
- b. Penanggung jawab dan pengelola program KIA provinsi dan kab/kota, bidan koordianot, kepala puskesmas, dokter, perawat, bidan, kader, forum peduli KIA (Depkes RI, 2009).

4. Komponen P4K

- a. Pencatatan ibu hamil
- b. Dasolin/tabulin
- c. Donor darah
- d. Transport/ambulan desa
- e. Suami/keluarga menemani ibu pada saat bersalin
- f. IMD
- g. Kunjungan Nifas
- h. Kunjungan Rumah

4. Peran Bidan dalam P4K, menurut Depkes RI (2009)

- a. Masa persalinan, kehamilan, dan nifas

1) Kehamilan

- a) Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar minimal 4 kali selama hamil

- b) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga
- c) Melakukan kunjungan rumah
- d) Melakukan rujukan apabila diperlukan
- e) Melakukan pencatatan dan laporan

Memberdayakan unsur-unsur masyarakat termasuk suami, keluarga dan kader untuk terlibat aktif dalam P4K

2) Persalinan

- a) Melakukan asuhan persalinan normal sesuai standar
- b) Mempersiapkan sarana dan prasarana persalinan aman termasuk pencegahan infeksi
- c) Memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partograf
- d) Melakukan manajemen aktif kala III
- e) Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- f) Melakukan perawatan bayi baru lahir
- g) Melakukan tindakan PPGDON apabila mengalami komplikasi
- h) Melakukan rujukan bila diperlukan
- i) Melakukan pencatatan dan pelaporan

3) Nifas

- a) Memberikan pelayanan nifas sesuai standar
 - b) Melakukan kunjungan nifas
 - c) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu, keluarga dan masyarakat
 - d) Melakukan rujukan bila diperlukan
 - e) Melakukan pencatatan dan pelaporan
- b. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan kehamilan, kebersihan pribadi dan lingkungan, kesehatan dan gizi, perencanaan persalinan, perlunya inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif, dan KB pasca persalinan
- c. Melakukan pencatatan pada kartu ibu, kohort ibu, buku KIA
 - d. Membuat laporan PWS KIA
 - e. Memberdayakan unsur-unsur masyarakat termasuk suami, keluarga, dan kader untuk terlibat aktif dalam program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dalam kegiatan:

- 1) Pemantauan intensif setiap ibu hamil, mengingatkan ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan sesuai standar, menemukan secara dini tanda bahaya hamil dan melapor segera ke tenaga kesehatan

- 2) Pengelolaan donor darah, transportasi, tabulin/dasolin, amanat persalinan, suami siaga, warga siaga
- 3) Membantu mendata jumlah ibu hamil di wilayah desa
- 4) Memberikan penyuluhan yang berhubungan dengan kesehatan ibu (tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas)
- 5) Membantu bidan dalam memfasilitasi keluarga untuk menyepakati isi stiker termasuk KB pasca persalinan
- 6) Bersama dengan kepala desa, toma membahas tentang masalah calon donor darah, transportasi dan pembiayaan untuk membantu dalam menghadapi kegawatdaruratan pada waktu hamil, bersalin dan nifas
- 7) Membantu memotivasi suami untuk mendampingi pada saat pemeriksaan kehamilan, bersalin dan nifas
- 8) Membantu memotivasi untuk melakukan IMD dan pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai 6 bulan
- 9) Mendukung upaya partisipan aktif forum peduli KIA dan dukun untuk melaksanakan komponen-komponen P4K dengan stiker di wilayahnya melalui pertemuan rapat koordinasi tingkat desa.

2.1.2 Konsep Persalinan Normal

A. Pengertian Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi baru lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu mampu berada dalam kondisi sehat.

Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang kuat teratur dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Kumalasari, 2015).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2012).

B. Jenis Persalinan

1. Persalinan Spontan, Jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir (Maryunani, 2016).
2. Persalinan buatan, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep/ dilakukan operasi section caesarea (Mika, 2016).

3. Persalinan anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian poticin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2014).

Berdasarkan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan persalinan dibedakan sebagai berikut:

1. Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ketika kehamilan kurang dari 22 minggu dan BB kurang dari 500 gram (Prawirohardjo, 2012).
2. Imatur adalah partus dengan umur kehamilan 22-28 minggu dan BB 500-1000 gram (Marmi, 2016).
3. Prematur adalah partus dengan umur kehamilan 28-37 minggu dan BB 1000-2500 gram. Janin dapat hidup tapi alat-alat vital (otak, jantung, paru, ginjal) belum sempurna, sehingga mengalami kesulitan dalam adaptasi untuk tumbuh dan berkembang dengan baik (Maryunani, 2016).
4. Aterm adalah partus dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan BB 2500 gram atau lebih (Marmi, 2016).
5. Posterm/ serotinus adalah partus dengan umur kehamilan >42 minggu (Prawirohardjo, 2012).
6. Presipitatus merupakan persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam, dapat disebabkan oleh abnormalitas, kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat, atau pada keadaan yang sangat jarang dijumpai, tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak

menyadari adanya proses persalinan yang sangat kuat (Maryunani, 2016).

C. Teori Penyebab Persalinan

1. Teori penurunan hormon 1-2 minggu sebelum partus mulai mengalami penurunan kadar hormon ekstrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun (Nugraheny, 2010).
2. Teori plasenta menjadi tua, menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Sulistyawati, 2010).
3. Teori distensi rahim. Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter (Sulistyawati, 2010).
4. Teori iritasi mekanik, di belakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.
5. Teori oksitosin. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi *Braxton Hicks*. Menurunnya kontraksi progesteron karena matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang

otot rahim untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai (Nugraheny, 2010).

6. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis. Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otak tidak terbentuk) sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus (Manuaba, 2010).
7. Teori prostaglandin. Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. (Sulistyawati, 2010)

D. Tanda-Tanda Persalinan

Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan adanya lightening atau settling atau dropping dan terjadi his palsu. Persalinan itu sendiri ditandai dengan his persalinan, yang mempunyai ciri seperti:

1. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
2. His bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar
3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
4. Semakin beraktifitas (jalan), semakin bertambah kekuatan kontraksinya

Selain his persalinan ditandai juga dengan pengeluaran lendir dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah. Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang sebagian besar pecah

menjelang pembukaan lengkap dan tanda inpartu, meliputi adanya his, bloody show, peningkatan rasa sakit, perubahan bentuk serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks (dilatasi), pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban pecah dengan sendirinya. (Nurul, 2014)

E. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power (Kekuatan Ibu)

a. His

1) Macam-macam His

a) His pendahulu atau his palsu

His yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi (braxton hicks). His pendahulu ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri diperut bagian bawah dan lipatan paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. (Rohani dkk, 2011)

b) His persalinan

Walaupun his merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwa. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun

dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani dkk, 2011)

2) Sifat His

- a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan
- b) Kontraksi otot rahim dimulai daerah tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar keseluruh bagian uterus
- c) Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi
- d) Didominasi oleh fundus kemudian menjalar ke seluruh otot rahim
- e) Kekuatannya seperti mekanisme memeras isi rahim
- f) Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim. (Sulistiyawati, 2010)

3) Amplitudo

- a) Kekuatan his diukur dengan mmHg dan menimbulkan naiknya tekanan intrauterus sampai 35 mmHg
- b) Cepat mencapai puncak kekuatan dan diikuti relaksasi yang tidak lengkap sehingga kekuatannya tidak mencapai 0 mmHg
- c) Setelah kontraksi otot rahim mengalami retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali lagi kepanjang semula
- d) Frekuensi yaitu jumlah terjadinya his selama 10 menit

- e) Durasi his yaitu lamanya his yang terjadi setiap diukur dengan detik
- f) Interval his, yaitu tenggang waktu antara kedua his. Pada permulaan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran (kala II) muncul sekali dalam 2 menit
- g) Kekuatan his, yaitu perkalian antara amplitudo dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan unit montevideo.
(Sulistyawati, 2010)

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 relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. (Rohani, dkk, 2011)

a. Jalan lahir terbagi atas:

- 1) Bagian keras: tulang-tulang panggul, dalam obstetric
 - a) Tulang ilium (tulang usus)
 - b) Tulang ishium
 - c) Tulang pubis
 - d) Tulang sakrum
 - e) Tulang koksigis
 - f) Pintu Atas Panggul (Sulistyawati, 2010)

Dalam obstetrik dikenal 4 jenis panggul, diantaranya:

a) Jenis Ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk yang paling baik, karena bentuknya yang hampir bulat sehingga memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan. Kurang lebih ditemukan pada 45% wanita.

b) Jenis Android

Jenis ini pada bagian pintu atas panggulnya hampir menyerupai segitiga. Panggul jenis ini pada umumnya dimiliki oleh pria, namun juga ditemukan pada 15% wanita.

c) Jenis Platipoid

Panggul jenis ini memiliki bentuk seperti panggul ginekoid, namun mengalami penyempitan pada arah muka belakang, dan ditemukan pada 5% wanita.

d) Jenis Antropoid

Panggul jenis ini memiliki bentuk yang lonjong seperti telur, ditemukan pada 35% wanita. (Sulistyawati,2010)

2) Bagian lunak: uterus, otot dasar panggul, dan perineum.

(Rohani, dkk, 2011)

b. Ruang panggul (pelvic cavity) dibagi menjadi 2, yaitu:

- 1) Pelvis mayor (false pelvic), diatas linea terminalis
- 2) Pelvis minor (true pelvic), dibawah linea terminalis.

(Rohani, dkk, 2011)

c. Bidang-bidang panggul

Bidang hodge adalah bidang yang dijadikan sebagai pedoman dalam menentukan kemajuan persalinan, yaitu dengan menilai seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/ vagina toucher (VT). Bidang hodge terbagi menjadi empat, diantaranya:

1) Bidang hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakroiliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis. (Rohani, dkk, 2011)

2) Bidang hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I). (Rohani, dkk, 2011)

3) Bidang hodge III

Bidang sejajar dengan hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri (Sulistyawati, 2010).

4) Bidang hodge IV

Bidang sejajar dengan hodge I, II dan III setinggi ujung os coccygis (Sulistyawati, 2010).

3. Passager (Janin)

a. Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin (Marmi, 2012). Berat badan janin dapat mempengaruhi persalinan, berat badan neonatus umumnya <4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram.

1) Kriteria janin cukup bulan yang lama kandunganya 40 minggu mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750-3000 gram

2) Pada persalinan cukup bulan (*aterm*) dengan lama kehamilan 37-42 memiliki berat >2500 gram

3) Bayi normal yaitu bayi yang mempunyai berat badan 2500-4000 gram, bayi berat lahir cukup dengan berat lahir >2500 gram

4) Pada janin yang memiliki berat >4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan berupa besarnya kepala dan bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi berat badan janin.

5) Berat badan janin normal adalah 2500-4000 gram

b. Plasenta

Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang, menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal. Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan plasenta maka apabila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan. (Marmi, 2012)

c. Air ketuban

Waktu persalinan air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin kedalam ostium uteri, bagian selaput anak yang diatas ostium uteri yang menonjol waktu his disebut ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks. Cairan ini penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu: menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang meyakinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan rahim. (Marmi, 2012)

4. Position (posisi ibu)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Mengubah posisi membuat rasa letih menjadi hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak yaitu berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak mengakibatkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan seiring kontraksi uterus, sehingga memperbaiki aliran darah ke uteroplasenta dan ginjal ibu. Posisi tegak juga membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi atau penekanan pada pembuluh darah aorta dan vena kava yang dapat menurunkan perfusi plasenta. (Astria, 2009)

5. Pysche (respon psikologi ibu)

Pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional (cemas, stress, dan takut) terhadap persiapan persalinan, support system (dukungan sosial dan lingkungan) berpengaruh terhadap proses persalinan. (Astria, 2009)

F. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu :

1. Persalinan Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). pada

permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturein masih dapat berjalan-jalan (Manuba, 2010).

a. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi

2 fase, yaitu :

1) Fase laten

a) Pembukaan serviks berlangsung lambat

b) Terjadi pembukaan 0-3 cm

c) Berlangsung selama 7-8 jam

2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dibagi menjadi 3 subfase, diantaranya :

a) Fase akselerasi, berlangsung dalam waktu 2 jam, terjadi pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

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

c) Fase deselerasi, pembukaan berlangsung lambat.

Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap 10 cm. (Wiknjosastro, 2014)

2. Persalinan Kala II

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

multigravida (Marmi, 2012). Tanda dan gejala persalihan kala dua adalah:

- a. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vagina
- c. Perineum menonjol
- d. Vulva dan sfingter ani membuka
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

(Wiknjastro, 2014)

Sedangkan tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya meliputi:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap, atau
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi di introitus vagina.

(Wiknjastro, 2014)

3. Persalinan Kala III

Kala III dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang biasanya tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta diantaranya:

- a. Fundus yang berkontraksi kuat
- b. Perubahan bentuk uterus dari bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat, sewaktu plasenta bergerak kearah segmen bawah rahim.

- c. Terjadi semburan darah tiba-tiba
- d. Tali pusat bertambah panjang dengan majunya plasenta mendekati introitus. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam 5 menit. (Kumalasari, 2015)

Cara pelepasan plasenta terdiri dari dua yaitu:

- a. Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan terjadi setelah plasenta lahir. (Widyatun, 2012)

- b. Metode Ekspulsi Mathew-Duncan

Metode ini ditandai dengan adanya perdarahan apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila perdarahan lebih mengidentifikasi terjadinya patologi dengan kemungkinan plasenta berimplantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu kurang lebih 6 menit setelah bayi lahir. (Kaban, 2010)

Prasat-prasat untuk mengetahui lepasnya plasenta diantaranya adalah:

a. Prasat Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat.

Tangan kiri menekan daerah atas simfisis. Bila tali pusat masuk kedalam vagina, berarti menandakan plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilakukan dengan hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta yang terlepas, akan dapat terjadi perdarahan yang banyak.

(Damayanti, 2014)

b. Prasat Klein

Suruh ibu mengejan, tali pusat akan nampak turun kebawah.

Bila pengejanan dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

(Trianto, 2016)

c. Prasat Strassmen

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat.

Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta

belum lepas dari dinding uterus. (Paula, 2013)

4. Persalinan Kala IV

Menurut Jenny (2013) Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Hal-hal yang penting diperhatikan dalam pemantauan kala IV, diantaranya:

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 500 cc (Sulistyawati, 2010).

G. Mekanisme Persalinan

1. Engagemen

Pada tahap *engagemen* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus. Menambahkan sinklitismus yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu dan panggul.

Pada multipara *engagemen* berlangsung bersamaan dengan dilatasi serviks. Penyebab terjadinya *engagemen* yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong, usaha meneran ibu, gerakan ekstensi tubuh janin (tubuh janin menjadi lurus), ukuran dan bentuk panggul serta bagian posisi terendah janin. (Wiknjosastro, 2014).

2. Penurunan

Mengacu pada kemajuan bagian presentasi melalui panggul. Turunya kepala tergantung pada setidaknya 4 gaya: tekanan yang diberikan oleh cairan ketuban, tekanan langsung diberikan oleh kontraksi fundus pada janin, kekuatan kontraksi diafragma ibu dan otot perut pada tahap kedua persalinan, perluasan dan penegakan tubuh janin. Efek dari kekuatan ini dimodifikasi oleh ukuran dan bentuk panggul ibu dan ukuran kepala janin untuk membentuk kapasitasnya (Sulistyawati, 2010).

3. Fleksi

Pada tahap ini terjadi peristiwa asinklismus anterior (Neagele) pada promontorium, diaman apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Efek dari fleksi ini adalah untuk merubah diameter terendah dari (11,0 cm) menjadi subicchioito bregmatika (9,5 cm) yang lebih kecil dan kuat. (Wiknjosastro, 2014).

4. Rotasi internal

Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intrauterine disebabkan oleh his yang berulang-ulang kepala mengadakan rotasi (Prawirohardjo, 2014).

5. Ekstensi

Pada tahap ini terjadi mouldage kepala janin, ekstensi, hipmoklon UUK di bawah simfisis. Pada dasarnya ekstensi disebabkan oleh dua kekuatan yaitu: (1) kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan (2) dasar panggul yang memberikan tahanan. Oleh karena dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 sampai 5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10 sampai 15 cm, dengan demikian sinciput harus menmpuh jarak yang lebih panjang dari pada occiput. Dnegan demikian semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (crowning). Occiput melewati PAP secara perlahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus.

6. Resitusi

Pada waktu kepala mencapai dasar panggul. Maka bahu memasuki panggul oleh karena panggul tetap berada pada diameter oblique sedangkan kepala berputar ke depan. Maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan resitusi kembali sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali. (Rahayu, 2017)

7. Putar paksi luar

Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengejan berturut-turut tampak bregma, dahi, muka dan akhirnya dagu. Sesudah kepala

lahir, kepala segera mengadakan rotasi yang dinamakan putaran paksi luar (Prawirohardjo, 2014).

8. Ekspulsi

Setelah kelahiran bahu, kepala dan bahu diangkat ke arah tulang kemaluan ibu dan tubuh bayi lahir dengan meregangkan lateral ke arah simfisis pubis. Ketika bayi telah benar-benar muncul, lahir lengkap, dan tahan kedua persalinan berakhir. Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Sulistyawati, 2010).

H. Perubahan Fisiologi Persalinan

1. Perubahan tekanan darah

- a. Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg.
- b. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.
- c. Dengan mengubah posisi pasien dari telentang ke posisi miring kiri, perubahan tekanan darah selama persalinan dapat dihindari (Sulistyawati, 2010).

2. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan. (Varney, *et all*, 2009)

3. Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$, karena hal ini mencerminkan terjadinya peningkatan metabolisme. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, merupakan indikasi adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena suhu meningkat yang disertai ketuban pecah merupakan indikasi infeksi (Sulistiyawati, 2010).

4. Denyut Jantung

Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan terlentang. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% sampai 15% pada rahap pertama persalinan san sekitar

30% sampai 50% pada tahap kedua persalinan. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. (Varney, *et all*, 2009)

5. Pernapasan

- a. Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.
- b. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (Sulistyawati, 2010).

6. Perubahan Renal

Polyuria sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output (curah jantung) yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Polyuria tidak begitu terlihat dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi urine selama kehamilan. Pengontrolan kandung kemih harus sering dilakukan (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urine setelah melahirkan. Protein dalam urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Tetapi protein urine (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara anemia, persalinan lama atau pada kasus preeklampsia. (Varney, *et all*, 2009)

7. Perubahan Gastrointestinal

Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan selama masa transisi. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi (Sulistyawati, 2010).

8. Perubahan hematologis

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2gr/100ml selama persalinan dan kembali pada kadar sebelum persalihan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulai darah berkurang dan terdapat peningkat fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalihan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala I persalihan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalihan, terjadi pada persalihan yang lama dan sulit kemungkinan besar akibat peningkatan aktifitas otot dan rangka. (Varney, *et all*, 2009)

9. Perubahan pada Uterus

Selama persalihan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalihan berlangsung. Bagian bawah relative pasif dibanding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi

jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen bawah uterus analog dengan ismus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil. Segmen bawah secara bertahap bentuk ketika kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan. (Marmi, 2012)

I. Perubahan Psikologis Persalinan

1. Perasaan tidak enak
2. Takut dan ragu akan persalinan yang dihadapi
3. Sering memikirkan apakah persalinan akan berjalan normal
4. Menganggap persalinan sebagai percobaan
5. Apakah penolong dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
6. Apakah bayi normal atau tidak
7. Apakah ia sanggup merawat bayinya
8. Ibu merasa cemas (Elisabeth, dkk, 2016)

J. 60 Langkah APN

1. Mengenali tanda dan gejala kala 2 persalinan
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - b. Ibu merasa ada tekanan pada anus
 - c. Perineum menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka

2. Menyiapkan peertolongan persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensiaol untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi segera

pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan

- a. Tempat datar rata bersih kering dan hangat
- b. 3 handuk /kain bersih dan kering(termasuk ganjal bahu bayi)
- c. Alat penghisap lender
- d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak cm dari tubuh bayi

Untuk ibu

- a. Menggelar kain diperut ibu
 - b. Menyiapkan oksitosin
 - c. Alat suntik steril sekali pakai didalam partus set
3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
 4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering
 5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
 6. Masukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
 7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT

- a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Jika terkontaminasi lakukan dekontaminasi lepaskan dan rendam sarung tangan secara dalam larutan klorin 0,5 %
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap dan keadaan bayi baik. Bila selaput ketuban belum pecah lakukan amniotomi.
 9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit)
 10. Periksa DJJ setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160x/m)
 11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai keinginan ibu
 12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat kondisikan ibu setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
 13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit

Persiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagian dibawah bokong ibu
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

Kelahiran Kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan talipusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi

21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Lahirnya Bahu

22. Setelah putar paksi luar selesai pegang kepala bayi secara biparietal anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah untuk menompang kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
25. Lakukan penilaian pada bayi baru lahir secara selintas
 - a. Apakah kulit bayi berwarna kemerahan
 - b. Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan
 - c. Apakah bayi bergerak dengan aktif
26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali telapak tangan. Ganti handuk yang basah dengan handuk kering

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha atas (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah pasca persalina , jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 2 cm dari klem pertama
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a. Dengan 1 tangan pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pemotongan tali pusat diantara 2 klem
 - b. Ikat tali pusat dengan tali DTT pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang dan mengikatnya dnegan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c. Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan
32. Letakkan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel didada ibu, usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih dari putting susu atau areola mammae.

33. Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi bayi

Melahirkan Plasenta

34. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

35. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (ditepi atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi, tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

36. Setelah uterus berkontak dengan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorsol cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat terkendali dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas

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

a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dan melahirkan plasenta

b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

c. Beri dosis ulangan oksitosin 10 IU

d. Lakukan katekisasi (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

38. Saat plasenta muncul diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

Rangsangan Taktil (Massage Uterus)

39. Segera setelah plasenta dan ketuban lahir, lakukan massage uterus letakkan telapak tangan difundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahaan.

42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam pada larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
44. Pastikan kandung kemih kosong tiap 15 menit selama 1 jam pertama postpartum dan tiap 30 menit selama 1 jam kedua postpartum
45. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
48. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali / menit) serta suhu normal (36°C-37,5°C)
49. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
50. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

51. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yng bersih dan kering.
52. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan ibu
53. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
54. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balika bagian dalam keluar dan rendan dalam laruta korin 0,5% selama 10 menit.
55. Cuci kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan menggunakan *tissue* atau handuk yang bersih dan kering.
56. Pakai sarung tangan bersih /DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
57. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksi infeksi vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali / menit) dan temperature tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit. Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi HB0 dipaha kanan lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat di susui.

58. Lepaskan sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% dalam keadaan terbalik selama 10 menit.
59. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan. (JNPK-KR 2014)

K. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1. Nutrisi

Pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu waktu memerlukan tindakan anastesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernapasan). Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya tetap akan terpenuhi (Sulistyawati, 2010).

2. Personal Hygiene

- a. Saat tidak ada his, bidan atau perawat dapat membantu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat. Sarankan pasien untuk menggunakan baju dengan bahan yang tipis dan menyerap keringat serta berkancing depan

- b. Seka keringat yang membasahi dahi dan wajah pasien menggunakan handuk kecil
- c. Ganti kain pengalas bokong jika sudah basah oleh darah atau air ketuban (Rimandini, 2014).

3. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi

b. Buang Air Besar (BAB)

Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai selesai. Namun, jika kondisi ibu sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan terlebih dahulu mengenai posisi apa yang paling nyaman serta siapa yang akan dimintai tolong untuk membersihkannya

4. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping yaitu, mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepla ibu, menciptakan suasana

kekeluargaan, dan rasa nyaman, membantu ibu bernafas saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu (Sulistyawati, 2010).

5. Posisi

Posisi yang nyaman sangat diperlukan bagi ibu. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat. Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut dada, tangan lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok (Nugraheny, 2010).

6. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk ibu karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring kiri untuk beberapa waktu (Sulistyawati, 2010).

L. Penyulit, Kelainan dan Komplikasi Masa Persalinan

1. Kelainan Presentasi dan Posisi

a. Presentasi bokong

Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas

b. Presentasi muka

Keadaan dimana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap kebawah

c. Posisi Oksiput Posterior Persisten

Pada persalinan presentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui PAP dengan sutura sagitalis melintang/miring, sehingga ubun-ubun kecil dapat berada dikiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang/ kanan belakang. Dalam keadaan fleksi bagian kepala yang pertama mencapai dasar panggul adalah oksiput (Sulistyawati, 2010).

2. Distosia Karena Kelainan His

a. Inersia Uteri Hipotonik

Merupakan kelainan his dengan kekuatan yang lemah/ tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Sering dijumpai pada penderita anemia, uterus yang terlalu regang, misalnya: akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara, atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Inersia uteri primer terjadi pada permulaan fase laten. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat, sehingga sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum. Inersia uteri sekunder terjadi pada fase

aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan.

b. Inersia Uteri Hipertonik

Merupakan kelainan his dengan kekuatan cukup besar, namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini antara lain, rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya.

c. His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju. (Sulistyawati, 2010)

3. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

a. Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises hematomata, peradangan, kondiloma kauminata dan fistula.

b. Vagina

1) Kelainan Vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalis sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagian ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

2) Stenosis Vagina Congenital

Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang.

3) Tumor vagina

Tumor vagina menyebabkan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam dan memiliki banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan *section caesarea*.

4) Kista vagina

Berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisium uretra eksternal.

c. Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis karena disfungsi uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi.

4. Distosia Karena Kelainan Janin

a. Bayi Besar (Makrosomia)

Makrosomia adalah bayi yang berat badanya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi makrosomia adalah 5,3%.

b. Hidrosefalus

Kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekanan intrakranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikel ini terjadi karena ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun.

c. Anensefalus

Suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suatu kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan dengan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6-4,6% dari 10.000 bayi baru lahir.

d. Distosia Bahu

Kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan.

e. Janin Kembar Siam

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah 1 dalam 200.000 kelahiran. (Sulistyawati, 2010)

5. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir

a. Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

- 1) Diameter anterior-posterior terpendek < 10 cm
- 2) Diameter transversal terbesar < 12 cm
- 3) Perkiraan Diameter anterior-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakkan bila ukuran conjugata diagonalis $< 11,5$ cm. (Sulistyawati, 2010)

b. Kesempitan bidang tengah pelvis

Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP. Kejadian ini sering menyebabkan kejadian "*deep transverse arrest*" (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul).

c. Kesempitan Pintu Bawah Panggul (PBP)

PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberosus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih ke arah posterior dengan konsekuensi

pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas. Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul. (Sulistyawati, 2010)

6. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab, diantaranya:

- a. Atonia uteri
- b. Perluasan jalan lahir
- c. Retensio plasenta
- d. Tertinggalnya sebagian plasenta di dalam uterus
- e. Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
- f. Penatalaksanaan kala III yang salah.

7. Atonia Uteri

Merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia uteri terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri merupakan keadaan lemahnya kontraksi rahim yang menyebabkan

uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi seperti:

- a. Regangan rahim berlebihan, seperti: gameli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi
 - b. Umur yang terlalu tua atau terlalu muda
 - c. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek
 - d. Partus lama/partus terlantar
 - e. Malnutrisi
 - f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus
 - g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
8. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah lepasnya plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan. Macam-macam perlekatan plasenta diantaranya:

- a. Plasenta Adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam
- b. Plasenta Akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa

- c. Plasenta Inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium
- d. Plasenta Prekreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim
- e. Plasenta inkarserata: tertahanya plasenta didalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri. (Sulistyawati, 2010)

9. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin, dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan faktor resiko diantaranya:

- a. Multipara
- b. Solusio plasenta
- c. IUFD
- d. Partus presipitatus
- e. Suction curettage
- f. Terminasi kehamilan.

10. Robekan Jalan Lahir

- a. Robekan Perineum

Robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum

umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Penyebab terjadinya robekan perineum diantaranya adalah:

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

Klasifikasi robekan perineum:

- 1) Derajat satu : robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum
- 2) Derajat dua : robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum, dan otot-otot perineum
- 3) Derajat tiga : robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum, otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat : robekan terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

b. Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti

meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik, perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri.

c. Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum.

11. Inversio Uteri

Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inversio jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Penyebab terjadinya inversio uteri diantaranya:

- a. Grande multipara
- b. Atonia uteri
- c. Kelemahan alat kandungan
- d. Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- e. Cara crade yang berlebihan
- f. Tarikan tali pusat
- g. Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- h. Retensio plasenta.

12. Syok Obstetrik

Syok adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah kedalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebab dari syok obstetrik diantaranya adalah:

- a. Perdarahan
- b. Infeksi berat
- c. Solusio plasenta
- d. Inversio uteri
- e. Emboli air ketuban
- f. Komplikasi anastesi. (Sulistiyawati, 2010)

M. Partograf

1. Pengertian

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I (Marmi, 2012). Partograf digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan

garis bertindak sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010)

2. Penggunaan partograf

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain).
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obysgin, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran)
- d. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka. (Marmi, 2012)

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama yaitu:

a. Denyut jantung janin

Batas normalnya antara 120-160 x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap 1/2 jam selama 1 menit. (Manuaba, 2010)

b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus

Pencatatan dilakukan setiap 1/2 jam. Lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

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

c. Nadi, tekanan darah dan temperatur

- 1) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai
- 2) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai
- 3) Catat temperatur tubuh ibu setiap 4 jam pada kotak yang sesuai. (Saifuddin, 2010)

d. Pembukaan serviks

Pencatatan dilakukan setiap 4 jam. Dinilai pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda (x). (Saifuddin, 2010)

e. Penurunan

Pencatatan dilakukan setiap 4 jam. Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5. Symbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis, beri tanda O yang sesuai pada garis. (Saifuddin, 2010)

f. Produksi urin, aseton dan protein

Pencatatan dilakukan setiap kali ibu berkemih. (Saifuddin, 2013)

g. Air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bercampur darah (Saifuddin, 2013) dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010)

h. Molase (penyusupan tulang kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai

dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambang-lambang sebagai berikut:

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

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (Saifuddin, 2010)

i. Jam dan Waktu

Dijelaskan bahwa dibawah bagian partograf tertera kotak-kotak dibawah angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan. (Saifuddin, 2010)

j. Oksitosin

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

k. Obat-obatan lain dan cairan

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

N. Lima Benang Merah

Terdapat lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis (Mika, 2016). Kelima benang merah yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman, antara lain:

1. Pengambilan Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinik (*clinical decision making*). Dalam keperawatan dikenal dengan proses keperawatan, para bidan menggunakan proses serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan klinik (*clinical decision making*), proses ini memiliki beberapa tahapan mulai dari pengumpulan data, diagnosis, perencanaan dan penatalaksanaan, serta evaluasi, yang merupakan pola pikir yang sistematis bagi para bidan selama memberikan asuhan kebidanan khususnya dalam asuhan persalinan normal.

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

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

- a. Suami, atau keluarga lainnya harus diperkenalkan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.

- b. Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.
- c. Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian air susu ibu harus di anjurkan untuk di kerjakan.
- d. Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
- e. Penolomg persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
- f. Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
- g. Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam mennetukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
- h. Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering di lakukan dan terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila di lakukakn.
- i. Ibu harus di beri privasi bila ibu menginginkan.
- j. Tindakan-tindakan medik yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus di hindari (episiotomi, pencukuran dan klisma).

3. Pencegahan Infeksi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh atau benda asing (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

Sedangkan DTT (Desinfeksi Tingkat Tinggi) merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan seluruh mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi. Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit, dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument. (Wiknjosastro, 2014)

- a. Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

- b. Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

(Wiknjosastro, 2014)

Pencegahan infeksi yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) dianggap dapat bersifat asimtomatik (tanda gejala)

- b. Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- c. Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus diproses secara benar
- d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya telah diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi
- e. Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten

Tindakan-tindakan Pencegahan Infeksi, antara lain:

- a. Cuci tangan

Merupakan prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya, memakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya)

b. Menggunakan teknik aseptis atau aseptik

Teknik aseptik membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan penolong persalinan.

Teknik aseptik meliputi:

- 1) Penggunaan perlengkapan perlindungan pribadi
- 2) Antiseptis
- 3) Menjaga tingkat sterilisasi atau DTT

c. Memakai alat bekas pakai

Tiga proses pokok yang direkomendasikan untuk proses peralatan dan benda-benda lain dalam upaya pencegahan infeksi antara lain:

- 1) Dekontaminasi
- 2) Cuci dan bilas
- 3) Desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi

d. Menangani Peralatan Tajam Dan Aman

Luka akibat benda tajam misalnya jarum, merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B diantara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan pedoman berikut:

- 1) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau desinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan “Daerah Aman” yang sudah ditentukan (daerah

husus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam)

- 2) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja
- 3) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjahit. Jangan pernah meraba ujung jarum jahit dengan tangan
- 4) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan, atau melepaskan jarum yang akan dibuang
- 5) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua pertiga jam penuh jangan dipindahkan. Benda-benda tajam yang sudah disegel harus dibakar dalam insinerator
- 6) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara insenerasi, bilas 3 kali dengan larutan klorin 0,5%, tutup kembali menggunakan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan
- 7) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting . Hal ini karena :

- a. Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien.
- b. Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi diantara petugas kesehatan .
- c. Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari petugas ke petugas yang lain, atau petugas ke fasilitas.
- d. Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan dan perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien .
- e. Memperkuat keberhasilan manajemen, sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain.
- f. Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus .
- g. Dapat digunakan sebagai data statistik, untuk catatan nasional.

h. Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu dan bayi. (Wiknjosastro, 2014)

b) Rujukan

Kaji ulang rencana rujukan pada ibu dan keluarganya selama ibu melakukan kunjungan asuhan antenatal atau awal persalinan (jika mungkin). Jika ibu belum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, maka penting untuk mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya di awal persalinan. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir (Azwar, 2009). Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

a. B (bidan) : pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanaan gawat darurat *Obstetri* dan BBL untuk di bawa ke fasilitas kesehatan.

b. A (alat) : bahwa peralatan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

- c. K (Keluarga) : beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga ke fasilitas rujukan.
- d. S (surat) : berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL. Sertakan juga partigraf yang di pakai untuk membuat keputusan klinik.
- e. O (obat) : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.
- f. K (Kendaraan) : siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

- g. U (uang) : ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- h. Da (darah dan doa) : persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan. (Mika, 2016)



2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa yang dimulai beberapa jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang digunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali dan umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu. (Marmi, 2012)

B. Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 sampai 8 minggu

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan. (Heryani, 2010)

C. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Pengerutan rahim (involusi) merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU (Sulistyawati, 2011). Taksiran kasar pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus uterus adalah sebagai berikut:

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gram.
- 3) Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram.
- 4) Dua minggu post partum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram.
- 5) Enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram. (Marmi, 2012)

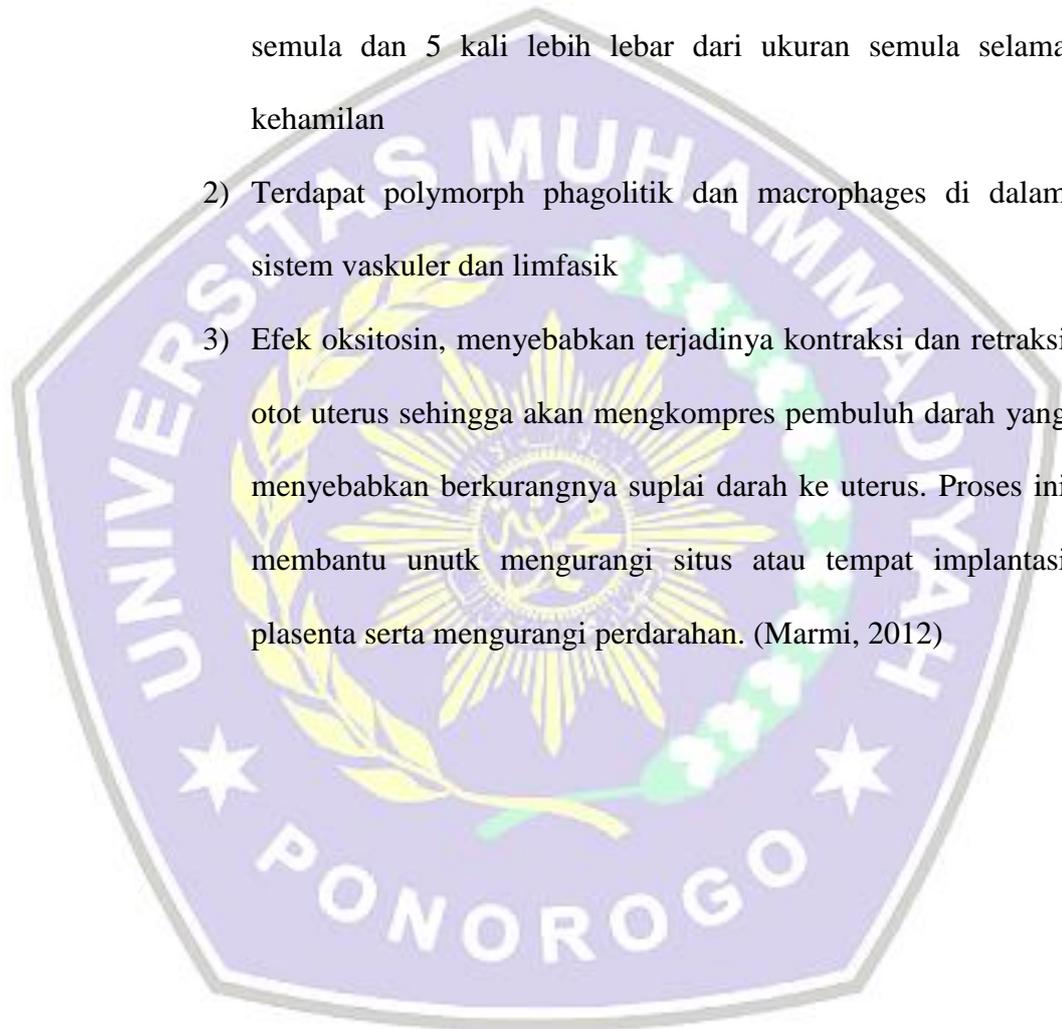
Proses dalam involusi uterus adalah sebagai berikut:

1) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik yang memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga 10 kali panjang semula dan 5 kali lebih lebar dari ukuran semula selama kehamilan

2) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages di dalam sistem vaskuler dan limfasik

3) Efek oksitosin, menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. (Marmi, 2012)



Tabel 2.3
Perubahan Uterus Masa Nifas

No	Waktu Involusi	TFU	Berat Uterus	Diameter uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu minggu	Peretengahan pusat dan simpisis pubis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4.	Dua minggu	Tidak teraba diatas simpisis	300 gram	5 cm	1 cm
5.	Enam minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Mochtar, 2015: 18

b. Vagina

Ukuran vagina akan selalu besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu, meskipun demikian latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian. (Suprijati, 2014).

c. Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh klitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan kanan oleh labia minora. Pada vulva, dibawah klitoris terdapat orifisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin. Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama setelah melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol (Maritalia, 2014).

d. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelum teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada saat postpartum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sulistyawati, 2011).

e. Perubahan pada serviks

Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari. Pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Selain itu, disebabkan hiperplasi dan retraksi serta robekan serviks menjadi sembuh. Namun, setelah involusi berakhir ostium eksternum tidak dapat serupa seperti

sebelum hamil. Vagina yang sangat teregang selama persalinan lambat laun mencapai ukuran yang normal pada minggu ke 3 postpartum rugae mulai nampak kembali. Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. (Vita, 2014)

f. Lokhea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan Lokhea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. (Marmi, 2012)

Tabel 2.4
Macam-Macam Lokhea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (kurenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan sisa mekonium. Lokhea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa plasenta atau selaput ketuban
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Lokhea serosa dan alba yang berlanjut bisa menandakan adanya endometris, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen.
Alba	>14 hari berlangsung 2-6 postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel, desidua, dan sel epitel, selaput lendir serviks serta serabut jaringan yang mati
Purulenta			Terjadi infeksi keluar cairan seperti anah berbau busuk
Lokheastasis			Pengeluaran lokhea yang tidak lancar

Sumber: Pitriani, dkk, 2014: 62

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron juga menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 2-3 hari untuk kembali normal. Menurut Suprijati (2014) beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan ada sistem pencernaan antara lain :

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesik dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus otot dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, anemia sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis, ginjal, dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Pemeriksaan sistoskopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hipereremia dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasi darah pada submukosa. Kurang lebih 40% ibu nifas mengalami protein urine yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai 2 hari postpartum. Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam. Bila kemudian keluhan tak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, bila volume urine <200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih kembali seperti biasa. (Marmi, 2012)

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih dalam 6 minggu. Ligamen, fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi mengecil dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi. Menurut

Heryani (2010) adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Dinding perut dan peritonium

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dan otot-otot rektum abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritonium, fascia tipis dan kulit.

b. Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

c. Striae

Suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat diastasis muskulus rektus abdominis pada ibu postpartum dapat dikaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

5. Perubahan Tanda-tanda Vital

a. Suhu badan

Suhu tubuh wanita inpartu lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan, Kurang lebih pada hari ke 4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan akan pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalis ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38 derajat celsius, waspada terhadap infeksi post partum. (Marmi, 2012)

b. Nadi

Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun takikardi. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit harus diwaspadai kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum (Heryani, 2010).

c. Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 69-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak

berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsi post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi. (Marmi, 2012)

d. Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikuti, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. (Heryani, 2010)

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah melahirkan. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan. Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 200-500 cc,

sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi dalam volume darah dan hemokonsentrasi. Pada ibu dengan persalinan pervaginam, hemokonsentrasi anak naik dan pada persalinan seksio caesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. (Sulistiyawati, 2011)

7. Perubahan Sistem Hematologi

Pada awal postpartum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah. (Marmi, 2012)

Jumlah kehilangan darah yang normal selama persalinan:

- a. Persalinan pervaginam : 300-400 ml
- b. Persalinan section secaria : 1000 ml
- c. Hosterektomi secaria : 1500 ml

Total volume darah kembali normal dalam waktu 3 minggu postpartum. Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama berkisar 25000-30000. (Vita, 2014)

8. Perubahan Sistem Endokrin

- a. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 % dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum. (Heryani, 2010)
- b. Hormon Pituitary. Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita yang tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi. (Sulistyawati, 2011)
- c. Hormon Oksitosin. Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pelepasan plasenta. Kemudian selanjutnya bertindak pada otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal serta pengeluaran air susu. (Vita, 2014)
- d. Hipotalamik Pituitary Ovarium. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu, sedangkan wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu. Umumnya, wanita laktasi 80% menstruasi

pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi. (Vita, 2014)

e. Kadar Estrogen. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Sulistiyawati, 2011).

f. Pemilihan Ovulasi dan Menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu dan tidak terjadi di atas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk 6 bulan, pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu (Kumalasari, 2015).

D. Perubahan Psikologi Masa Nifas

1. Adaptasi Ibu Masa Nifas

Pengalaman menjadi orang tua khususnya menjadi seorang ibu tidaklah selalu menyenangkan bagi setiap wanita atau pasangan suami istri. realisasi tanggung jawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan sering kali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan faktor pemicu munculnya gangguan emosi, intelektual, dan tingkah laku pada seorang wanita (Vivian, dkk, 2012). Reva Rubin membagi adaptasi psikologis ibu pada masa nifas menjadi 3 periode antara lain :

a. Fase Taking In

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekawatirannya akan tubuhnya. Ia mungkin akan terus mengulang cerita tentang pengalaman waktu melahirkannya, tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat. (Suprijati, 2014)

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antar 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. (Suherni, dkk, 2010)

c. Fase Letting Go

- 1) Biasanya periode ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga
- 2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan seksual

3) Depresi postpartum umumnya terjadi pada periode ini (Sulistyawati, 2011).

2. Post Partum Blues

Postpartum Blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya.

3. Depresi Postpartum

Keadaan ini disebabkan wanita selama kehamilan dan bayi lahir. Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan postpartum karena belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan menyusui bayinya. Kesedihan dan kemurungan ini akan hilang dengan sendirinya dalam 2 minggu setelah melahirkan ketika ibu telah melewati masa adaptasi.

E. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25 %, karena berguna untuk proses kesembuhan pasca melahirkan serta untuk memproduksi ASI yang cukup untuk menyetatkan bayi. Kebutuhan akan meningkat 3 kali lipat dari biasanya (Eni, dkk, 2010). Ibu yang berada pada masa nifas

dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke-7 dan selanjutnya. Ibu juga dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Tablet besi masih tetap diminum untuk mencegah anemia, minimal sampai 40 hari postpartum. Vitamin A (200.00 IU) dianjurkan untuk mempercepat proses penyembuhan pasca melahirkan dan menyalurkan ke bayi melalui ASI (Martalia, 2014).

2. Eliminasi

a. Miksi

Disebut normal apabila buang air kecil spontan 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dapat dilakukan tindakan:

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien
- 2) Mengompres air hangat diatas simpisis (Eni, dkk, 2010)

b. Defekasi

Buang air besar biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkan karena enema prapersalinan, diit cairan, obat-obatan analgesik selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Heryani, 2010).

3. Kebersihan diri

a. Perawatan perineum

Setelah BAK dan BAB perineum harus dibersihkan secara rutin menggunakan air bersih. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu, bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. (Eni, dkk, 2010)

b. Perawatan payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara
- 2) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet
- 3) Apabila lecet sangat besar istirahatkan payudara selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok
- 4) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan parasetamol 1 tablet setiap 4-6 jam. (Eni, dkk, 2010)

4. Ambulasi Dini

Ambulasi dini/ Early Ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Ambulasi dini tidak

dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum dengan keuntungan sebagai berikut:

- a. Klien merasa lebih baik, sehat dan kuat
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
- c. Dapat memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan, selama ibu masih dalam perawatan. (Sulistyawati, 2011)

5. Istirahat

Seorang ibu yang baru melahirkan akan merasa cemas mengenai apakah ia mampu merawat anaknya atau tidak. Anjurkan ibu cukup istirahat dan mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan serta tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurangnya istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI, memperlambat proses involusi uteri, dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Eni, dkk, 2010)

6. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan luka episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada minggu ke 3-4 postpartum. Pada bulan pertama, hasrat seksual ibu akan berkurang serta orgasme yang

menurun. Secara fisik aman untuk memulai hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan seksual. (Eni, dkk, 2010)

7. Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama sampai dengan hari ke-10 setelah melahirkan dan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula. Menurut Heryani (2010), senam nifas memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b. Mempercepat proses involusi uteri
- c. Memperkuat dan mempertahankan otot-otot dinding perut, ligamen, otot dasar panggul dan sebagainya yang berhubungan dengan proses persalinan
- d. Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
- e. Memperlancar pengeluaran laktasi
- f. Membantu mengurangi rasa sakit
- g. Merelaksasikan otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- h. Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

F. Komplikasi Masa Nifas

1. Postpartum Hemorrhage

Postpartum Hemorrhage didefinisikan sebagai keluarnya darah yang melebihi 500 ml setelah bersalin (Nugroho, 2012). Postpartum Hemorrhage diklasifikasikan menjadi Postpartum Hemorrhage primer dan sekunder. Awal, akut, atau primer terjadi dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Terlambat atau sekunder terjadi lebih dari 24 jam tapi kurang dari 6 minggu setelah persalinan (Anggraini, 2010).

Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini, diantaranya adalah:

- a. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine. Darah juga tersebar pada spon, handuk, dan kain didalam ember dan lantai.
- b. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia.
- c. Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat diperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Manajemen aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita

yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat antonia uteri.

2. Infeksi Masa Nifas

Infeksi masa nifas atau sepsis puerpuralis adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (rupture membrane) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut, nyeri pelvis, demam 38°C atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni, dkk, 2009)

3. Keadaan Abnormal Payudara

- a. Bendungan ASI. Disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI. Keluhan payudara bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat
- b. Mastitis dan Abses Mammarum. Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri lokal pada mammarum, pematatan mammarum dan terjadi perubahan warna kulit mammarum (Heriyani, 2010).

G. Kunjungan Masa Nifas

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu:
 - a. KF I: 6 jam- 3 hari setelah melahirkan
 - b. KF II : hari ke 4-28 setelah melahirkan
 - c. KF III: hari ke 29-42 setelah melahirkan. (Kemenkes RI, 2015)

2. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu nifas meliputi:
 - a. Menanyakan kondisi ibu secara umum
 - b. Pengukuran TTV
 - c. Pemeriksaan lochea dan perdarahan
 - d. Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
 - e. Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
 - f. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
 - g. Pemberian kapsul Vitamin A
 - h. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
 - i. Konseling
 - j. Tatlasana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
 - k. Memberikan nasehat berupa:
 - 1) Makan makanan yang mengandung karbohidrat, protein, sayur dan buah-buahan
 - 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas
 - 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin
 - 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
 - 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar , harus menjaga kebersihan luka bekas operasi

- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan
- 7) Perawatan bayi yang benar
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress
- 9) Lakukan simulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan unntuk pelayanan KB setelah persalinan. (Kemenkes RI, 2015)

H. Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam)
2. Pengeluaran cairan vaginal dnegan bau busuk yang keras
3. Rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit pada saat buang air seni, atau merasa tidak enak badan
6. Payudara yang memerah, panas, atau sakit
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
8. Rasa sakit, warna merha, kelembutan, atau pembengkakan pada kaki

9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya
10. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah. (Pitriani, 2014)

I. Cara Menyusui yang Benar

1. Macam Posisi Menyusui

Menurut Marmi (2015) tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu memperkuat reflek menghisap bayi.

Macam posisi bayi saat menyusui diantaranya adalah:

- a. Posisi madona atau menggendong: bayi berbaring menghadap ibu, leher dan punggung atas bayi diletakkan pada lengan bawah lateral payudara. Ibu menggunakan tangan lainnya untuk memegang payudara jika diperlukan.
- b. Posisi football atau mengepit: bayi berbaring atau punggung melingkar antara lengan dan samping dada ibu. Lengan bawah dan lengan ibu menyangga bayi, dan ia menggunakan tangan sebelahnya untuk menyangga payudara jika diperlukan.
- c. Posisi berbaring miring: ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi yang paling aman bagi ibu yang mengalami penyembuhan dari proses persalinan dengan pembedahan.

2. Tahapan Tatalaksana Menyusui

- a. Posisi badan ibu dan bayi
 - 1) Ibu harus duduk atau berbaring dengan santai

- 2) Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala
- 3) Putar seluruh badan bayi sehingga menghadap ke ibu
- 4) Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara ibu
- 5) Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu
- 6) Dengan posisi ini maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
- 7) Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu bagian dalam

b. Posisi mulut bayi dan puting susu ibu

- 1) Keluarkan ASI sedikit dan oleskan pada puting susu dan areola
- 2) Pegang payudara dengan pegangan seperti membentuk huruf C yaitu payudara dipegang dengan ibu jari dibagian atas dan jari yang lain menopang dibawah atau dengan pegangan seperti gantung (puting susu dan areola dijepit oleh jari telunjuk dan jari tangan seperti gunting) dibelakang areola
- 3) Sentuh pipi atau bibir bayi untuk merangsang rooting refleks (refleks menghisap)
- 4) Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar, dan lidah menjulur kebawah
- 5) Dengan cepat dekatkan bayi ke payudara ibu dengan menekan bahu belakang bayi bukan kepala bayi

- 6) Posisikan puting susu diatas bibir atas bayi dan berhadapan dengan hidung bayi
 - 7) Kemudian arahkan puting susu keatas menyusuri langit-langit mulut bayi
 - 8) Usahakan sebagian besar areola masuk kemulut bayi, sehingga puting susu berada diantara pertemuan langit-langit yang keras (palatum durum) dan langit-langit yang lunak (palatum molle)
 - 9) Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar
 - 10) Setelah bayi menyusu atau menghisap dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi
 - 11) Beberapa ibu sering meletakkan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas. Hal ini tidak perlu karena hidung bayi telah dijauhkan dari payudara dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu
 - 12) Dianjurkan tangan ibu yang bebas untuk mengelus-elus bayi.
3. Tanda- Tanda Posisi Bayi Menyusu dengan Baik
- a. Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu
 - b. Dagu bayi menempel pada payudara ibu
 - c. Dada bayi menempel pada dada ibu yang berada didasar payudara (payudara bagian bawah)

- d. Telinga bayi berada pada satu garis dengan leher dan lengan bayi
 - e. Mulut bayi terbuka lebar dengan bibir bagian bawah yang terbuka
 - f. Hidung bayi mendekati kadang-kadang menyentuh payudara ibu
 - g. Mulut bayi mencakuo sebanyak mungkin areola (tidak hanya puting saja), sehingga sebagian besar areola tidak tampak
 - h. Lidah bayi menopang puting susu dan areola bagian bawah
 - i. Bibir bawah bayi melengkung keluar
 - j. Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang-kadang disertai berhenti sesaat
 - k. Terkadang terdengar suara bayi menelan
 - l. Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui
 - m. Puting susu tidak terasa lecet atau sakit
4. Cara menciptakan praktik menyusui yang baik
- a. Posisi yang benar
 - b. Perlekatan harus benar
 - c. Tidak diberi botol atau empeng
 - d. Menghisap sesering mungkin meningkatkan produksi ASI
 - e. Perhatikan cara menyusui yang efektif

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (Neonatus)

A. Pengertian Bayi Baru Lahir (Neonatus)

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37- 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, dkk, 2010).

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir (Muslihatun, 2013).

Neonatus adalah masa kehidupan pertama diluar rahim sampai dengan usia 28 hari. Terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim menjadi luar rahim. (Mochtar, 2012)

B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir (Neonatus)

Bayi baru lahir memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan 11-12 cm
7. Frekuensi jantung 120-160x/menit
8. Pernafasan 40-60x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup

10. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR >7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. Genetalia :
 - a) Perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, labia mayora sudah menutupi labia minora.
 - b) Laki-laki kematangan ditandai dengan testis sudah turun pada skrotum dan penis yang berlubang
16. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
17. Reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek Graps atau menggenggam sudah baik
19. Reflek rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
20. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan (Dewi, 2011)

C. Tanda APGAR SKOR

Penilaian APGAR didasarkan pada 5 aspek yaitu usaha bernafas, frekuensi jantung, reaksi terhadap rangsangan, tonus otot, dan warna kulit. Tes APGAR dilakukan sebanyak 3 kali pada menit ke 1, 5 dan

10 setelah bayi lahir. Tes ini memberikan skor 0 sampai 2 pada setiap pemeriksaan. Nilai 0 untuk keadaan yang buruk, nilai 1 untuk keadaan normal, dan nilai 2 untuk keadaan baik (Priyono, 2010)

Tabel 2.5
Penilaian APGAR SKOR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/ biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimance (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis

Sumber : *American Academy Of Pediatric, 2010: 23*

Interprestasi:

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

D. Klasifikasi Bayi Baru Lahir (Neonatus)

1. Berdasarkan usia kehamilan
 - a. Neonatu kurang bulan (peterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu)
 - b. Neonatus cukup bulan (term infant) : 259- 294 hari (37-42 minggu)
 - c. Neonatus lebih bulan (posterm infant) : lebih dari 294 hari (42 minggu atau lebih)

2. Berdasarkan berat lahir
 - a. Neonatus berat lahir rendah : <2500 gram
 - b. Neonatus berat lahir cukup : antara 2500-4000 gram
 - c. Neonatus berat lahir lebih : > 4000 gram (Muslihatun, 2010: 46)
3. Menurut berat lahir terhadap masa gestasi
 - a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan : NCB/NKB/NLB
 - d. Neonatus sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan : SMK/KMK/BMK (Muslihatun, 2010).
4. Menurut usia kelahiran:
 - a. Neonatus Dini : bayi berumur 0 (bayi baru lahir) sampai dengan usia 7 hari.
 - b. Neonatus Lanjut : bayi berumur 7 hari sampai dengan usia 28 hari (1 bulan) (Astuti, 2015).

E. Periode Transisi Bayi Baru Lahir (Neonatus)

Masa transisi merupakan masa yang mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respon parasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltik). Menurut Wayan, dkk (2017) periode ini terbagi menjadi 3, diantaranya yaitu:

1. Reaktivitas 1 (The First Period of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit.

Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas.

Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis terkejut atau terpaku, setiap usaha dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu dengan membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui dalam periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bunyi usu ini menandakan sistem pencernaan yang telah berfungsi dengan baik. Keluar kotoran dengan sendirinya tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltik tetapi hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

2. Fase tidur (Period Of Unresponsive Sleep)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang,. Jika mungkin, bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan diluar uterine.

3. Periode reaktivitas II (The Second Period Of Reactivity)/ Transisi ke-II

Berlangsung selama 2-6 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 serta 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 harus diajari cara menyendawakan bayinya. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti esofagial atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda, sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh.

F. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir (Neonatus)

1. Sistem Pernafasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya dan akan menghilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena

terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, bayi memulai aktivitas bernafas untuk yang pertama kalinya. Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivasi nafas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali nafas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan nafas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. (Elisabeth, dkk, 2016)

2. Perubahan Sirkulasi

Pada waktu bayi lahir, terjadi pelepasan dari plasenta secara mendadak, tekanan atrium kanan menjadi rendah, tahanan pembuluh darah sistemik naik dan pada saat yang sama paru mengembang. Tahanan vaskular paru menyebabkan penutupan foramen ovale. Penutupan duktus arteriosus secara fisiologi terjadi pada umur 10-15 jam yang disebabkan kontraksi otot-otot polos pada akhir arteri pulmonalis dan secara anatomis pada usia 2-3 minggu. Adaptasi kardiovaskuler/ sistem sirkulasi sebagai berikut:

a. Menutupnya foramen ovale, dimana oksigen di paru:

- 1) Resistensi vaskuler di paru menurun
- 2) Tekanan pada jantung kanan menurun
- 3) Tekanan pada jantung kiri meningkat
- 4) Menyebabkan foramen tertutup dalam beberapa jam sampai beberapa bulan

b. Menutupnya duktus arteriosus

Tekanan O_2 meningkat pada pernafasan pertama, yang menyebabkan konstriksi duktus arteriosus dalam 15 jam sampai 3 minggu

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

3. Sistem Termoregulasi

Sesaat sesudah bayi lahir ia akan berada ditempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila terus dibiarkan dalam suhu kamar $25^{\circ}C$ maka bayi akan kehilangan panas melauai evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/ menit.

1) Konveksi : hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi. Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat dengan jendela, atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin (Dewi, 2011).

2) Konduksi : pindahnya panas tubuh bayi karena kontak langsung dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya popok basah yang tidak langsung diganti (Elisabeth, dkk, 2016).

3) Radiasi : kehilangan panas tubuh bayi akibat memancarnya panas ke lingkungan sekitar yang lebih dingin. Sebagai contoh,

membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok) (Dewi, 2011).

4) Evaporasi : penguapan cairan ketuban yang membasahi kulit bayi, misalnya ketika BBL tidak langsung dikeringkan dari air ketuban. (Elisabeth, dkk, 2016)

4. Perubahan pada darah

1) Kadar hemoglobin (Hb)

Bayi dilahirkan dengan kadar Hb yang tinggi. Konsentrasi Hb normal dengan rentang 13,7-20 gr %. Hb yang dominan pada bayi adalah hemoglobin F yang secara bertahap akan mengalami penurunan selama 1 bulan. Hb bayi memiliki daya ikat (afinitas) yang tinggi terhadap oksigen, hal ini merupakan efek yang menguntungkan bagi bayi. Selama beberapa hari pertama kehidupan, kadar Hb akan mengalami peningkatan sedangkan volume plasma menurun dan mengakibatkan kadar hematokrit (Ht) mengalami peningkatan. Kadar Hb selanjutnya akan mengalami penurunan secara terus menerus selama 7-9 minggu. Kadar Hb bayi usia 2 bulan normal adalah 12 gr%.

2) Sel darah merah

Sel darah merah BBL memiliki usia yang sangat singkat yaitu 80 hari jika dibandingkan dengan orang dewasa yaitu 120 hari.

Pergantian sel yang sangat cepat ini akan menghasilkan lebih banyak sampah metabolik, termasuk bilirubin yang harus dimetabolisme. Kadar bilirubin yang berlebihan ini menyebabkan ikterus fisiologis yang terlihat pada BBL, oleh karena itu ditemukan hitung retikulosit yang tinggi pada BBL, hal ini mencerminkan adanya pembentukan sel darah merah dalam jumlah tinggi.

3) Sel darah putih

Jumlah sel darah rata-rata memiliki rentang mulai dari 10.000-30.000/ mm². Peningkatan lebih lanjut dapat terjadi pada BBL normal selama 24 jam pertama kehidupan. Periode menangis yang lama juga dapat menyebabkan hitung sel darah putih meningkat. (Elisabeth, dkk, 2016)

5. Sistem Gastrointestinal

Setelah bayi lahir gerakan usus mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus positif. Syarat pemberian minum adalah sirkulasi baik, bisung usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonium positif, tidak ada muntah dan sesak nafas. Refleks gumoh dan refleks batuk sudah terbentuk saat bayi lahir. Kemampuan bayi untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas. Hubungan antara esofagus dan lambung masih terbatas (30 cc). 2-3 hari pertama kolon berisi mekonium yang lunak berwarna hijau kecoklatan, yang berasal dari

saluran usus dan tersusun atas mucus dan sel epidermis. Beberapa jam sebelum lahir usus masih steril, tetapi setelah itu bakteri menyerbu masuk. Pada hari ke-3 atau ke-4 mekonium menghilang (Deslidel, 2011).

6. Sistem Imun

Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. Contoh kekebalan alami diantaranya:

- 1) Perlindungan dari membran mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran nafas
- 3) Pembentukan koloni mikroba dikulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

(Elisabeth, dkk, 2016)

7. Sistem Urinaria

Pada saat lahir, fungsi ginjal sebanding dengan 30%-50% dari kapasitas dewasa dan belum cukup matur untuk memekatkan urine.

Namun demikian, urine terkumpul dalam kandung kemih. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam. Volume urine bayi baru lahir adalah 15-60 ml/24 jam, dengan frekuensi 2-6 kali sampai 20 kali perhari. Penting untuk mencatat saat berkemih pertama kali.

Bayi baru lahir sukar memekatkan air kemih (urine), tetapi kemampuan mengencerkan urine seperti orang dewasa. Bila terjadi

anuria harus dilaporkan, karena hal ini mungkin menandakan anomaly congenital dari sistem urinaria (Maryunani, 2010).

G. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir (Neonatus)

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi diperoleh dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi diperoleh dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. (Marmi, 2012). Kebutuhan cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel berikut:

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 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber: Saifuddin, 2013: 38

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan bewarna biasa (Marmi, 2012). Fases pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke-3 hingga ke-5 kelahiran, fases mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urine pertama dikeluarkan

dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, *et all*, 2009)

3. Psikososial

Kontak kulit dan kulit membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik (Sifuddin, 2010). BBL waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mempertahankan informasi tentang lingkungannya. (Fraser, *et all*, 2009)

4. Istirahat dan Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam. Pada umumnya bayi bangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Sulistyawati, 2010).

5. Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering.

Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau 2 kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara. Yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Winarsih, 2010).

6. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun, adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2013).

H. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir (Neonatus)

Tanda-tanda yang harus diwaspadai, diantaranya:

1. Suhu terlalu panas $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$
2. Pernafasan sulit atau >60 x/menit, retraksi dada saat inspirasi
3. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
4. Kulit atau bibir biru (pucat), memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
5. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
6. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah

7. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/berdarah
8. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang
9. Menangis terus menerus
10. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan (Muslihatun,2010).

I. Kunjungan Bayi Baru Lahir (Neonatus)

1. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang harus dilakukan dalam kunjungan ini adalah:

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

2. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke 3-7 setelah lahir. Hal yang harus dilakukan dalam kunjungan ini adalah:

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

3. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke 8-28 setelah lahir. Hal yang harus dilakukan dalam kunjungan ini adalah:

- a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
- b. Jaga kehangatan tubuh bayi
- c. Berikan ASI eksklusif
- d. Rawat tali pusat (Walyani, 2015).

J. Kebutuhan Kesehatan Bayi Baru Lahir

1. Pencegahan infeksi tali pusat

Perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam menjaga tali pusat dengan menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum merawat tali pusat. Bersihkan dengan lembut kulit disekitar tali pusat dengan kapas basah (Prawirohardjo, 2014).

2. Pemberian ASI

Komponen ASI diproduksi secara alami oleh ibu dan sebagai nutrisi dasar terlengkap untuk bayi selama beberapa bulan pertama kehidupan bayi. Sebaiknya ASI diberikan secara langsung atau secara eksklusif kepada bayi umur 0-6 bulan tanpa tambahan susu formula maupun makanan tambahan lainnya (Fraser, *et all*, 2009).

3. Rawat Gabung

Rawat gabung adalah suatu cara perawatan yang menyatukan ibu serta bayinya dalam satu ruangan, kamar, atau suatu tempat secara bersama-sama dan tidak dipisahkan selama 24 jam penuh dalam seharinya (Dewi, 2011).

K. Perawatan Bayi Sehari-hari

Menurut Prawirohardjo (2014) :

1. Mata bayi harus selalu diperiksa untuk melihat tanda-tanda infeksi. Mata dan muka sebaiknya diseka dengan air steril, muka sebaiknya diseka setiap sesudah minum susu.
2. Mulut diperiksa untuk melihat kemungkinan infeksi kandida (Oral Trus) bila ditemukan, hendaknya segera diobati dengan larutan gentian violet 1% yang baru dibuat dengan larutan Nystatin yang langsung diteteskan dimulut bayi.
3. Kulit, terutama dilipatan (paha, leher, belakang telinga, ketiak) harus selalu bersih dan kering.
4. Tali pusat, pada umumnya tali pusat akan puput pada waktu bayi berumur 6-7 hari. Bila tali pusat belum puput maka setiap sesudah mandi tali pusat harus dibersihkan dan dikeringkan dengan betadine atau alcohol 7%
5. Kain popok harus segera diganti setiap kali basah karena air kencing/tinja. Pantat bayi dibersihkan dengan air bersih dan

dikeringkan. Bila pantat terinfeksi sebaiknya gunakan air pembersih pantat ditambah dengan zat aseptik.

6. Sebelum tali pusat lepas, sebaiknya bayi diseka dengan air bersih tapi karena kepercayaan, adat bayi harus dimandikan sejak lahir, maka sebaiknya ia dimandikan pada waktu berumur 6 jam.

(Maryunani, 2015)



2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

A. Pengertian KB

Keluarga berencana (Family Planning, Planned Parenthood): suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mega, 2017). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding Rahim (Mulyani, dkk, 2013).

B. Macam-Macam Metode KB

1. Pelayanan Kontrasepsi Dengan Metode Sederhana

a. Tanpa Alat

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan atau minuman tambahan hingga usia 6 bulan (Mulyani, dkk, 2013).

a) Cara kerja

Cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotropin melepaskan hormon

penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar esterogen sehingga tidak terjadi ovulasi. (Kurnia, 2013)

b) Efektifitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98% apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut; digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca bersalin dan menyusui secara eksklusif. Efektifitas metode ini sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui. (Affandi, 2010)

c) Keuntungan MAL

(1) Keuntungan kontrasepsi

- (a) Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- (b) Tidak mengganggu saat berhubungan seksual.
- (c) Segera efektif bila digunakan secara benar.
- (d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (e) Tidak perlu pengawasan medis
- (f) Tidak perlu obat atau alat
- (g) Tanpa biaya (Hidayati, 2012).

(2) Keuntungan Nonkontrasepsi

Bagi bayi:

- (a) Mendapatkan kekebalan pasif (mendapat perlindungan antibody melalui ASI).
- (b) Merupakan asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- (c) Bayi terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai

Bagi ibu:

- (a) Dapat mengurangi perdarahan pasca persalinan.
- (b) Dapat mengurangi risiko anemia.
- (c) Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi. (Siti dkk, 2013)

d) Kelemahan Metode MAL

Perlu persiapan dan perawatan sejak awal kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan

- (1) Sulit dilaksanakan karenan kondisi sosial.
- (2) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

(3) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV/AIDS dan virus Hepatitis B/HBV. (Siti dkk, 2013)

e) Ibu yang Dapat Menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan. (Kurnia, 2013)

f) Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL

- (1) Sudah mendapat haid setelah melahirkan.
- (2) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif.
- (3) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan.
- (4) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah. (Affandi, 2012)

g) Hal-hal yang perlu diketahui oleh ibu yang menggunakan metode MAL. Antara lain:

- (1) Seberapa sering seorang ibu harus memberikan ASInya kepada bayi.
- (2) Bayi disusui secara on demand (menurut kebutuhan bayi).
- (3) Waktu antara 2 pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam.

(4) Ibu tetap memberikan ASInya pada malam hari karena menyusui pada malam hari membantu mempertahankan kecukupan persediaan ASI.

(5) Biarkan bayi menghisap sampai bayi sendiri yang melepaskannya.

(6) ASI dapat disimpan dalam freezer. (Siti dkk, 2013)

2) Senggama terputus (Coitus Interruptus)

Senggama terputus (coitus Interruptus) adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. (Saifuddin, 2010)

a) Cara Kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina, maka tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah. Ejakulasi di luar vagina untuk mengurangi kemungkinan air mani mencapai rahim (Marmi, 2016)

b) Efektifitas

Metode coitus interruptus akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka

kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. (Siti dkk, 2013)

c) Keterbatasan

Metode coitus interruptus ini mempunyai keterbatasan, antara lain:

- (1) Sangat tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama senggama.
- (2) Memutuskan kenikamatan dalam berhubungan seksual (orgasme)
- (3) Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus
- (4) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual
- (5) Kurang efektif untuk mencegah kehamilan.

(Marmi, 2016)

d) Manfaat

- (1) Manfaat kontrasepsi:
 - (a) Efektif bila dilakukan dengan benar.
 - (b) Tidak mengganggu produksi ASI.
 - (c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
 - (d) Tidak ada efek samping
 - (e) Dapat digunakan setiap waktu

- (f) Tidak membutuhkan biaya
- (2) Manfaat non kontrasepsi
 - (a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
 - (b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

(Saifuddin, 2010)

3) Metode Kalender

Metode kalender atau dikenal sebagai metode Knaus Ogino bergantung pada perhitungan hari untuk mengkira-kira kapan jauhnya fase subur.

a) Manfaat

- (1) Manfaat kontrasepsi sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan.
- (2) Manfaat konsepsi dapat digunakan oleh para pasangan untuk melakukan hubungan seksual saat masa subur untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil.

b) Keuntungan

- (1) Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana.
- (2) Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat.

(3) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.

(4) Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual

c) Keterbatasan

(1) Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.

(2) Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.

(3) Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus.

(4) Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).

d) Efektifitas

Metode kalender akan lebih efektif bila dilakukan dengan baik dan benar. Angka kegagalan penggunaan metode kalender adalah 14 per 100 wanita per tahun.

e) Perhitungan Masa Subur

Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal enam kali siklus berturut-turut.

(1) Bila haid teratur (28 hari)

Hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagai hari ke-1 dan masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke-16 dalam siklus haid.

(2) Bila haid tidak teratur

Jumlah hari terpendek dalam 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

(a) Hari pertama masa subur = Jumlah hari terpendek - 18

(b) Hari terakhir masa subur = Jumlah hari terpanjang - 11

4) Metode Suhu Basal

Suhu tubuh basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Pengukuran suhu basal dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas lainnya. Tujuan pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa subur/ovulasi. Suhu basal tubuh diukur dengan alat yang berupa termometer basal. Termometer basal ini dapat digunakan secara

oral, per vagina, atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi serta waktu yang sama selama 5 menit. Suhu normal tubuh sekitar 35,5-36 derajat Celcius. Pada waktu ovulasi suhu akan turun terlebih dahulu dan naik menjadi 37-38 derajat kemudian tidak akan kembali pada suhu 35 derajat Celcius. Pada saat itulah terjadi masa subur/ovulasi (Mega, dkk, 2017)

a) Manfaat

(1) Manfaat konsepsi Metode suhu basal tubuh berguna bagi pasangan yang menginginkan kehamilan.

(2) Manfaat kontrasepsi Metode suhu basal tubuh berguna bagi pasangan yang menginginkan menghindari atau mencegah kehamilan.

b) Efektifitas

Metode suhu basal tubuh akan efektif bila dilakukan dengan benar dan konsisten. Tingkat keefektifan metode suhu tubuh basal sekitar 80 persen atau 20-30 kehamilan per 100 wanita per tahun. Secara teoritis angka kegagalannya adalah 15 kehamilan per 100 wanita per tahun.

c) Keuntungan

- (1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pada pasangan suami istri tentang masa subur/ovulasi.
- (2) Membantu wanita yang mengalami siklus haid tidak teratur mendeteksi masa subur/ovulasi.
- (3) Membantu menunjukkan perubahan tubuh lain pada saat mengalami masa subur/ovulasi seperti perubahan lendir serviks.

d) Keterbatasan

- (1) Memerlukan konseling dan KIE dari tenaga medis.
- (2) Suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh penyakit gangguan tidur, merokok, alkohol, stress, penggunaan narkoba maupun selimut elektrik.
- (3) Pengukuran suhu tubuh harus dilakukan pada waktu yang sama.
- (4) Tidak mendeteksi awal masa subur.

5) Metode Lendir Serviks

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengetahui masa subur dari siklus

menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi.

a) Manfaat

Metode mukosa serviks bermanfaat untuk mencegah kehamilan yaitu dengan berpantang senggama pada masa subur

b) Efektifitas

Keberhasilan metode ovulasi billings ini tergantung pada instruksi yang tepat. Angka kegagalan dari metode mukosa serviks sekitar 3-4 perempuan per 100 perempuan per tahun.

c) Kelebihan

- (1) Mudah digunakan.
- (2) Tidak memerlukan biaya.
- (3) Metode mukosa serviks merupakan metode keluarga berencana alami. (Mega, dkk, 2017)

d) Keterbatasan

- (1) Tidak efektif bila digunakan sendiri
- (2) Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi
- (3) Wanita yang menghasilkan sedikit lendir

2. Pelayanan Kontrasepsi Dengan Metode Sederhana

a. Kondom

1) Definisi

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya karet (lateks), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis untuk menampung sperma ketika seorang pria mencapai ejakulasi saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal yang digulung berbentuk rata. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, yaitu 0.02 mm. (Dewi, 2013)

2) Jenis Kondom

- a) Kondom biasa
- b) Kondom berkontur
- c) Kondom dengan aroma
- d) Kondom tidak beraroma. (Affandi, 2014)

3) Cara kerja kondom

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga

sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. (Dewi, 2013)

4) Efektifitas Kondom

Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun. (Affandi, 2014)

5) Manfaat Kondom

Manfaat kondom secara kontrasepsi antara lain:

- a) Efektif bila pemakaian benar.
- b) Tidak mengganggu produksi ASI pada ibu menyusui.
- c) Tidak mengganggu kesehatan pasien.
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- e) Murah dan tersedia di berbagai tempat
- f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

Manfaat kondom secara non kontrasepsi antara lain:

- a) Adanya peran serta suami untuk ber-KB.
- b) Dapat mencegah penularan Penyakit Menular Seksual.
- c) Mencegah ejakulasi dini
- d) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks

- e) Memperkuat interaksi antar pasangan
- f) Mencegah imuno infertilitas. (Saifuddin, 2010)

6) Keterbatasan Kondom

- a) Efektifitas tidak terlalu tinggi
- b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- c) Agak mengganggu hubungan seksual
- d) Menyebabkan kesulitan untuk menahan ereksi
- e) Harus selalu tersedia saat ingin berhubungan
- f) Pembuangan kondom dapat menjadi limbah.

(Affandi, 2014)

7) Cara Penggunaan Kondom

- a) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual
- b) Jangan membuka kemasan dengan menggunakan gigi, benda tajam (pisau, gunting, dll)
- c) Pasang kondom pada saat ereksi
- d) Bila kondom tidak ada tempat untuk menampung, maka saat memakai longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan
- e) Kondom dilepas sebelum penis melembek

- f) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis dicabut dan lepas kondom diluar vagina
- g) Gunakan kondom hanya sekali pakai
- h) Buang kondom pada tempat yang aman
- i) Sediakan kondom dalam jumlah cukup dirumah dan simpan ditempat yang sejuk
- j) Jangan gunakan kondom apabila kemasan robek
- k) Jangan menggunakan minyak goreng, minyak mineral atau pelumas karena akan segera merusak kondom (Kurnia, 2013).

3. Pelayanan Kontrasepsi Dengan Metode Modern

a. Kontrasepsi Hormonal

1) Oral Kontrasepsi

a) Pil Kombinasi

(1) Pengertian

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormone estrogen dan progesterone (Mulyani, dkk, 2013).

(2) Jenis-Jenisnya

- (a) Monofasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif

estrogen/progesteron dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(b) Bifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan 2 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(c) Trifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(Affandi, 2014)

(3) Cara kerja

(a) Menekan ovulasi.

(b) Mencegah implantasi.

(c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.

(d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. (Saifuddin, 2010)

(4) Manfaat

(a) Memiliki efektifitas yang tinggi (hampir menyerupai efektifitas tubektomi).

(b) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah

haid berkurang tidak terjadi nyeri haid.

(c) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin mencegah kehamilan.

(d) Dapat digunakan sejak remaja sampai menopause

(e) Mudah dihentikan setiap saat.

(f) Kesuburan segera kembali setelah dihentikan.

(g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, dismenore, acne. (Affandi, 2014)

(5) Keterbatasan

(a) Mahal dan membosankan karena harus digunakan setiap hari

(b) Mual terutama pada 3 bulan pertama

(c) Perdarahan atau bercak dalam 3 bulan pertama

(d) Pusing, nyeri payudara

(e) Berat badan naik sedikit tapi pada perempuan tertentu

(f) Amenorea

(g) Tidak boleh pada ibu menyusui

- (h) Meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan
 - (i) Tidak mencegah IMS. (Saifuddin, 2010)
- (6) Yang dapat menggunakan pil kombinasi
- (a) Usia reproduksi
 - (b) Telah memiliki anak atau belum
 - (c) Anemia
 - (d) Nyeri haid hebat
 - (e) Siklus haid tidak teratur
 - (f) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
 - (g) Kelainan payudara jinak
 - (h) Riwayat kehamilan ektopik
 - (i) Varises Vena
 - (j) Menderita tuber colosi
 - (k) Penyakit tiroid, radang panggul, endometritis, dan tumor ovarium jinak
 - (l) Kencing manis tanpa komplikasi. (Affandi, 2014)
- (7) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi:
- (a) Hamil atau dicurigai hamil
 - (b) Menyusui eksklusif
 - (c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya

- (d) Penyakit hati akut (hepatitis)
 - (e) Perokok dengan usia >35 tahun
 - (f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg
 - (g) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun
 - (h) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
 - (i) Migrain dan gejala neurologic fokal
 - (j) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari. (Saifuddin, 2010)
- (8) Waktu Mulai Menggunakan Pil Kombinasi
- (a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan bahwa seorang perempuan tersebut tidak hamil
 - (b) Hari ke1-7 siklus menstruasi
 - (c) Boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain mulai hari ke 8-14
 - (d) Setelah melahirkan, setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif; setelah 3 bulan dan tidak menyusui; pasca keguguran
 - (e) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil

kombinasi, pil langsung dapat diberikan tanpa perlu menunggu haid. (Affandi, 2014)

b) Pil Oral Progestin (Minipil)

(1) Jenis Pil Progestrin

(a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretrindon.

(b) Kemasan dengan isi 28 pil 75 mg desegostel.
(Affandi, 2014)

(2) Cara kerja Pil Progestrin

(a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)

(b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

(c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

(d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Dewi, 2013).

(3) Efektifitas Pil Progestrin

Pil progestin atau mini pil sangat efektif (98,5%) . pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu/dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal, karena dapat mengakibatkan kehamilan sangat besar. Perlu dihindari penggunaan

obat mukolitik asetilsistein karena dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dapat terganggu. (Affandi, 2014)

(4) Keterbatasan

(j) Hampir 30-60% mengalami gangguan menstruasi (perdarahan sela, spotting, amenore)

(k) Peningkatan berat badan

(l) Dipengaruhi oleh aktivitas androgenic Levonorgestrel yang menyebabkan peningkatan nafsu makan bagi pengguna mini pil

(m) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama (sebaiknya malam hari)

(n) Perubahan pada mucus serviks agar dapat memberikan efek membutuhkan waktu 2-4 jam, impermeabilitas menurun pada 22 jam setelah pemberian dan setelah 24 jam, penetrasi sperma benar-benar tidak dipengaruhi, sehingga bila lupa satu pil kegagalan menjadi besar

(o) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis, dan jerawat

(p) Aktivitas Levonorgestrel menurunkan kadar globulin pengikat hormone seks di dalam sirkulasi

(q) Resiko kehamilan ektopik tinggi (4 dari 100 kehamilan)

(r) Perubahan dalam motilitas tuba menyebabkan implantasi ektopik lebih besar

(s) Tidak melindungi dari PMS

(t) Wanita yang berisiko terhadap PMS, sebaiknya menggunakan metode perintang sebagai proteksi dirinya (Hidayati, 2012).

(5) Keuntungan

Keuntungan kontrasepsi:

(a) Sangat efektif bila digunakan secara benar

(b) Tidak mengganggu hubungan seksual

(c) Tidak mempengaruhi ASI

(d) Kesuburan cepat kembali

(e) Nyaman, mudah digunakan

(f) Sedikit efek samping

(g) Dapat dihentikan setiap saat

(h) Tidak mengandung estrogen

Keuntungan nonkontrasepsi

(a) Mengurangi nyeri dan darah haid

- (b) Menurunkan tingkat anemia
- (c) Mencegah kanker endometrium
- (d) Melindungi dari penyakit radang panggul
- (e) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- (f) Dapat digunakan oleh penderita endometritis
- (g) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi
- (h) Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis dan mudah marah).
(Affandi, 201)

(6) Yang boleh menggunakan Pil Progestrin

- (a) Wanita usia reproduksi
- (b) Wanita yang telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak.
- (c) Pasca persalinan dan tidak sedang menyusui.
- (d) Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui.
- (e) Ibu pasca keguguran.
- (f) Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg atau dengan masalah pembekuan darah.
- (g) Tidak boleh mengonsumsi estrogen atau lebih senang menggunakan progestin.

(h) Perokok segala usia. (Affandi, 2014)

(7) Yang tidak boleh menggunakan Pil Progestrin

(k) Hamil atau dicurigai hamil

(l) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya

(m) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

(n) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg

(o) Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat)

(p) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara

(q) Mioma uterus

(r) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari. (Kurnia, 2013)

2) Kontrasepsi Suntikan

a) Suntikan kombinasi

(1) Definisi

Suntikan kombinasi mengandung 25 mg depo medroksipro-geteron asetat dan 5 mg estrogen sipionat yang diberikan secara IM, 1 bulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretrindon enantat dan 5 mg estrodiol valerat yang diberikan secara IM 1 bulan sekali. (Affandi, 2014)

(2) Cara kerja

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (c) Perubahan pada endometrium menjadi atrofi sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi. (Saifuddin, 2010)

(3) Efektifitas

Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) sebelum tahun pertama penggunaan.

(Affandi, 2014)

(4) Keuntungan

- (a) Resiko terhadap kesehatan kecil
- (b) Tidak mengganggu hubungan suami istri
- (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- (d) Kontrasepsi jangka panjang
- (e) Efek samping sangat kecil
- (f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

(Saifuddin, 2010)

(5) Keterbatasan

- (a) Terjadi gangguan pola haid (haid tidak teratur, spotting, perdarahan sela selama 10 hari)

(b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan pada suntikan ke 2/3

(c) Ketergantungan terhadap pelayan kesehatan, klien harus kembali setiap 30 hari sekali untuk mendapatkan suntikan

(d) Efektifitas berkurang jika digunakan bersamaan dengan obat-obatan epilepsi

(e) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati

(f) Penambahan berat badan

(g) Tidak melindungi dari IMS atau HIV/AIDS

(h) Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian. (Affandi, 2014)

(6) Yang boleh menggunakan suntikan kombinasi

(a) Usia reproduksi

(b) Telah memiliki atau belum memiliki anak

(c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi

(d) Ibu menyusui maupun tidak

(e) Anemia

(f) Nyeri haid hebat

(g) Haid teratur

(h) Riwayat kehamilan ektopik. (Saifuddin, 2010)

(7) Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Menyusui dibawah 6 mgg setelah bersalin

(c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui penyebabnya

(d) Penyakit hati akut/ hepatitis

(e) Perokok dengan usia > 35 tahun

(f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi > 180/110 mmHg

(g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun

(h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain

(i) Keganasan pada payudara. (Affandi, 2014)

b) Suntikan Progestin

Kontrasepsi suntikan progestrin mengandung hormon Depo Medroxyprogesterone Acetate (hormon progestin)

dengan volume 150 mg. alat kontrasepsi ini diberikan

setiap 3 bulan atau 12 Minggu. Suntikan pertama

diberikan 7 hari pertama saat periode menstruasi anda

atau 6 minggu setelah persalinan. (Mega dkk, 2017)

(1) Jenis

(a) *Depo medroprogesteron asetat (depoprovera)*, mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara IM

(b) *Depo norestisteron enantat (deponoristerat)* yang mengandung 200 mg noretidron enantat yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara IM.

(Dewi, 2013)

(2) Efektivitas

Efektivitas tinggi, 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun, dengan penyuntikan yang benar dan sesuai jadwal yang telah ditentukan. (Affandi, 2014)

(3) Cara kerja

(a) Mencegah ovulasi

(b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(Saifuddin, 2010)

(4) Keterbatasan

(a) Menyebabkan perubahan siklus haid (siklus haid memanjang/ memendek, perdarahan banyak/ sedikit, atau tidak haid sama sekali)

(b) Klien sangat bergantung kepada pelayan kesehatan

(c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu

(d) Penambahan berat badan

(e) Tidak melindungi dari penyakit IMS dan HIV/AIDS. (Pinem, 2011)

(5) Keuntungan

(a) Berjangka panjang sehingga ibu hanya perlu datang setiap 3 bulan.

(b) Tidak mengganggu hubungan seksual.

(c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah

(d) Tidak mempengaruhi proses menyusui

(e) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

(f) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara dan krisis anemia bulan sabit

(g) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Affandi, 2014)

(6) Yang dapat menggunakan suntik progestin

- (a) Ibu usia reproduksi
- (b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- (c) Ibu pasca melahirkan dan keguguran.
- (d) Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.

- (e) Ibu yang sering lupa menggunakan Kb pil.
 - (f) Anemia defisiensi besi.
 - (g) Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi.
 - (h) Ibu yang sedang menyusui
 - (i) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (rifampisin).
- (Kurnia, 2013)

(7) Yang tidak dapat menggunakan suntik tribulan

- (a) Ibu hamil atau dicurigai hamil.
- (b) Ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (c) Ibu yang tidak dapat menerima gangguan haid terutama amenorea

(d) Diabetes mellitus yang disertai komplikasi

(e) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya. (Affandi, 2014)

3) Kontrasepsi Jangka Panjang

a) Intra Uterine Device (IUD)

(1) Pengertian IUD

IUD singkatan dari Intra Uterine Device yang merupakan alat kontrasepsi paling banyak digunakan, karena dianggap sangat efektif dalam mencegah kehamilan dan memiliki manfaat yang relatif banyak dibanding alat kontrasepsi lainnya, setelah IUD dikeluarkan dari rahim, bisa dengan mudah subur (Mulyani, dkk, 2013).

(2) Jenis IUD

(a) AKDR CuT-380A, Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat di mana-mana.

(b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering). (Dewi, 2013)

(3) Efektivitas

Sangat efektif yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan. (Affandi, 2014)

(4) Cara Kerja IUD

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- (b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Kurnia, 2013)

(5) Keuntungan

- (a) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (b) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- (c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- (d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (e) Meningkatnya hubungan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- (f) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)

- (g) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
- (i) Dapat digunakan sampai menopause
- (j) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- (k) Membantu mencegah kehamilan ektopik. (Affandi, 2014)

(6) Keterbatasan

- (a) Tidak melindungi dari IMS ataupun HIV/AIDS.
- (b) AKDR yang mengandung Cu perlu diganti setelah pemakaian beberapa tahun.
- (c) AKDR yang mengandung hormonal:
Lebih mahal dari Cu AKDR, harus diganti setelah 18 bulan, sering menimbulkan perdarahan mid-siklus dan perdarahan bercak/ spotting, insidens kehamilan ektopik lebih tinggi. (Fitri, 2018)

(7) Yang dapat memakai IUD /AKDR

- (a) Usia reproduktif
- (b) Keadaan nulipara (yang belum mempunyai anak)
- (c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- (d) Setelah kehamilan ektopik
- (e) Perokok
- (f) Gemuk atau kurus

- (g) Ibu yang sedang menyusui
- (h) Setelah mengalami keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi
- (i) Penderita diabetes, tiroid, tekanan darah tinggi, pusing, sakit kepala
- (j) Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal.

(Hartanto, 2013)

(8) Yang tidak bisa memakai IUD

- (a) Sedang hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- (c) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis)
- (d) Kanker alat genitalia
- (e) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- (f) Diketahui menderita penyakit TBC pelvic
- (g) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm. (Affandi,

2014)

b) Kontrasepsi Implant

(1) Definisi

Implant adalah alat kontrasepsi bawah kulit. (Hartanto, 2015)

(2) Jenis Implant

(a) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga yang bermuatan 216 mg levonorgestrel dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2.4 mm dan lama kerjanya 5 tahun.

(b) Implanon dan Sinoplant

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

(c) Jadelle dan Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonorgestrel dalam 43 mm dan diameter 2,5 mm dengan lama kerjanya 3 tahun. (Affandi, 2014)

(3) Cara kerja

(a) Mengentalkan lendir serviks

(b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

(c) Mengurangi transportasi sperma

(d) Menekan ovulasi. (Dewi, 2013)

(4) Keuntungan

- (a) Metode jangka panjang 5 tahun
- (b) Kontrol medis ringan
- (c) Dapat dilayani di daerah pedesaan
- (d) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- (e) Biaya murah. (Manuaba, 2012)

(5) Keterbatasan

- (a) Menimbulkan gangguan menstruasi (amenorea, perdarahan yang tidak teratur)
- (b) Berat badan bertambah
- (c) Menimbulkan jerawat, dan ketegangan payudara
- (d) Liang senggama terasa kering. (Manuaba, 2012)

(6) Efektifitas

99% Sangat efektif (kegagalan 0.2-1 kehamilan per 100 perempuan). (Affandi, 2014)

(7) Yang boleh menggunakan Implant

- (a) Usia reproduksi
- (b) Wanita yang menginginkan alat kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas yang tinggi
- (c) Pascapersalinan dan sedang menyusui bayinya yang berusia 6 minggu atau lebih
- (d) Wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB dengan kandungan estrogen

- (e) Telah atau belum memiliki anak
 - (f) Perokok (Hidayati, 2012)
- (8) Yang tidak boleh menggunakan Impant
- (a) Hamil atau diduga hamil
 - (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - (c) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
 - (d) Riwayat mioma uterus, kanker payudara, kehamilan ektopik
 - (e) Ibu yang memiliki riwayat hipertensi, jantung, diabetes mellitus
 - (f) Ibu dengan penyakit trombo emboli dan kelainan jiwa (Psikis, Neurosis)
 - (g) Memakai obat-obatan untuk epilepsi/ TBC.
- (Affandi, 2014)

4) Kontrasepsi Mantap

a) Tubektomi

(1) Definisi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan . (Saifuddin, 2010)

(2) Jenis Tubektomi

Minilaparotomi, laparoscopi (Affandi, 2014)

(3) Cara Kerja

Cara kerja dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat/memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. (Saifuddin, 2010)

(4) Efektivitas

Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan). (Hartanto, 2015)

(5) Keuntungan

- (a) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (b) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (c) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (d) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- (e) Berkurangnya resiko kanker ovarium. (Affandi, 2014)

(6) Keterbatasan

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi
- (b) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (c) Harus dilakukan oleh dokter terlatih

(d) Tidak melindungi dari IMS dan HIV/AIDS.

(Anwar, 2011)

(7) Yang boleh menggunakan Tubektomi

(a) Usia >26 tahun

(b) Paritas >2

(c) Yakin telah mempunyai besar keluarga sesuai kehendaknya

(d) Pasca bersalin dan keguguran

(e) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini.

(Noviawati, dkk, 2011)

(8) Yang tidak boleh menggunakan Tubektomi

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut

(c) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

(d) Kurang pasti keinginannya dimasa depan

(e) Belum memberikan persetujuan tertulis. (Noviawati, dkk, 2011)

1) Vasektomi

a) Definisi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Kontrasepsi vasektomi memerlukan tindakan bedah sehingga diperlukan tindakan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk

memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metedo ini. (Affandi, 2014)

b) Efektivitas

(1) Angka kegagalan 0-2,2 %, umumnya <1%

(2) Kegagalan ini umumnya disebabkan:

(a) Senggama yang tidak terlindungi sebelum semen/ ejakulat bebas sama sekali dari spermatozoa

(b) Rekanalisasi spontan dari vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa

(c) Pemotongan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi

(d) Jarang : duplikasi congenital dari vas deferens
(Saifuddin, 2010).

c) Kelebihan

(1) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan konntrasepsi

(2) Hanya seklai aplikasi dan efektif dalam jangka panjang. (Affandi, 2014)

d) Keterbatasan

- (1) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi
- (2) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan dikemudian hari
- (3) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- (4) Risiko dan efek samping pembedahan kecil
- (5) Ada nyeri/ rasa tak nyaman pascabedah
- (6) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- (7) Tidak melindungi klien dari PMS. (Affandi, 2014)

e) Indikasi

- (1) Dari semua usia reproduksi (biasanya < 50)
- (2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode yang sangat efektif dan permanen
- (3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan dimana kehamilan dapat menimbulkan risiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya
- (4) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medik untuk prosedur tersebut

(5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

(Dewi, 2013)

f) Kontraindikasi

(1) Infeksi kulit pada daerah operasi

(2) Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien

(3) Hidrokel atau varikokel yang besar

(4) Hernia inguinalis

(5) Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulan. (Affandi, 2014)



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

A. Data Subyektif

1. Identitas

a) Nama

Untuk mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila terdapat kesamaan nama. (Manuaba, 2010)

b) Usia

Ibu hamil usia 20-35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat. Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga mudah terjadi abortus, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis. (Manuaba, 2010)

c) Agama

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

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012)

e) Pekerjaan

Menggambarkan tingkat sosial ekonomi , pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan. (Varney, *et all*, 2009)

f) Suku/ bangsa

Berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. (Marmi, 2011)

g) Alamat

Data mengenai distribusi lokasi pasien, dan memberi gambaran jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi pelayanan kesehatan. (Marmi, 2011)

2. Keluhan Utama

a) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus meningkatkan tekanan yang spesifik pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul. (Varney, *et all*, 2009)

b) Sering BAK/ Nokturia

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

(Benson, *et all*, 2013)

c) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada syaraf sementara, saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ektermas bagian bawah. (Varney, *et all*, 2009)

d) Konstipasi

Terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan karena relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi.

(Varney, *et all*, 2009)

e) Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm. (Morgan, 2009)

3. Alasan Datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri. (Hani, dkk, 2011)

4. Riwayat Menstruasi

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat menstruasi antara lain adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah dan adanya dismenhorrea. Selain itu, kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. Mengkaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011).

5. Riwayat Obstetri

- a) Gravida/ para
- b) Tipe golongan darah
- c) Kehamilan yang lalu, meliputi:
 - 1) Tanggal persalinan
 - 2) Usia gestasi
 - 3) Tempat lahir

4) Bentuk persalinan (spontn, SC, forcep, atau vakum ekstrasi)

5) Masalah obstetri, medis dan sosial lain, dalam kehamilan, dalam persalinan, dalam nifas, berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan kongenital bayi dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian yang mempengaruhi persalinan. (Hani, dkk, 2011)

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat. Dan setelahnya bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik. (Rukiyah, 2014)

7. Riwayat KB

Pada riwayat KB dapat diperoleh data yaitu jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhenti, penggunaan alat kontrasepsi, dan lama penggunaanya (Rohani, 2011).

8. Riwayat Kesehatan Keluarga

Berhubungan dengan ayah, ibu, saudara kandung, kakek, nenek, paman, bibi yang dikaji meliputi usia ayah/ ibu juga statusnya (hidup atau mati). Adanya riwayat keluarga yang memiliki penyakit kanker, jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda, tuberkulosis, epilepsi, kelainan darah (anemia dan lain-lain), alergi, kelainan genetik (Varney, *et all*, 2009).

9. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

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

1) Kalori

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

2) Protein

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

Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan odema

3) Kalsium

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

4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil

dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah TM II. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

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

Tabel 2.7
Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

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

Sumber: Sukarni, 2013: 115

Tabel 2.8
Nutrisi Pada Ibu Hamil

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

Sumber: Permenkes RI No.41. 2014

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Sedangkan penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering buang air kecil.

(Saifuddin, 2013)

c) Pola Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia

kehamilan 24-28 minggu. Ada beberapa pergerakan yang dilarang atau dicegah, yaitu bekerja berat, mudah menimbulkan kelelahan yang akan mengurangi kesehatan ibu, melonjak, meloncat atau mencapai benda tinggi, serta bepergian jauh dengan kendaraan yang banyak bergerak (Manuaba, 2010). Seorang wanita hamil dianjurkan untuk jalan-jalan selama 20-30 menit di pagi hari (Varney, *et all*, 2009).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakkan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur sesungguhnya, hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah. (Saifuddin, 2013)

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan prematur maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya (Saifuddin, 2013). Dianjurkan untuk memakai kondom agar semen (mengandung prostaglandin) tidak merangsang kontraksi

uterus. Hubungan seksual dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, terjadi perdarahan saat berhubungan seksual, terdapat pengeluaran yang mendadak, sering mengalami keguguran, persalinan preterm, dan kematian dalam kandungan (Manuaba, 2010).

f) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saifuddin, 2013)

g) Riwayat kebiasaan

1) Merokok

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

2) Alkohol

Masalah yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya. (Marmi, 2011)

3) Obat Terlarang

Pengobatan saat hamil harus selalu memerhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010)

10. Riwayat Psikososial dan Budaya

Status perkawinan: usia pertama kali menikah, status pernikahan sah/ tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa. (Sulistyawati, 2010)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan memiliki kriteria:

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara

fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

- 2) Lemah: jika pasien kurang atau tidak memberi respon baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri.

(Sulistyawati, 2010)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal), sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2011)

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg.

Beresiko mengalami preeklamsia. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut

kemungkinan mulai terdapat preeklamsia.
(Manuaba, 2012)

2) Nadi

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

3) Suhu

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

4) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan yang normalnya $16-24$ x/menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan. (Saifuddin, 2013)

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tinggi badan pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur

pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm. (Marmi, 2011)

(b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5- 15 kg selama hamil atau terjadikenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dilakukan pemantauan setiap bulan. Perkiraan penigkatan yan dianjurkan 4 kg pada kehamilan TM I, 0,5 kg/minggu pada kehamilan TM II dan TM III. Totalnya sekitar 15-16 kg selama kehamilan (Sulistyawati, 2012). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg tinggi badan 1,57 meter. Maka IMT-nya adalah $51/(157)^2 = 20,7$ (Megasari, dkk, 2015)

Tabel 2.9
Indeks Massa Tubuh (IMT)

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,0
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,0- 18,4
Normal		18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan BB tingkat ringan	25,1-27,0
	Kelebihan BB tingkat berat	>27,0

Sumber: <http://terasolahraga.com/indeks-massa-tubuh-imt-suatu-cara-untuk-mengetahui-berat-badan-ideal-dan-status-gizi>

(c) Lingkar Lengan Atas

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm.

Wanita dikatakan memiliki interpretasi *Kurang Energi Kronis* (KEK) apabila LILA <23,5 cm.

(Manuaba, 2010)

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kulit kepala pucuh dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk.

(Walsh, 2012)

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya keluumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema pada

seluruh tubuh merupakan salah satu gejala adanya preeklamsia (Saifuddin, 2010)

c) Mata

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

d) Telinga

Telinga normal apabila tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011)

e) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ada bendungan vena jugularis (Marmi, 2014)

f) Mulut dan Gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu dilakukan perawatan mulut dan gigi (Romauli, 2011). Saat hamil sering terjadi karies

yang berkaitan dengan emesis-hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium disekitar gigi, saat hamil perlu dilakukan pemeriksaan gigi untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi (Manuaba, 2010).

g) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispnea, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011). Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011).

h) Payudara

Bentuk buah dada, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih, dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada wanita multigravida yang telah siap menyusui pada kehamilan sebelumnya, sedangkan wanita primi gravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011)

i) Abdomen

Bentuk simetris , bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide, dan terdapat pembesaran pada abdomen (Romauli, 2011). Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat striae livide akibat dari peregangan uterus. Sedangkan pada multigravida perut lembek, menggantung serta terdapat striae livide dan albican. Linea nigra dapat dilihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas Sectio Caesarea) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetric yang pernah dilakukan sebelumnya (Manuaba, 2010)

j) Genitalia

Pemeriksaan alat genitalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/ labium mayus dan pertumbuhan abnormal (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2010).

k) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid (Varney, *et all*, 2009). Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid merupakan pelebaran vena dianus, dan dapat bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah didalam rongga panggul (Romauli, 2011).

l) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia. Bila refleks patella negtaif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011)

3. Pemeriksaan Khusus

a. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur, dengan cara memegang tanda 0 pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU. (Manuaba, 2010)

b. Tafsiran Berat Janin

tafsiran berat janin dihitung dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) – n x 155 = TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka n-12. Bila kepala diatas *ischiadica* maka n-11 (Mochtar, 2012)

c. Pemeriksaan Leopold

- 1) Leopold I: untuk mengetahui TFU dan bagian yang berada pada bagian fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan terba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010). Leopold I memiliki langkah-langkah sebagai berikut:

- (a) Kaki ibu dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri disebelah kanan ibu dan melihat kearah muka ibu
- (c) Rahim dibawa ke tengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan. (Marmi, 2011)

2) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang berada di sebelah kanan dan kiri serta menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010). Leopold II memiliki langkah-langkah sebagai berikut:

- (a) Kedua tangan pindah kesamping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan

dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala.

(Marmi, 2011)

3) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul atau belum (Manuaba, 2010). Leopold III memiliki langkah-langkah sebagai berikut:

(a) Menggunakan 1 tangan saja

(b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya

(c) Cobalah apakah bagian abawah masih dapat digoyangkan atau tidak (Marmi, 2011)

4) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul atau belum. Apabila bagian terendah sudah masuk PAP telah melapui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemerika konvergen (Manuaba, 2010). Leopold IV memiliki langkah-langkah sebagai berikut:

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki ibu
- (b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (c) Ditentukan bagian bawah juga masuk PAP atau belum, dan jika sudah seberapa masuknya bagian terbawah ke dalam rongga panggul
- (d) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar. (Marmi, 2011)

d. Pemeriksaan Denyut Jantung

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat

ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-140 x/menit (Romauli, 2011)

e. Perlindungan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan 5 jari pemeriksa (perlindungan). Penurunan bagian terbawah dengan metode 5 jari:

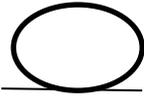
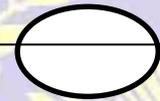
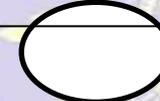
- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya terba diatas simfisis pubis
- 2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- 3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisi dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)

- 5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul
- 6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Wiknjosastro, 2014)

f. Bidang Hodge

- 1) Bidang Hodge I: Bidang setinggi PAP yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisin pubis
- 2) Bidang Hodge II: bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- 3) Bidang Hodge III: bidang setinggi ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- 4) Bidang Hodge IV: Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I). (Manuaba, 2010)

Tabel 2.10
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem
Perlimaian

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
=5/5 		Kepala diatas PAP mudah digerakkan
=4/5 	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
=3/5 	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
=2/5 	H III+	Bagian terbesar sudah masuk panggul
=1/5 	H III- IV	Kepala didasar panggul
=0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber: Saifuddin, 2013

g. Osborn Test

Pegang kepala janin dan upayakan masuk PAP. Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus dengan jari untuk mengetahui seberapa tingginya dari simpisis pubis, jika tingginya sekitar 3 jari diatas simpisis atau lebih berarti Osborn test + (kepala janin belum masuk PAP=

kemungkinan ada Cephalopelvic Disporpotion) (Marmi, 2011).

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

1) Hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Normal jika Hb 11 gr% ,anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr %, anemia berat jika Hb <7 gr% . (Manuaba, 2010)

2) Golongan Darah

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

3) HBsAg

HBsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1-12 minggu pasca infeksi. Selanjutnya HBsAg merupakan satu-satunya pertanda serologik selama 3-5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HBsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis, HBsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HBsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HBsAg positif carrier, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun-tahun. Transmisi virus hepatitis B dapat melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang beresiko tinggi terkena hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan, ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat tranfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular ibunya yang menderita hepatitis B. (Marmi, 2011)

4) HIV/AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratprium anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkin virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi. Selain itu ibu hamil yang memiliki HIV perlu melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Bila ternyata ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2016)

5) Pemeriksaan Protein Urine

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

6) Pemeriksaan Reduksi

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

7) Ultrasonografi

USG membantu dalam menentukan usia kehamilan dengan beberapa cara, diantaranya:

- (a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: gestasional) untuk kehamilan 0-12 minggu
 - (b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRL: Crown Rum Length) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu
 - (c) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.
- (Romauli, 2011)

8) Kartu Skor Puji Rochyati (KSPR)

Kartu Skor Puji Rochyati dapat digunakan untuk mendeteksi risiko ibu hamil. Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan

Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter. (Romauli, 2011)

9) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwik, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, treaba ballotemen, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- (a) Serviks, yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks
- (b) Ketuban, yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban
- (c) Bagian terendah janin, yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan
- (d) Perabaan forniks, yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian

janin masih dapat didorong ke atas. (Manuaba, 2010)

10) Pemeriksaan Panggul

(a) Pemeriksaan Panggul Luar

- (1) Distansia Spinarum, jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm)
- (2) Distansia kristarum, jarak antara krista iliaka kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm)
- (3) Conjugata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya \pm 18-20 cm)
- (4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaka anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya \pm 80-90 cm)

(b) Pemeriksaan Panggul Dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan mencapai 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk

panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor, linea inominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os. Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$ (Marmi, 2014).

C. Diagnosa Kebidanan

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

Diagnosa: $G_{1>}$ PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujus, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Manuaba, 2012)

D. Perencanaan

Diagnosa Kebidanan: G₁/_> PAPIAH usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauteri, situs bujurs, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

(Manuaba, 2012)

Tujuan: ibu dan janin sejahtera sampai proses melahirkan

Kriteria:

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran Composmentis
3. Tanda-tanda vital normal
 - a. Tekanan darah : 100/70 mmHg
 - b. Nadi : 76-88 x/menit
 - c. Suhu : 36,5-37,5°C
 - d. Respirasi Rate : 16-24 x/menit
4. Pemeriksaan laboratorium

Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
5. DJJ 120-160 X/menit, kuat, teratur
6. TFU sesuai dengan usia kehamilan
7. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi : menurut Varney, *et all* (2009)

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

2. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin akan terjadi pada ibu hamil trimester III

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

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

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

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

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

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

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

6. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

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

7. Pesankan pada ibu untuk kunjungan ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan

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

Potensi Masalah:

1. Masalah 1: Edema Dependen

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan fisiologis

Kriteria : setelah tidur/ istirahat edema berkurang

Intervensi: menurut Morgan, *et all* (2009)

a. Jelaskan penyebab dari edema

R/ ibu mengerti penyebab dari edema dependen, yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring

b. Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan

R/ mengurangi tekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperbesar edema

- c. Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama

R/ meringankan tekanan pada vena dalam panggul

- d. Anjurkan ibu untuk tidak menggunakan pakaian yang ketat

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

- e. Anjurkan ibu untuk menggunakan stoking elastik, dan kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ stoking elastik dapat membantu aliran balik vena

- f. Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ karena dengan mnegurangi konsumsi natrium diharapkan edema tidak semakin parah

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

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

2. Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami

Kriteria :

- a. Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari
- b. Tidak terjadi infeksi saluran kencing

Intervensi: Menurut Manuaba (2010)

- a. Jelaskan pada ibu penyebab terjadinya sering kencing

R/ ibu mengerti bahwa sering kencing terjadi akibat tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih

- b. Anjurkan ibu untuk tidak minum minuman yang mengandung bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, ataupun softdrink

R/ bahan diuretik menyebabkan frekuensi berkemih bertambah

- c. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ menahan BAK akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi saluran kemih

d. Anjurkan ibu minum 8-10 gelas/hari, terutama pada siang hari dan menguranginya setelah makan malam, serta anjurkan ibu untuk berkemih sebelum tidur

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

3. Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : konstipasi dapat tertangani

Kriteria : ibu dapat BAB 1-2 X/hari

Intervensi : Menurut Pantiawati (2010)

a. Anjurkan ibu untuk teratur dalam BAB

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

b. Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan serta serat dalam diet

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat dan keras

c. Anjurkan ibu untuk minum dingin/panas, terutama saat perut dalam keadaan kosong

R/ dengan minum panas/dingin dapat merangsang

BAB

d. Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, seperti berjalan setiap hari, mempertahankan postur tubuh, dan latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur

R/ mengidentifikasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar

4. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- a. BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- b. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi : menurut Morgan, *et all* (2009)

- a. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

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

- b. Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas setiap bangun pagi

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat

c. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan
R/ olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan

d. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid

e. Anjurkan ibu untuk melakukan kompres air hangat
R/ air hangat dapat memberikan kenyamanan dan meningkatkan sirkulasi

f. Anjurkan ibu untuk melakukan kompres es
R/ kompres es dapat mengurangi hemoroid

g. Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ menjaga kebersihan daerah anus dapat menghindari risiko terjadinya infeksi

5. Masalah 5 : Kram pada Kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologi dan tidak terjadi kram tungkai

Kriteria :

a. Kram pada kaki berkurang

b. Ibu bisa mengatasi apabila terjadi kram tungkai

Intervensi : menurut Benson, *et all* (2013)

a. Jelaskan penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram paada kaaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium

b. Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

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

c. Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar

d. Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama

R/ mengurangi penekanan pada kaki sehingga aliran darah menjadi lancar

e. Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat

R/ otot-otot bisa relaksasi sehingga kram dapat berkurang

f. Anjurkan ibu untuk diet kalsium dan fosfor

R/ mengkonsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

g. Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

R/ dengan tidak melipat kaki pada saat duduk menjadikan aliran darah ke kaki tidak terhambat

6. Masalah 6: Sesak Napas

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan ketidaknyamanan dan kebutuhan O₂ ibu dapat terpenuhi

Kriteria :

a. Frekuensi pernapasan dalam batas normal 16-24 x/menit

b. Ibu mampu menggunakan pernapasan perut

Intervensi : Menurut Saleha (2013)

a. Jelaskan pada ibu faktor yang menyebabkan sesak napas

R/ ibu mengerti bahwa sesak nafas yang ia alami dipengaruhi oleh pembesaran uterus

b. Anjurkan ibu tidur dalam posisi yang nyaman dengan bantal tinggi

R/ menghindari diafragma tertekan

c. Anjurkan ibu melakukan senam hamil secara teratur

R/ merelaksasi otot-otot

d. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan pekerjaan berat

R/ aktifitas yang berat memerlukan banyak energi dan menambah kebutuhan O₂

e. Anjurkan ibu untuk meregangkan lengan diatas kepala

R/ penegangan tulang meringankan penarikan napas

7. Masalah 7 : Pusing

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria :

- a. Pusing berkurang
- b. Kesadaran composmentis
- c. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi :menurut Varney, *et all* (2009)

- a. Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ ibu mnegerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis

- b. Ajaarkan ibu caara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ supaya ibu tidak terjatuh saat bangun tidur

c. Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O₂ karena lingkungan yang panas dan sesak dapat menyebabkan pusing

d. Anjurkan ibu untuk menghindari posisi telentang

R/ sirkulasi O₂ ke otak menjadi lancar

8. Masalah 8 : Nyeri Punggung

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi : menurut Morgan, *et all* (2009)

a. Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki

R/ menekuk kaki akan membuat tungkai menopang berat badan dan merenggang, bukan punggung.

Meleburkan kedua kaki akan memberi jaraak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

b. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban

R/ menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung

vertebrata lumbosacral dan pengencangan otot-otot punggung

- c. Anjurkan ibu tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ mengurangi penekanan uterus pada ligamnetum retundum

- d. Anjurkan ibu untuk menggunakan sepatu tumit rendah

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

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

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

- f. Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

9. Masalah 9 : Varices

Tujuan :tidak terjadi varices atau varices tidak bertambah parah

Kriteria :tidak terdapat varises

Intervensi : menurut Benson, *et all* (2013)

a. Anjurkan ibu untuk mengenakan kaos kaki penyokong

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

b. Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian ketat

R/ pakaian ketat menghambat aliran balik vena

c. Anjurkan ibu untuk tidak berdiri lama dan menyilangkan kaki saat duduk

R/ meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

d. Anjurkan ibu untuk melakukan latihan ringan dan berjalan-jalan secara teratur

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

e. Anjurkan ibu untuk mengenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

f. Anjurkan ibu untuk untuk tidur dengan kaki ditinggikan

R/ memperlancar aliran darah uteroplasenta, sehingga janin tidak mengalami fetal distress

g. Berikan antasida

R/ antasida dapat menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

h. Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit

R/ mengendorkan otot perut dan dada

i. Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang

10. Masalah 10: Panas dan Nyeri Ulu Hati

Tujuan : heart burn dapat teratasi

Kriteria :

a. Ibu tidak kembung

b. Tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi : Menurut Sulistyawati (2010)

a. Jelaskan pada ibu penyebab terjadinya nyeri dan panas ulu hati, yaitu akibat dari peningkatan

produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ ibu mengerti penyebab terjadinya heart burn sehingga kecemasan ibu berkurang

- b. Anjurkan ibu untuk makan sedikit tapi sering

R/ untuk mengurangi rasa mual dan muntah ibu

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

R/ makanan berlemak, berbumbu merangsang dan pedas mampu meningkatkan asam lambung sehingga memperparah gejala

- d. Hindari rokok, kopi, alkohol serta coklat

R/ memperparah gejala serta mempengaruhi pertumbuhan janin dalam rahim

- e. Hindari berbaring setelah makan

R/ meningkatkan asam lambung dan menyebabkan mual

- f. Hindari minum selain air putih

R/ air putih merupakan zat yang tidak memiliki partikel sehingga memperlancar proses metabolisme dalam tubuh

g. Anjurkan ibu untuk tidur dengan kaki ditegakkan

R/ memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga mengurangi risiko terjadinya fetal distress pada janin

h. Berikan ibu antasida

R/ antasida menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

11. Masalah 11: Kecemasan Menghadapi Persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria :

- a. Ibu tampak tenang dan rileks
- b. Ibu tampak tersenyum
- c. Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi : menurut Varney, *et all* (2009)

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

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal, sehingga kecemasan ibu berkurang

- b. Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ memperlancar sirkulasi darah dan memberikan rasa nyaman

c. Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

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

E. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007)

F. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, dengan kriteria:

- a. Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan jugaa untuk semua asuhan, yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

A. Data Subyektif

1. Identitas

a. Nama

Untuk menetapkan identitas klien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda. (Manuaba, 2010)

b. Usia

Wanita yang berusia >34 tahun cenderung menjalani seksio caesaria (Fraser, *et all*, 2009)

c. Agama

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

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat. (Walsh, 2012)

e. Alamat

Sebagai data mengenai distribusi lokal pasien, selain itu juga dapat memberikan gambaran jarak dan waktu

tempuh pasien menuju lokasi pemeriksaan. (Sulistiyawati, dkk, 2010)

2. Keluhan Utama

a. Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, berpengaruh pada pembukaan serviks, semakin beraktivitas atau jalan lahir makin bertambah.

(Manuaba, 2012)

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

(Manuaba, 2012)

c. Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban akan pecah menjelang pembukaan lengkap.

Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. Berikut merupakan gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2012):

1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik

- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan
- 4) Meneran karena tertekannya pleksus frankeshauser

3. Riwayat kesehatan

a. Penyakit Jantung

Terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan tekanan pada serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Gejala pertama pada edema paru yaitu ari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibilasi. Terjadi keluhan napas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ auto tranfusi sewaktu kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah ibu ke janin (Saifuddin, 2010). Stadium penyakit jantung dibedakan menjadi:

- 1) Kelas I: tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa
- 2) Kelas II: waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah,

palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan)

3) Kelas III: gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung

4) Kelas IV: dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung

Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampau besar (Wiknjosastro, 2015).

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I dan II (Manuaba, 2012).

b. Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio caesaria (Fraser, *et all*, 2009)

c. Anemia

Bahaya yang ditimbulkan anemia pada saat prsalinan adalah gangguan his. Kala I dapat berlangsung lamaa

sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kal uri diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartuum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012).

d. Gonorrhoe

Dapat menyebabkan sbortus spontan, berat badan lahir rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser, *et all*, 2009).

e. HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat teerjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca perslinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah beraat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Prawirohardjo, 2011)

f. Sifilis

Penyakit sistemik yang disebabkan oleh Troponema Pallidum. Transmisi Troponema dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira pada usia 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis kongenital lebih besar (Prawirohardjo, 2011).

g. Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa disembuhkan. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseluruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2013).

4. Riwayat Menstruasi

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat menstruasi diantaranya adalah, usia menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya desminorea. Selain itu juga dilakukan pengkajian hari pertama haid terakhir (HPHT) yang merupakan dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau prematur. Kaji pula hari perkiraan bayi lahir (Rohani, 2014). Sedangkan menurut Marmi (2014) riwayat menstruasi meliputi:

- a. Menarche. Terjadinya haid pertama kali, yang terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata pada usia 12,5 tahun

- b. Siklus haid. Siklus yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya peredaran tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari
- c. HPHT. Dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang digunakan adalah rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1.

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

a. Riwayat kehamilan yang lalu:

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

b. Riwayat persalinan yang lalu:

Informasi tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstraksi vakum, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan. (Marmi, 2011)

c. Riwayat nifas yang lalu:

Segara setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak melebihi 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari,

kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga dapat terjadi penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010)

6. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sekarang

a. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) HPHT dan tafsiran persalinan digunakan untuk mengetahui umur kehamilan dan perkiraan lahir
- 2) Keluhan-keluhan pada TM I, II, III. Untuk mengetahui adanya gangguan seperti : muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda
- 3) Pergerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan berapa yang digunakan untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak
- 4) Dimana ibu memeriksakan kehamilan yang digunakan untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan
- 5) Sejak usia berapa ibu memeriksakan kehamilannya yang digunakan untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu

6) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah dilakukan atau belum, dan kapan dilakukannya. Keadaan psikosisnya, respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. (Nurhidayah, 2014)

7. Riwayat Keluarga Berencana

Riwayat KB digunakan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date Of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggapi kehamilan. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis yang digunakan serta keluhan yang dirasakan. (Marmi, 2011)

8. Pola Kehidupan Sehari-hari

a. Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi, dikarenakan dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur, dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2015).

b. Eliminasi

Selama persalinan ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam. Urine yang berada dalam kandung kemih adalah masa yang tidak dapat ditekan, sehingga dapat mengganggu penurunan bagian terbesar janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, yang meningkatkan risiko pengaruh perdarahan pasca salin (Fraser, *et all*, 2009). Poliuria sering terjadi selama persalinan, karena peningkatan curah jantung selama persalinan. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama persalinan (Varney, *et all*, 2009).

c. Aktivitas

Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk atau berjalan-jalan di sekitar kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP, anjurkan klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur telentang, miring kiri atau kanan tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV. (Marmi, 2011)

d. Istirahat dan Tidur

Data yang perlu ditanyakan :

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama
- 3) Aktivitas sehari-hari

Pengkajian aktivitas sehari-hari pasien perlu dikaji karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan ibu dirumah. Jika diakhir kehamilanya ibu melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan ibu akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin.

(Sulistyawati, 2011)

e. Personal Hygiene

Data ini berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinan. Pertanyaan yang diberikan meliputi:

- 1) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati, 2010)

Bagi ibu yang sedang dalam proses bersalin normal, mandi air hangat dapat menjaddi perda nyeri yang efektif serta meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu dan bayinya. (Fraser, *et all*, 2009)

f. Pola seksual

Riwayat abortus spontan atau ancaman abortus $>1x$, keguguran yang nyaris terjadi pada TM II, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan TM III merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme. (Marmi, 2011)

9. Riwayat Ketergantungan

Wanita yang terlalu banyak merokok melahirkan anak yang lebih kecil, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus. Ketergantungan selanjutnya pada obat-obatan, terutama pada trimester I dan II kehamilan mengakibatkan kelainan organ pada janin seperti pada obat yang teratogenik dan dapat terjadi abortus dan partus prematurus pada golongan obat yang dapat menimbulkan his (Wiknjosastro, 2015).

10. Data Psikososial dan Budaya

Status perkawinan: usia pertama kali menikah, status pernikahan sah/ tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang beberapa. (Sulistyawati, 2010)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum

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

b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal), sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2011)

c. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anastesi epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anastesi epidural. Pada ibu preeklamsia atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan

lebih meningkatkan tekanan darah. (Fraser, *et all*, 2009)

2) Nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat >100 x/menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansictas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat. (Fraser, *et all*, 2009)

3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkann. Peningkatan suhu normal tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$, jika lebih menunjukkan tanda infeksi dan dehidrasi. Hal ini juga mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Varney *et all*, 2009).

4) Pernapasan

Pada kala I sampai kala IV, pernapasan relatif normal, tetapi peningkatan frekuensi pernapasan yang berlebihan mencerminkan peningkatan

metabolisme yang terjadi dapat menunjukkan syok atau ansietas (Varney *et all*, 2009).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Kulit kepala pucat dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk. (Walsh, 2012)

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya keluumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan salah satu gejala adanya preeklamsia (Saifuddin, 2010)

c. Mata

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

d. Telinga

Telinga normal apabila tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011)

e. Mulut dan gigi

5) Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, bibir kering atau pecah-pecah, mulut kering, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapatkan cairan oral dan perawatan mulut (Varney *et ell*, 2009).

f. Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. (Saifuddin, 2010: 186)

g. Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011). Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak napas, napas dangkal, napas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispnea, penurunan bunyi napas (Marmi, 2011).

h. Payudara

Bentuk buah dada, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih, dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada wanita multigravida yang telah siap menyusui pada kehamilan sebelumnya, sedangkan wanita primi gravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011)

i. Abdomen

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide, dan terdapat pembesaran pada abdomen (Romauli, 2011). Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat striae livide akibat dari peregangan uterus. Sedangkan pada multigravida perut lembek, menggantung serta terdapat striae livide dan albican. Linea nigra dapat dilihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas Sectio Caesarea) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetric yang pernah dilakukan sebelumnya (Manuaba, 2010)

j. Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/ labium mayus dan pertumbuhan abnormal (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2010).

k. Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid (Varney, *et all*, 2009). Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid merupakan pelebaran vena dianus, dan dapat bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah didalam rongga panggul (Romauli, 2011).

l. Ekstermitas

Edema merupakan tanda klasik preeklamsia. Edema hanya pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney *et all*, 2009).

3. Pemeriksaan Khusus

a. Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang teraba diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala presentasi janin. (Frases, *et all*, 2009)

b. Menghitung Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur, dengan cara memegang tanda 0 pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU. (Manuaba, 2010)

- 1) Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri adalah sebagai berikut:

Tabel 2.11
Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

TFU	Usia Kehamilan
1/3 diatas pusat	28 minggu
½ pusat- prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi arcus costae	36 minggu
2 jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2012:100

- 2) Usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.12
Usia Kehamilan Dalam Minggu dan TFU dalam cm

Usia Kehamilan (Minggu)	TFU
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber: Kuscahyani, 2010: 90

c. Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumus: TBJ: (TFU dalam cm-n) x 155

N: posisi kepala masih diatas spina ischiadica atau dibawahnya, bila diatas (-12) dan bila dibawah (-11).

(Jannah, 2012)

Tabel 2.13
TBJ Normal untuk Usia Kehamilan TM III

Usia Kehamilan (Bulan)	Berat Badan (gram)
7	1000
8	2000
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2012:89

d. Penurunan Kepala

Bidang Hodge digunakan untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun ke dasar panggul, hodge menentukan bidang penurunan sebagai berikut:

- 5) Bidang Hodge I: Bidang setinggi PAP yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis
- 6) Bidang Hodge II: bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- 7) Bidang Hodge III: bidang setinggi ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- 8) Bidang Hodge IV: Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I). (Manuaba, 2010)

Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diatas H II, persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan. Persalinan pervaginam yang aman dari trauma minimal bila penurunan terendah telah melampaui batas H III.

e. Penilaian Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler

sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-140 x/menit (Romauli, 2011)

f. His

Amplitudo uterus terus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir kala I dan frekuensi his menjadi 2-4 kontraksi tiap 10 menit. Durasi his pun meningkat dari 20 detik pada permulaan partus sampai 60-90 pada akhir kala I atau pada permulaan kala II. Kontraksi uterus dapat dihitung menggunakan jarum detik dengan melakukan palpasi uterus untuk menentukan jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Pada fase aktif,

minimal terjadi 2 kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi yaitu 40 detik atau lebih. Diantara 2 kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Wiknjastro, 2015). His kala II, merupakan his yang semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik. (Manuaba, 2010). Pembagian his dalam persalinan meliputi:

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Kala I persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjastro, 2015).

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

Kala II juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Hidayat, 2010).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjastro, 2015).

4) Kala IV

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu (Hidayat, 2010).

g. Pemeriksaan Dalam

Yang harus dilakukan pada pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis atau rectum, atau luka parut di perineum (Manuaba, 2010)
- 2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam dan mekonium:
 - a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang untuk melakukan pemeriksaan dalam
 - b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Perhatikan pewarnaan dan kekentalan pada mekonium serta pemeriksaan DJJ
 - c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk di partograf
 - d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan segera rujuk

- e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi infeksi
 - f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi
- 3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi
- 4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
- 5) Memastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam
- 6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul
- 7) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan petunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai

h. Pemeriksaan Panggul

1) Pemeriksaan Panggul Luar

(5) Distansia Spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm)

(6) Distansia kristarum, jarak antara krista iliaca kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm)

(7) Conjugata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya \pm 18-20 cm)

(8) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya \pm 80-90 cm) (Marmi, 2014).

2) Pemeriksaan Panggul Dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan mencapai 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor, linea inominate teraba

sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os. Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$ (Marmi, 2014).

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Urine

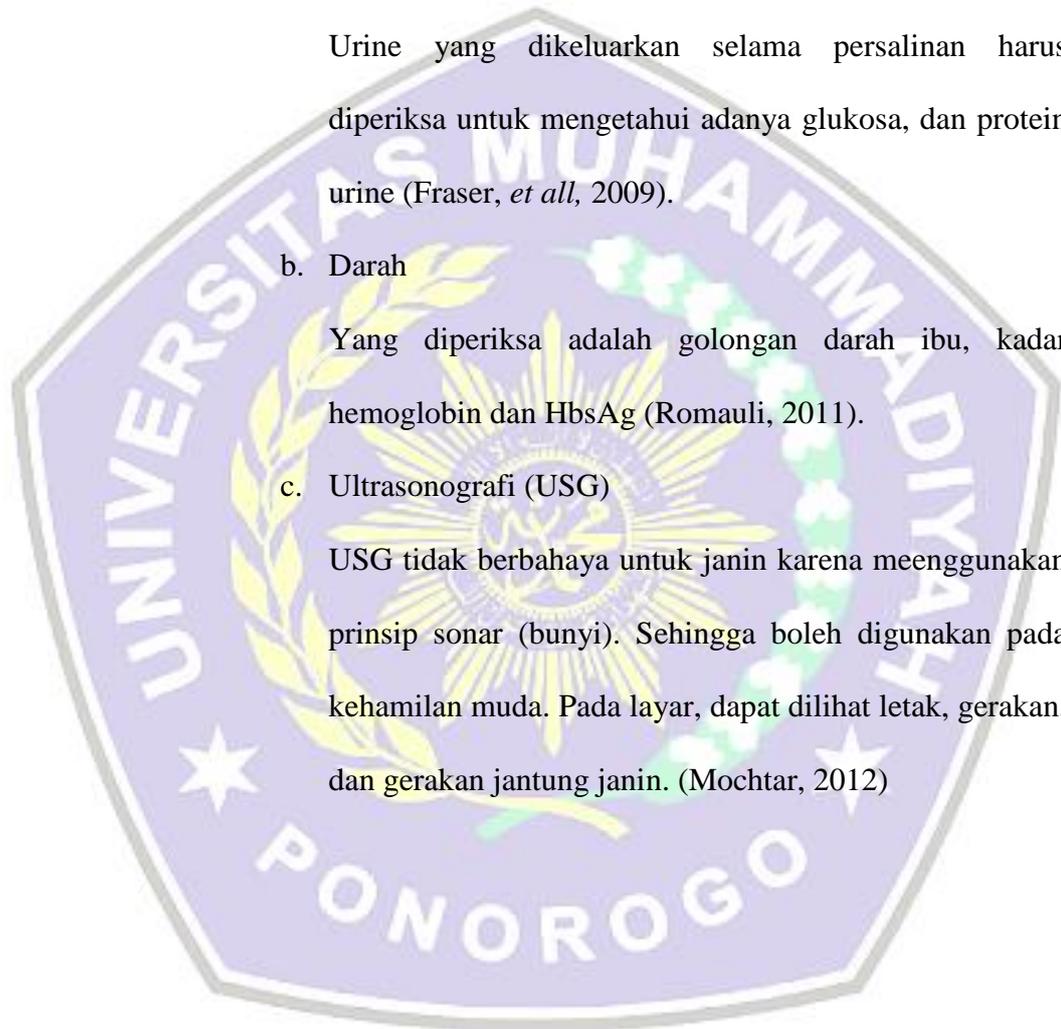
Urine yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk mengetahui adanya glukosa, dan protein urine (Fraser, *et all*, 2009).

b. Darah

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

c. Ultrasonografi (USG)

USG tidak berbahaya untuk janin karena menggunakan prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh digunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin. (Mochtar, 2012)



C. Diagnosa Kebidanan

1. $G_{\geq 1}P_{0/}$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, 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 (Varney, *et all*, 2009).
 - b. Kala I fase akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjastro, 2015).
 - c. Kala II dengan kemungkinan masalah kekurangan cairan, infeksi, kram tungkai (Varney, *et all*, 2009).
2. Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 tentang standar asuhan kebidanan)
3. $P_{\geq 1}$ kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah retensio plasenta (Sulistyawati, 2010)
4. $P_{\geq 1}$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi, atonia uteri, robekan vagina, perineum, atau serviks (Sukarni, 2013)

D. Perencanaan

Diagnosa: $G_{\geq 1}P_{0/}$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, 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 (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

Kriteria Hasil:

1. KU baik, kesadaran composmentis
2. TTV dalam batas normal
 - a. TD : 100/60-130-90 mmHg
 - b. Suhu: 36-37°C
 - c. Nadi: 80-100 x/menit
 - d. RR : 16-24 x/menit
3. His normal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
4. Kala I pada primigravida <13 jam, pada multigravida <7 jam
5. Kala II pada primigravida <2 jam, pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, mengis kuat, gerak aktif
7. Kala III pada primigravida <30 menit, pada multigravida <15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap

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

Intervensi: menurut Wiknjosastro (2009)

Kala I:

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/ ibu yang melakukan persiapan dalam menghadapi persalinan memiliki pengetahuan tentang proses persalinan. Mereka biasanya menginginkan dan membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinan ibu

2. Ajarkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his.

Teknik relaksasi yaitu dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut setelah masing-masing kontraksi

R/ teknik ini berfungsi ganda, tidak hanya meningkatkan relaksasi, tetapi juga berfungsi membersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi

3. Observasi sesuai partograf seperti his, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan TTV ibu

R/ partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama

4. Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak tidur terlentang

R/ jika ibu tidur dengan posisi terlentang, maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan O_2 melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Tidur terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif

5. Beri asupan nutrisi pada ibu dan beri ibu makan serta minum

R/ makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi

6. Anjurkan ibu untuk BAK maupun BAB jika terasa

R/ kandung kemih yang terisi penuh mengganggu penurunan kepala janin. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin

7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan

R/ menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita

8. Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering

R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi

9. Gunakan teknik sentuhan fisik

R/ sentuhan yang diberikan pada wanita (tungkai, kepala, lengan) dapat mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan dan pengertian serta dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian dan sebagainya

10. Berikan usapan pada punggung maupun abdomen

R/ usapan pada punggung dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada abdomen dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita

11. Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi

R/ mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effecement, ketubana, bagian terendah janin sesuai dengan partograf (Handayani, 2010).

Kala II

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

R/ gejala dan tanda kala II merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir

R/ ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka

3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan

R/ celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit

4. Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010)

5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

R/ penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah atau cairan lainya (Varney, *et all*, 2009).

6. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/ semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril

7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT

R/ membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan untuk pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu

8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

R/ mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, kemudian cuci tangan

R/ upaya pencegahan infeksi

10. Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit)

R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anesthesia atau posisi yang tidak tepat

11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai keinginan ibu

R/ mempermudah ibu untuk meneran

12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat kondisikan ibu setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman

R/ posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman, aman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua

posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya

13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran

R/ meneran berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunya pasokan oksigen melalui plasenta

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit

R/ posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan dalam kala II dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010).

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

R/ handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi baru lahir

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagian dibawah bokong ibu

R/ kain bersih yang dilipat 1/3 sebagian dipersiapkan untuk tindakan stenen

17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

R/ ketidaklengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah atau cairan lainya (Varney, *et all*, 2009).

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal

R/ melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mnegurangi keregangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum

20. Periksa kemungkinan adanya lilitan talipusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi

R/ prasat ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat berada di sekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat lilitannya sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, *et all*, 2009).

21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

R/ tidak adanya putaran paksi luar mengindikasikan adanya distosia bahu

22. Setelah putar paksi luar selesai pegang kepala bayi secara biparietal anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

R/ penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula atau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan ke arah atas dan luar secara biparetal merupakan mekanisme persalinan yang disebut kelahiran bahu dan tubuh dengan fleksi lateral melalui kuva carus (Varney, *et all*, 2009).

23. Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah untuk menompang kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
R/ mengontrol lengan atas, siku, dan tangan belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak, tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum (Varney, *et all*, 2009).

24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

R/ tindakan ini memungkinkan untuk menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan jari-jari (Varney, *et all*, 2009).

25. Lakukan penilaian pada bayi baru lahir secara selintas

R/ proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi atau tidak

26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainya kecuali telapak tangan. Ganti handuk yang basah dengan handuk kering

R/ menghindari terjadinya hipotermi pada bayi

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

R/ oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurunkan pasokan oksigen kepada bayi. Jangan menekan kuat korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

R/ ibu akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan

Kala III

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha atas (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

R/ oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mnegurangi kehilangan darah.

Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah

30. Setelah pasca persalinan , jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 2 cm dari klem pertama

R/ memberi cukup waktu bagi tali pusat untuk mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

31. Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat

R/ mempermudah tindakan PTT

32. Letakkan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel didada ibu, usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih dari puting susu atau areola mammae

R/ memungkinkan bayi segera melakukan kontak dengan ibunya sehingga meningkatkan bonding attachment antara bayi dan ibu

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

R/ mempermudah tindakan PTT, serta mencegah terjadinya avulsi

34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (ditepi atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi, tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat R/ PTT yang dilakukan pada saat plasenta berkontraksi mengurangi risiko terjadinya perdarahan

35. Setelah uterus berkontraksi tegangkan talipusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorsol cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat terkendali dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas

R/ pengeluaran plasenta yang terlalu dipaksakan meningkatkan risiko terjadinya invertio uteri

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

R/ melakukan PTT akan memungkinkan bidan dapat melahirkan plasenta secara aman segera setelah plasenta terlepas. Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah

dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

37. Saat plasenta muncul diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

R/ teknik ini dilakukan untuk mencegah robekan selaput ketuban

38. Segera setelah plasenta dan ketuban lahir, lakukan massage uterus letakkan telapak tangan difundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

R/ massage uterus merangsang kontraksi, mencegah perdarahan yang berlebih

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus

R/ sisa selaput ketuban atau plasenta yang tertinggal di dalam uterus akan menyebabkan perdarahan dan infeksi

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahaan

R/ penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayat, 2011).

Kala IV

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

R/ mencegah perdarahan yang berlebih

42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam pada larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010)

43. Pastikan kandung kemih kosong tiap 15 menit selama 1 jam pertama postpartum dan tiap 30 menit selama 1 jam kedua postpartum

R/ kandung kemih yang penuh akan mengganggu kontraksi uterus dan menghambat proses involusi

44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi

R/ informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan postpartum

45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/ memperkirakan jumlah kehilangan darah pada ibu

46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

R/ nadi lebih dari >100 x/menit mengindikasikan ibu mengalami syok akibat kehilangan darah

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali / menit) serta suhu normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$)

R/ memantau keadaan bayi

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi

R/ upaya pencegahan infeksi

49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

R/ upaya pencegahan infeksi

50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan

ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

R/ upaya pencegahan infeksi

51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan ibu

R/ merangsang produksi ASI pada ibu

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

R/ upaya pencegahan infeksi

53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balika bagian dalam keluar dan rendan dalam laruta korin 0,5% selama 10 menit

R/ upaya pencegahan infeksi

54. Cuci kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan menggunakan *tissue* atau handuk yang bersih dan kering

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010)

55. Pakai sarung tangan bersih /DTT

R/ penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap

cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah atau cairan lainnya (Varney, *et all*, 2009).

56. lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir

R/ mendeteksi dini adanya komplikasi ataupun penyakit kongenital pada bayi baru lahir

57. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksi

infeksi vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali / menit) dan temperature tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit. Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi HB0 dipaha kanan lateral

R/ upaya pencegahan terhadap infeksi mata, perdaarahan intrakranial dan penyakit hepatitis pada bayi baru lahir

58. Lepaskan sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% dalam keadaan terbalik selama 10 menit

R/ upaya pencegahan infeksi

59. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian

keringkan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010)

60. Lengkapi partograf

R/ mendapatkan informasi selama persalinan untuk pengambilan tindakan

Potensi masalah

1. Masalah 1 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan ibu berkurang

Kriteria : ibu merasa tenang

Intervensi : menurut Wiknjosastro (2009)

a. Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/ persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

b. Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/ seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisinya

c. Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/ ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan

2. Masalah 2 : ketidaknyamanan menghadapi persalinan

Tujuan : ibu merasa nyaman menghadapi persalinan

Kriteria : ibu nampak nyaman

Intervensi : menurut Marmi (2012)

a. Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu dalam menghadapi proses persalinan

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

R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menenangkan dan menenangkan ibu

c. Berikan usapan punggung

R/ usapan punggung meningkatkan relaksasi

d. Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas

R/ ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat

e. Pemberian kompres panas pada punggung

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

3. Masalah 3 : kekurangan cairan

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : nadi 76-100 x/menit, urine jernih, produksi urine 30 cc/jam

Intervensi : menurut Wiknjosastro (2009)

- a. Anjurkan ibu untuk minum

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

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

R/ pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh

- c. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir

R/ rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi

4. Masalah 4 : infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria :

- a. TTV dalam keadaan normal

1) Nadi : 76-100 x/menit

2) Suhu : 36-37,5°C

- b. KU baik

- c. Cairan ketuban/vagina tidak berbau

Intervensi : menurut Saifuddin (2011)

- a. Baringkan ibu miring ke kiri

R/ tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan

- b. Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125 ml/jam

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

- c. Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicilin 2 gram/oral

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

- d. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric

R/ infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan jannin

5. Masalah 5 : kram tungkai

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi : menurut Varney, *et all* (2009)

- a. Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ meluruskan tungkai dapat memperlancar peredaran darah ke ekstermitas bawah

b. Atur posisi dorsofleksi

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

c. Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas

6. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan)

Tujuan : dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria : bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi :

Menurut Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan

a. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/ tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi

b. Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ hipotermiaa mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam keadaan ruangan yang relatif hangat

c. Bounding attachmen dan lakukan IMD

R/ bounding attachmen dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi

d. Berikan Vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/ vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial

e. Berikan salep mata

R/ salep mata sebagai profilaksis

7. Masalah 7 : Retensio plasenta

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi : menurut Wiknjosastro (2009)

a. Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infuse menggunakan jarum besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS dengan 20 IU oksitosin

b. Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut

c. Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetric

d. Dampingi ibu ke tempat rujukan

e. Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan

8. Masalah 8 : terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi : menurut Varney, *et all* (2009)

a. Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

b. Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati.

Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso cranial pada uterus

c. Setelah plasenta lahir, lakukan massage uterus dan periksa plasenta

d. Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

9. Masalah 9 : atonia uteri

Tujuan : atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : kontraksi uterus baik, keras, bundar, perdarahan <500 cc

Intervensi : menurut Wiknjastro (2009)

- a. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- b. Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin secara IM atau misoprostol 600-1000 mcg/rectal dan gunakan jarum berdiameter besar ukuran 16/18, pasang infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 IU oksitosin
- c. Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI
- d. Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah
- e. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan

10. Masalah 10 : robekan vagina, perineum, atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum, atau serviks dapat teratasi

Kriteria : robekan vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik, perdarahan <500 cc

Intervensi : menurut Kamariyah (2014)

- a. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- b. Jika terjadi laserasi derajat 1 dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat 2 lakukan penjahitan
- c. Jika laserasi derajat 3 atau 4 atau robekan serviks, maka:
 - 1) Pasang infuse dengan menggunakan jarum berdiameter 16/18 dan berikan RL atau NS
 - 2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
 - 3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric
 - 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

11. Masalah 11 : sub involusi uteri karena kandung kemih penuh

Tujuan : involusi uterus berjalan normal

Kriteria : TFU 2 jari di bawah pusat

Intervensi : menurut Varney, *et all* (2009)

- a. Lakukan pengosongan kandung kemih

R/ kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi

- b. Lakukan massage pada fundus uteri

R/ massage dapat merangsang kontraksi uterus

d. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007)

e. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

f. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, dengan kriteria:

a. Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukaan jugaa untuk semua asuhan, yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Nifas

A. Data Subyektif

1. Identitas

- a. Nama: Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).
- b. Umur: Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti <20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur >35 tahun rentan sekali untuk perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).
- c. Agama: Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Manuaba, 2010).
- d. Pendidikan: Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Manuaba, 2010).
- e. Pekerjaan: Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010).
- f. Alamat: Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010).

2. Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010). Keluhan yang sering dialami ibu nifas antara lain:

a. Nyeri setelah melahirkan

After pain atau nyeri sesudah partus akibat kontraksi uterus, kadang-kadang sangat mengganggu selama 2-3 hari postpartum. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara, tonus otot uterusnya masih kuat dan terus tetap berkontraksi. Perasaan nyeri ini lebih terasa bila wanita tersebut sedang menyusui. Perasaan sakit itupun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban. Plasenta atau gumpalan darah di dalam cavum uteri (Ambarwati, 2010).

b. Keringat Berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebih untuk mengeluarkan panas karena tubuh menggunakan rute ini karena kelebihan cairan interstitial intraseluler selama kehamilan. Cara mengatasinya sangat sederhana yaitu

dengan membuat kulit tetap bersih dan kering (Varney, *et all*, 2009).

c. Pembesaran Payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 pasca persalinan. Baik pada ibu menyusui maupun tidak dan berakhir sekitar 24-48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Dari hal tersebut peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan (Varney, *et all*, 2009).

d. Nyeri Luka Perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut (Cunningham, 2014)

e. Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat 3 atau 4 (Varney, *et all*, 2009).

f. Hemoroid

Wanita yang mengalami hemoroid mungkin merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melaahirkan (Varney, *et al*, 2009).

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini digunakan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti jantung, DM, Hipertensi, Asma, TBC yang dapat memengaruhi masa nifas (Ambarwati, 2010).

b. Riwayat kesehatan sekarang

Data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya (Anggraini, 2010).

c. 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 menyertainya (Ambarwati, 2010).

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Haid

Data ini diperlukan untuk menggambarkan dasar dari organ reproduksi ibu diantaranya adalah menarche, siklus, lamanya, volume, keluhan (Saifuddin, 2013).

b. Riwayat Nifas yang Lalu

Masa nifas yang lalu tidak memiliki penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas sekarang juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak usia 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ke-3, berwarna merah. Lokhea serosa hari ke 4-9, berwarna kecoklatan. Lokhea alba hari ke 10-15, berwarna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lokhea statis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu menyusui ≤ 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

c. Riwayat Nifas Sekarang

Ibu harus dianjurkan supaya menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser, *et al*, 2009)

d. Riwayat KB

Untuk mengetahui KB apa yang pernah digunakan, jika ber KB lamanya berapa tahun, alat kontrasepsi apa yang digunakan (Manuaba, 2010).

5. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010). Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari (ibu harus mengonsumsi 3-4 porsi per hari). Selain itu ibu harus minum sedikitnya 3 liter air per hari. Pil zat besi setidaknya 40 hari pasca persalinan. Minum kapsul vitamin A (200 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Heryani, 2010).

b. Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Sulistyawati, 211).

c. Personal Hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana cara membersihkan daerah kelaamin dengan menggunakan sabun dan air. Menyarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali sehari. Personal hygiene dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayinya. Hal ini yang dapat dilakukan dalam perawatan kebersihan diri yaitu : mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, kebersihan kuku (Sulistyawati, 2011).

d. Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu postpartum. Pemenuhan kebutuhan istirahat pada siang hari sangat penting untuk mempercepat pemulihan kondisi fisik, dan istirahat malam hari rata-rata waktu yang dibutuhkan yaitu 6-8 jam (Sulistyawati, 2011).

e. Aktivitas Sehari-hari

Menggambarkan seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien dirumah. Jika terlalu berat dapat menyebabkan terjadi perdarahan pervaginam (Fraser, *et al*, 2011).

f. Aktivitas Seksual

Hal yang perlu dikaji yaitu berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu. Mengalami gangguan

apakah ketika melakukan hubungan seksual, misalnya nyeri saat berhubungan (Sulistyawati, 2011).

6. Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah dibagian tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga dapat menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkoba mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

7. Riwayat Psikologi Spiritual

Ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan yang biasanya disebut dengan Postpartum Blues, sebagai perwujudan fenomena psikologis yaang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya (Anggraini, 2010).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan memiliki kriteria:

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

4) Lemah: jika pasien kurang atau tidak memberi respon baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri.

(Sulistyawati, 2010)

b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal), sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2011)

c. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik maupun diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, *et all*, 2009).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi >100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, *et al*, 2009).

3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerpuralis. Kenaikan suhu yang terjadi pada masa nifas, dianggap kemungkinan sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2013).

4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, kekurangan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, *et al*, 2009).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2010).

b. Muka

Tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat, dan tidak ada oedema (Romauli, 2011).

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan kemungkinan terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan terjadi konjungtivitis (Romauli, 2011).

d. Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, adanya secret atau tidak (Sulistyawati, 2012).

e. Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya karies gigi, gusi berdarah atau tidak (Sulistyawati, 2012).

f. Telinga

Normal, tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

g. Leher

Untuk mengetahui ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembengkakan kelenjar limfe dan pembendungan vena jugularis (Sulistyawati, 2012).

h. Payudara

Pembesaran puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI sudah keluar atau belum, ada atau tidak pembengkakan, radang atau benjolan abnormal (Saifuddin, 2013).

i. Abdomen

Pada abdomen yang harus diperiksa adalah posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2013).

j. Genitalia dan Perineum

Hal yang harus diperiksa pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2013).

k. Ekstermitas Bawah

Flagmasia alba dolens merupakan salah satu bentuk infeksi puerpuralis yang mengenai pembuluh darah vena

femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010).

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, dan anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2010).

C. Analisa Data

Analisis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif, mencakup diagnosa/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosa/masalah potensial (Muslihatun, 2010)

D. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P..A.. Hari ke... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012). P_{APIAH}, postpartum hari ke..., laktasi lancar, lokhea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah

gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, *et all*, 2009).

E. Intervensi

Diagnosa: PAPIAH, Postpartum hari ke-..., laktasi lancar, lokhea normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2011)

Tujuan: masa nifas dapat berjalan dengan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayinya

Kriteria Hasil:

1. Keadaan umum : kesadaran Composmentis
2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras) (Manuaba, 2010)
3. Tanda-tanda Vital
 - a. Tekanan Darah : 110/70- 130/90 mmHg
 - b. Nadi : 60-80 x/menit
 - c. Suhu : 36-37,5°C
 - d. RR : 16-24 x/menit (Sulistyawati, 2011)
4. Laktasi Normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, dan merupakan

bahan yang sangat kaya akan anti oksidan. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira pada hari ke-14 (Suherni, 2010)

5. Involusi Uterus Normal

Involusi uteri adalah proses kembalinya uterus ke ukuran dan bentuk seperti semula sebelum hamil. Subinvolusi uteri adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan salah satu dari penyebab umum perdarahan postpartum (Rahayu, 2017)

Tabel 2.14
Perubahan uterus selama postpartum

Waktu	TFU	Bobot	Diameter	Serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
12 jam	Sekitar 12-13 cm di atas simfisis/ 1 cm dibawah pusat/sepusat	-	-	-
3 hari	3 cm di bawah pusat selanjutnya turun 1 cm/hari	-	-	-
Hari ke-7	5-6 cm dari pinggir atas simfisi atau pertengahan pusat dan simfisis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Rahayu, 2017: 85

6. Lokhea normal

Lokhea rubra keluar dari hari ke 1-3, berwarna merah kehitaman. Lokhea sanguinolenta keluar dari hari ke 4-7, berwarna putih bercampur merah. Lokhea serosa, keluar dari hari ke 7-14, berwarna kekuningan. Lokhea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

Intervensi:

- a. Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi dan lokhea

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2013).

- b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2013).

- c. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh ibu menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012).

- d. Beri konseling ibu tentang KB pascapersalinan
R/ untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012).
- e. Anjurkan ibu untuk mengimunisasi bayinya
R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Kemungkinan Masalah

- a. Masalah 1 : Konstipasi
 - Tujuan : setelah diberikan asuhan, masalah konstipasi dapat teratasi
 - Kriteria hasil : ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
 - Intervensi : menurut Sulistyawati (2009)
 - 1) Jelaskan fisiologis konstipasi yang dialami ibu
R/ ibu faham dan tidak cemas lagi
 - 2) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari
R/ cairan dapat memperlancar kerja peristaltik usus
 - 3) Anjurkan ibu segera BAB bila terasa
R/ berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses

4) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serta serat dalam diet

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat

5) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut dalam keadaan kosong)

R/ dengan minum air panas/dingin dapat merangsang BAB

b. Masalah 2 : Retensi Urine

Tujuan : setelah diberikan asuhan, masalah retensi urine dapat teratasi

Kriteria hasil : ibu bisa BAK setelah 2 jam postpartum

Intervensi : menurut Utami, dkk (2014)

1) Lakukan pemasangan kateter tetap selama 24 jam

R/ menjaga kandung kemih agar tetap kosong

2) Lakukan Balder Training dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a) Berikan edukasi kepada klien tentang pentingnya eliminasi BAK spontan setelah melahirkan

R/ retensi urine pada masa nifas dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan

aktivitas menyusui karena ibu tidak akan merasa nyaman melakukan aktivitas dan nyeri perut bagian bawah karena kandung kemih penuh dan menyebabkan sub involusi uterus

b) Berikan air minum

R/ hal ini dimungkinkan dengan adanya asupan cairan yang dapat menstimulasi kerja ginjal, sehingga akan timbul keinginan ibu untuk berkemih

c) Ukur TTV dan Ballder Training dimulai dari 2 jam postpartum

R/ hal ini diperlukan karena ibu perlu kondisi yang stabil untuk tudurn dari tempat tidur dan mengikuti program Ballder Training untuk mempercepat pemulihan kondisi setelah melahirkan diperlukanya ambulasi dini dan berkemih setelah 2 jam postpartum untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum.

d) Bawa klien ke toilet untuk BAK dengan posisi duduk dan menyiram perineum dengan air hangat

R/ hal ini dimungkinkan untuk merilekskan kandung kemih sehingga ibu dapat berkemih dengan nyaman.

- e) Buka kran air maksimal 15 menit dimulai sejak klien berada di toilet

R/ stimulus yang dapat mempercepat rasa ingin berkemih

- f) Observasi apakah ibu sudah BAK/ belum

R/ hal ini dimungkinkan untuk mengetahui kemampuan ibu berkemih setelah melahirkan dalam batas normal atau terdapat masalah setelah melahirkan.

- g) Ulang Ballder Training setiaan 2 jam bila belum bisa BAK

R/ hal ini dimungkinkan untuk melihat perkembangan berkemih setiap 2 jam

c. Masalah 3 : Nyeri pada Luka Jahitan

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria hasil : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktifitas ibu tidak terganggu

Intervensi : menurut Purwanti (2012: 89)

1) Observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi

2) Ajarkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/ Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu

3) Ajarkan pada ibu cara perawatan perineum yang benar

R/ perawatan perineum secara benar dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi

4) Beri analgesik oral (Paracetamol 500 mg setiap jam bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

d. Masalah 4 : After Pain

Tujuan : setelah diberikan asuhan, after pain dapat teratasi

Kriteria hasil : rasa nyeri ibu dapat berkurang dan aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi : menurut Bahiyatun (2010)

1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin

R/ kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak paadaa nyeri after pain

- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

- 3) Jika perlu diberikan analgesik (paracetaamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

e. Masalah 5 : Pembengkakan Payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara

Teratasi

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

Intervensi : menurut Manuaba (2010)

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara
R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak
- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain/ handuk yang hangat pada payudara
R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang
- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara
R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami
- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui
R/ kompres dingin dapat membuat otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang
- 6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh
R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara

7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral 4 jam
bila perlu

R/ dapat mengurangi nyeri

F. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007)

G. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

H. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai

keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, dengan kriteria:

c. Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

d. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan jugaa untuk semua asuhan, yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

A. Data Subyektif

1. Identitas

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

2. Keluhan Utama

Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012).

3. Riwayat Antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan kehamilan. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi baru lahir (Varney, *et all*, 2009).

4. Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnoin yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk terjadinya infeksi neonatal. Cairan amnion bercampur mekonium meningkatkan

risiko terjadinya penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan, seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme neonatus. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonates (Walsh, 2012).

5. Riwayat Post Natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk menelan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney, *et all*, 2009).



6. Imunisasi

Tabel 2.15
Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi akan pulang (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepala bayi lain)
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi prematur dan HbsAg ibu negatif, maka imunisasi ditunda sampai baayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil negatif maka imunisasi BCG dapat diberikan
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia 6 minggu
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu
4 bulan	DPT-2	Dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasi dengan HB-2
	Polio-2	Diberikan bersamaan dengan DPT-2
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah atau dikombinasi dengan HB-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan dengan DPT-3
	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi sebaiknya 5 bulan
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan

Sumber: Dewi, 2010: 33

7. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan, taksiran kebutuhan selama 2 bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg/hari. Secara umum bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kg/hari (Marmi, 2012).

Tabel 2.16
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-10	150-200 ml	120 kal

Sumber: Saifuddin, 2013: 380

b. Eliminasi

1) Buang Air Kecil

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8-10 x/ha atau popok kotor/hari (Walsh, 2012). Biasanya terdapat urine dalam jumlah kecil paada kaandung kemih bayi saat lahir, tetapi kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012:)

2) Buang Air Besar

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini

disebut dengan mekonium. Fases pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak dan sel epitel. Sejak hari ke 3-5 kelahiran, fases mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, *et all*, 2009).

c. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam/hari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012).

Tabel 2.17
Perubahan Pola Tidur Bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber: Dewi, 2011: 29

d. Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya

perlu dilakukan sekali atau 2 kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara. Yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Winarsih, 2010).

e. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun, adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi nilai hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2013).

f. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang, sehingga dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2013). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsangan sejak dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, *et al*, 2009).

C. Data Obyektif

1. Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5-37,5°C (Winarsih, 2010). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2010).

2. Tanda-tanda Vital

a. 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 x/menit (Saifuddin, 2013).

Tabel 2.18
Apgar Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis

Sumber: Saifuddin, 2013: 138

b. Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5 °C (Varney, *et all*, 2009)

c. Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 x/menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktivitas atau dalam kondisi tidur (Fraser, *et all*, 2009)

3. Antropometri

a. Berat Badan

Terjadi penurunan berat badan dalam waktu 3 hari pertama setelah kelahiran karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Berat badan seabinya setiap hari, karena apabila terjadi penurunan 5% dari berat badan lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2013).

Tabel 2.19

Penurunan dan Penambahan Berat Badan Sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB dalam bulan pertama
1 minggu	Turun samapai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram/hari)
1 bulan	Naik setidaknya 300 gram dalam bulan pertama

Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat

Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi setidaknya 20 gram

Sumber: Wiknjosastro, 2015

b. Panjang Badan

Panjang bayi baru lahir terlentang rata menghadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan cm (Varney, *et all*, 2009)

c. Ukuran Kepala

- 1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- 2) Diameter oksipito frontalis : 11-12 cm
- 3) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- 4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- 5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- 6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- 7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatika : 33-34 cm
- 8) Sirkumferensia submento-bregmatika : 32-33 cm
- 9) Sirkumferensia oksipito-frontalis : 33-35 cm
- 10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm
- 11) Lingkar dada : 33-38 cm
- 12) Lingkar lengan : 11 cm. (Winkjosastro, 2009)

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilanya normal. Satuan yang berjarak lebar mengindikasikan bayi pereterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran, misalnya: capu succedaneum (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), sefal hematoma (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak didaerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari ke-2 dan ke-3). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes, dan sebagainya (Marmi, 2012).

b. Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian irir, untuk mengetahui bagian titik putih pada irirs sebagai bercak Brushfield,

dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi, kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012).

c. Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

d. Mulut

Terdapat adanya stomatitis pada mulus merupakan tanda adanya oral thrush (Marmi, 2012). Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2013). Membrane mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Refleks menghisap dan menelan terkoordinasi (Fraser, *et al*, 2009). Simetris tidak ada sumbing (skiziz), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2012).

e. Telinga

Tulang kartilago telinga sudah sempurna dibentuk. Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2013).

f. Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

g. Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

h. Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia difragmatika. Abdomen

membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainya. Dan apabila perut kembang kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel, ataaau duktus omfalokentriskus persisten (Marmi, 2012). Bentuk penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012).

i. Genetalia

1) Perempuan

Terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang eretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

2) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012).

j. Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama,

jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012).

k. Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukkan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstermitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin kesimetrisan. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012).

1. Kulit dan Kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit panjang daripada ujung jari (Fraser, *et all*, 2009). Dalam keadaan normal kuli berwarna kemerahan, kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus

dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering timbul di sekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2013).

5. Pemeriksaan Neurologis

a. Refleks Berkedip (Glabellar Reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012).

b. Refleks Mencari (Rooting Reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012).

c. Refleks Menghisap (Sucling Reflex)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi, 2012).

d. Refleks menelan (Swallowing Reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2015).

e. Refleks Menggenggam (Grasping Reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek, misalnya jari, respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012).

f. Refleks Terkejut (Morrison Reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan aduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusat (Marmi, 2012).

g. Refleks Babinsky

Goreskan jari ke telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua

jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012).

h. Refleks Menoleh (Tonikneck Reflex)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi, bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012).

i. Refleks Ekstruksi

Cara mengukurnya dengan menyentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

C. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik, kemungkinan masalah, hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2012).

D. Perencanaan

Diagnosa : neonatus normal, usia 0-28 hari, aterm, lahir normal/tindakan/secsio caesaria, jenis kelamin laki-laki/perempuan, Keadaan umum baik

Tujuan : bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan

Kriteria hasil : bayi nyaman, orang tua tidak merasa khawatir, tidak terjadi komplikasi pada bayi

Intervensi : menurut Walyani (2015)

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan petugas

2. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis pada bayi usia 0-28 hari

R/ dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan-perubahan fisiologis pada bayi, ibu mampu merawat bayinya

3. Jelaskan pada ibu mengenai kebutuhan dasar pada bayi baru lahir

R/ ibu dapat memenuhi kebutuhan dasar bayinya

4. Jelaskan tanda bahaya bayi pada ibunya

R/ jika ditemui tanda bahaya orang tua dapat segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

5. Ajarkan pada orang tua cara perawatan bayi sehari-hari

R/ orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

6. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan neonatal minimal 3x kunjungan, yaitu kunjungan ke-1 (KN1) pada 6-48 jam, KN2 dilakukan pada usia 3-7 hari

setelah bayi lahir, KN3 pada waktu 8-28 hari setelah bayi lahir.

R/ untuk memantau keadaan neonatus.

Kemungkinan Masalah:

1. Masalah 1 : Ikterik

Tujuan : ikterik tidak terjadi lagi

Kriteria hasil : kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL. Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi : menurut Varney, *et all* (2009)

a. Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hermolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

b. Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya

refleks moro, merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kernikterus)

- c. Berikan ASI segera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkat reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium

2. Masalah 2 : Hipoglikemi

Tujuan : tidak terjadi hipoglikemi

Kriteria hasil : kadar glukosa dalam darah >45 mg/dL. Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernafasan tidak teratur, apnea, sianosi, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi (Marmi, 2012).

Intervensi : menurut Marmi (2012).

- a. Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/ bayi preterm, bayi dari ibu dengan riwayat diabetes, neonatus dengan asfiksia, stres karena

kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

b. Kaji bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini kan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

c. Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah terjadinya hipoglikemi

d. Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran

R/ bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil

e. Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

3. Masalah 3 : Miliariasis

Tujuan : miliariasis teratasi

Kriteria hasil : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh

Intervensi : menurut Marmi (2012).

a. Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang-ulang dapat menyubut pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis

b. Kenakan pakaian berbahan katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

c. Mandikan bayi secara teratur 2 x/hari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebih

d. Periksakan bayi ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka, rewel, dan sulit tidur

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat

4. Masalah 4 : Hipotermi

Tujuan : tidak terjadi hipotermi

Kriteria hasil : tidak ada tanda tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema, suhu bayi 36,5-37,5°C

Intervensi : menurut Saifuddin (2009)

a. Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan peraksila atau kulit

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin

b. Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan segera mengganti popok yang basah

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi

c. Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

5. Masalah 5 : Muntah dan Gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh

Kriteria hasil : tidak muntah dan gumoh setelah gumoh, dan bayi tidak rewel

Intervensi : menurut Marmi (2012).

a. Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

b. Sendawakan bayi setelah menyusui

R/ sendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

6. Masalah 6 : Seborrhea

Tujuan : seborrhea tidak terjadi

Kriteria hasil :

a. Tidak timbul ruam tebal berkeropeng

b. Berwarna kuning di kulit kepala

c. Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi : menurut Marmi (2012)

a. Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu.

R/ shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

b. Oleskan krim Hydrocortisone

R/ krim Hydrocortisone mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe

c. Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kepala dengan shampo secara perlahan

R/ pencucian rambut setiap hari mengakibatkan jamur penyebab ketombe sulit berkembang

7. Masalah 7 : Oral Trush

Tujuan : oral trush tidak terjadi lagi

Kriteria hasil : mulut bayi tampak bersih

Intervensi : menurut Marmi (2012)

a. Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral trush

b. Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu

- c. Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui

R/ mencegah timbulnya oral thrush

8. Masalah 8 : Diaper Rash

Tujuan : diaper rash dapat teratasi

Kriteria hasil : tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi : menurut Marmi (2012)

- a. Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung ganti dengan yang baru

R/ menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi

- b. Hindari pemakaian diaper terlalu sering

R/ mencegah timbulnya diaper rash

- c. Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urine atau kotoran dikulit bayi

R/ kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya diaper rash

d. Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya diaper rash

E. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007)

F. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, dengan kriteria:

- e. Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- f. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan juga untuk semua asuhan, yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.5 Pada Keluarga Berencana

A. Data Subyektif

1. Identitas

a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari supaya tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011).

b. Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut dalam membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

d. Pendidikan

Semakin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntukan KB, susuk KB, atau alat susuk bawah kulit (AKDR) (Manuaba, 2012).

e. Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

f. Alamat

Sebagai data mengenai distribusi lokal pasien, selain itu juga dapat memberikan gambaran jarak dan waktu tempuh pasien menuju lokasi pemeriksaan. (Sulistiyawati, dkk, 2010)

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu pasca salin menurut Saifuddin (2013), adalah sebagai berikut:

- a. Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- b. Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi

3. Riwayat Kesehatan

- a. Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010).

- b. Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (Affandi, 2012).

- c. Penyakit stroke, jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- d. Pasien dengan kelainan jantung derajat III dan IV sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hartanto, 2015).
- e. Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvic, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2011).

4. Riwayat Kebidanan

a. Haid

Pada ibu pasca bersalin, tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haid nya lagi, itu merupakan pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari pasca bersalin dapat diabaikan (belum mendapat haid) (Manuaba, 2010).

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang Lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septik dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR. Pada ibu pasca keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi. Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga Hb <7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Saifuddin, 2010).

5. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut. Pasien yang pernah mengalami ekspulsi AKDR, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari AKDR, ketidakmampuan memeriksa sendiri ekor AKDR merupakan kontra indikasi untuk KB AKDR (Hartanto, 2015).

6. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor untuk makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015).

b. Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

c. Istirahat dan Tidur

Gangguan tidur yang dialami oleh ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

d. Pola seksual

Pada pengguna kontrasepsi jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

7. Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat tuberculosi (rifampisin) atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Tanda-tanda Vital

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg.

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, *et al*, 2009).

b. Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg.

Wanita dengan indeks masa tubuh $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2010).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, netuk, kontur, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, *et al*, 2009).

b. Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

c. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. (Saifuddin, 2010).

d. Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan meliputi nafas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa) (Varney, *et all*, 2009).

e. Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan meliputi pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, benjolan, lesi, dan rabas adanya benda asing di

saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan parut, perforasi) (Varney, *et all*, 2009)

f. Mulut dan Tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan meliputi:

- 1) Bau nafas
- 2) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor dan fisura
- 3) Mulut dan mukosa: lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
- 4) Gigi: kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies
- 5) Gusi: perdarahan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat
- 6) Lidah: kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan, selaput pada lidah, pergerakan lidah, penyimpangan lidah.
- 7) Uvula: deviasi uvula, ukuran, pembesaran
- 8) Orofaring: tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsil, dan tonsillar pilar, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi,

tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil (Varney, *et all*, 2009).

g. Leher

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

h. Dada dan Paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan (Romauli, 2011). Interkosta dan atau subklavikula, ekskursi pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak napas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru: bunyi napas normal, rales, mengi, friction rub dan bunyi tambahan lain (Varney, *et all*, 2009).

i. Payudara

Untuk pengguna KB MAL pembesraan payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, putting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong. Pemakaian KB hormonal memiliki kontraindikasi pada ibu yang

memiliki kanker payudara dimana pembesaran payudara tidak simetris, tegang, ada benjolan abnormal, ada cairan abnormal, puting susu ada tarikan ke dalam. Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2012).

j. Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

k. Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorea (Hartanto, 2015). 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, 2010).

l. Ekstermitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010).

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina, selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan (Varney, *et all*, 2009).

b. Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan ini dilakukan saat pasien akan menggunakan KB IUD, dan bertujuan untuk:

- 1) Memastikan gerakan serviks bebas
- 2) Menentukan besar dan posisi uterus
- 3) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- 4) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa (Varney, *et all*, 2009).

C. Diagnosa Kebidanan

$P_{\geq 1}$, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/kontap/progestin, keadaan umum baik, tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik (Saifuddin, 2010).

D. Perencanaan

Diagnosa kebidanan: $P_{\geq 1}$, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/kontap/ progestin, keadaan umum baik, tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik (Saifuddin, 2010).

Tujuan : ibu menjadi peserta KB

Kriteria hasil :

1. Ibu memilih alat kontrasepsi
2. Ibu menggunakan metode sesuai dengan pilihannya

Intevensi : menurut Saifuddin (2010).

1. Sapa dan beri salam klien dengan terbuka dan sopan
R/ meyakinkan klien membangun rasa percaya diri
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)
R/ membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien
3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi, kontraindikasi
R/ penjelasan yang tepat dan terperinci membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan
4. Bantu klien memilih pilihannya
R/ klien mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya
5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien
R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana cara menggunakan kontrasepsi pilihanya

R/ penjelasan yang lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi

7. Persilahkan klien dan pasangannya mengisi inform consent

R/ setiap tindakan medis yang mengandung risiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan

8. Lakukan konseling pra pelayanan KB meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan

R/ jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian kontrasepsi

9. Berikan pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu

R/ pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien

10. Berikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping, apa yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kunjungan ulang

R/ konseling pasca pelayanan membuat ibu menjadi tidak khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang

digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Potensi Masalah

1. Masalah 1 : Amenorhea

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi : menurut Saifuddin (2010)

a. Kaji pengetahuan pasien tentang amenorhea

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien

b. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ ibu dapat merasa tenang dengan kondisinya

c. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk

R/ pengaruh KB pada kehamilan dapat memengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB

2. Masalah 2 : Perdarahan Pervaginam yang Hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : perdarahan dan kekhawatiran ibu berkurang

Intervensi : menurut Arum (2011)

- a. Lakukan evaluasi penyebab perdarahan lainya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan
- R/ mengevaluasi penyebab lain perdarahan untuk mengambil tindakan yang sesuai

3. Masalah 3 : Pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

Kriteria : tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi : menurut Saifuddin (2010)

- a. Kaji keluhan pusing pasien
- R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan
- b. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara
- R/ akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal
- c. Ajari ibu teknik distraksi dan relaksasi
- R/ teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketergantungan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

4. Masalah 4 : Kenaikan Berat Badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indeks massa tubuh

Intervensi : menurut Arum (2011)

a. Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal merupakan suatu hal yang wajar

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal

b. Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

c. Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

d. Sarankan ibu untuk mengganti kontrasepsi dengan kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB yang digunakan

R/ memberikan kecemasan dalam memilih untuk akseptor KB

5. Masalah 5 : Perdarah bercak/ Spotting

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak/

spotting berkurang

Intervensi : menurut Saifuddin (2010)

- a. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya bercak/spotting

- b. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan lainnya

R/ memberikan klien alternatif alat kontrasepsi lain

F. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007)

G. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera

dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

H. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, dengan kriteria:

1. Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan jugaa untuk semua asuhan, yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

