

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang konsep dasar asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu masa hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana (KB).

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Saifuddin, 2014).

Kehamilan adalah suatu proses mata rantai yang berkesinambungan yang diawali dengan konsepsi yaitu pertemuan antara sel sperma laki dan sel telur wanita (ovum), sel telur ini bisa bertahan hidup selama maksimal 48 jam, selanjutnya sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasinya selama 2-4 hari, proses selanjutnya akan terjadi nidasi, jika nidasi terjadi barulah disebut adanya kehamilan, nidasi sendiri terjadi di dinding depan

atau belakang rahim dekat pada fundus uteri, semakin hari akan mengalami pertumbuhan, jika kehamilan berjalan normal maka semakin membesar dan kehamilan akan mencapai aterm (genap bulan) (Tyastuti, 2016).

B. Klasifikasi Kehamilan

1. Trimester I (antara 0-12 minggu)

Saat wanita dinyatakan hamil, jadi kadar progesteron dalam tubuh akan meningkat dan menimbulkan mual muntah pada pagi hari, lemah, letih dan pembesaran pada payudara, pada awal kehamilan ibu akan merasa membenci perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan dan kesedihan.

2. Trimester II (antara 13-27 minggu)

Ibu sudah bisa menerima kehamilannya dan bisa memulai menggunakan energy dan pikirannya secara konkrutif. Pada Trimester II ibu bisa merasakan kehamilannya. Sebagian ibu merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada Trimester I.

3. Trimester III (antara 28-40 minggu)

Pada trimester ini ibu akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda yang dianggap bisa membahayakan ibu dan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada

saat melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya.

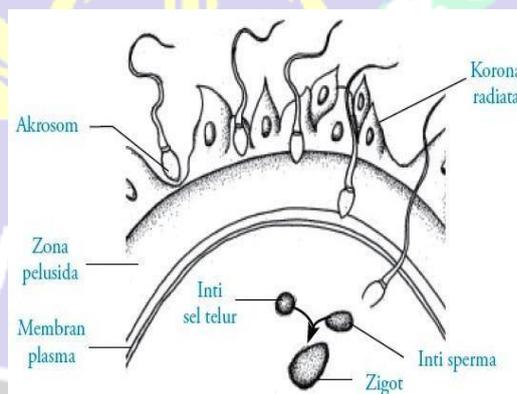
(Ari Sulistyawati, 2011b)

C. Proses Kehamilan

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

1. Fertilisasi

Fertilisasi yaitu proses ketika sel sperma laki-laki dan sel telur wanita bersatu, yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam. Proses ini terjadi di ampulla Tuba Fallopi. Area ini adalah area yang terluas di tuba fallopi, dekat dengan ovarium, dan jika terjadi fertilisasi di sini, tersedia cukup waktu bagi sel untuk mencapai kondisi yang tepat untuk berproses implantasi di uterus, setelah itu ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup sampai 48 jam. Kedua inti ovum dan spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot (Manuaba et al., 2010).



Gambar 2.1

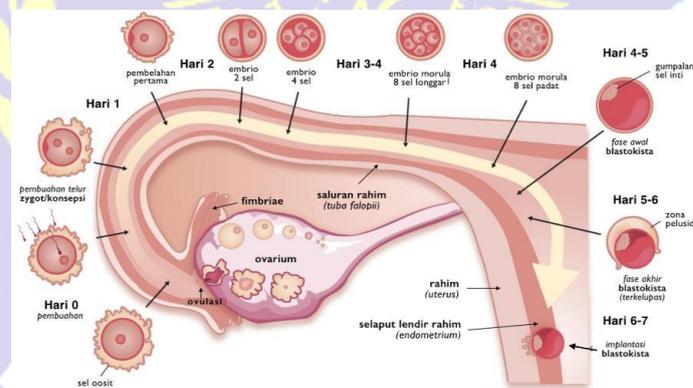
Proses Fertilisasi

Sumber : (Mandriwati, 2017)

2. Implantasi

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

Gambar 2.2
Proses implantasi



Sumber : (Mandriwati, 2017)

3. Pembentukan Plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasentasi, plasentasi sendiri terjadi sekitar 12-18 minggu setelah terjadinya fertilisasi. Pembentukan plasenta sendiri

berasal dari primer villi corialis, dan villi corialis sendiri akan mengalami pertumbuhan menjadi jaringan yaitu plasenta (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

4. Perkembangan Janin

a. Minggu ke 3

Proses pembuahan sel telur dan sperma yang terjadi pada minggu ke 2 dari hari pertama menstruasi terakhir (HPHT), Sel telur yang sudah dibuahi akan menempel pada dinding uterus, sehingga yang berawal dari sebuah satu titik sel telur akan menjadi satu organ yang terus berkembang (Indrayani, 2011)

b. Minggu ke 4-7

Bagian tubuh embrio pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang. Jantung, sirkulasi darah serta pencernaan juga sudah terbentuk. dan sudah mulai kelihatan dengan pemeriksaan USG, panjang embrio 0,64 mm (Indrayani, 2011).

c. Minggu ke 8

Pembentukan janin sudah semakin terlihat seperti ekstermitas dan jari-jari mulai memanjang dan memisah dan juga gerakan ekstermitas juga terarah, sudah terbuka dan kelopak mata sudah mulai menyatu, telinga sudah ada tetapi letaknya masih rendah, sebagian kecil usus yang

terletak di bagian proksimal tali pusat, Genitalia sudah memiliki gender yang spesifik namun belum begitu jelas kelamin secara akurat begitupun jantung sudah memulai memompa darah (Indrayani, 2011).

d. Minggu ke 9-12

Dimana semua organ yang sangat penting terus mengalami perkembangan begitu sangat pesat serta mempengaruhi aktivitas otak. Sirkulasi fetal sudah berfungsi semaksimal mungkin, bahkan jenis kelamin sudah begitu terlihat sangat jelas, janin sudah melakukan gerakan seperti menghisap, menelan, melakukan pernafasan, serta ginjal sudah memproduksi urine. Berat janin pada minggu ini ini sekitar 15-30 gram dengan panjang janin 5-9 cm (Indrayani, 2011).

e. Minggu ke 13-16

Semua organ termasuk sistem saraf mulai melakukan kontrol, perkembangan pada pembuluh darah sangat cepat disini sistem ekstremitas sudah bisa melakukan seperti menendang menggenggam dengan aktif, berat janin sekitar 0,2 kg dan panjangnya kurang lebih 16 cm bahkan denyut jantung janin sudah terdengar sangat jelas saat menggunakan kan doppler dan pancreas sudah bisa memproduksi insulin (Indrayani, 2011).

f. Minggu ke 20

Pada minggu ini bayi sudah bisa merasakan stimulasi pendengaran yaitu saat ibu mendengarkan musik yang merdu bayi sangat tenang, dan juga vernik sudah melindungi tubuh dan lanugo sudah menutupi kulit juga mengatur minyak pada kulit, alis, sedangkan bulu mata dan rambut sudah terbentuk, janin sudah mulai menelan dan menendang-nendang, dimana berat janin 300 gram dengan panjangnya 18-27 cm (Indrayani, 2011).

g. Minggu ke 24

Perkembangan kerangka sangat cepat dikarenakan aktivitas pembentukan tulang semakin meningkat serta perkembangan pernafasan dimulai pada minggu ini. Berat janin 600 gram dengan panjang badan 28-34 cm (Indrayani, 2011).

h. Minggu ke 28

Pada minggu ini tinggi rahim di pertengahan antara pusat dan prosesus xifodeus, dan bagian mata sudah mulai membuka serta testis sudah mengalami penurunan dari abdomen ke dalam scrotum, pada minggu ke 28 fetus yang lahir pada masa ini kemungkinan sangat besar mempunyai angka kematian atau mortalitas sangat tinggi disebabkan adanya gangguan pernafasan (respirasi), berat janin 1000 gram dengan panjang yang sekitar 35-38 cm (Indrayani,

2011).

i. Minggu ke 32

Pada minggu ini tinggi rahim berada di dua pertiga di atas pusat dan dan terjadi berkurangnya penyimpanan lemak, janin juga sudah mulai melakukan penyimpanan zat besi kalsium dan fosfor bayi juga mulai tumbuh sekitar 38-39 cm, terdapat simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit yang berfungsi untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, berat janin pada bekisar sekitar 1700 gram dengan panjang 42,5 cm (Indrayani, 2011).

j. Minggu ke 36

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

k. Minggu ke 40

Pada minggu ini tinggi rahim 2 jari bawah prosesus xifodeus, dan kepala janin sudah masuk PAP (pintu atas panggul), tetapi penulangan (osifikasi) tulang tengkorak

masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan sebuah keuntungan dikarenakan bisa memudahkan fetus melewati jalan lahir, terdapat cukup jaringan lemak subkutan, pada minggu ini berat sekitar 3000 gram dan panjangnya kira-kira 50 cm (Indrayani, 2011).

D. Perubahan Fisiologi Kehamilan

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (mammariae). Antara lain, Yaitu :

a. Uterus

Rahim mengalami perubahan seperti pembesaran Rahim dikarenakan untuk menyimpan bayi yang tumbuh. Ukuran wanita yang tidak hamil biasanya 6x5x3 cm, hamil aterm 30x22x20 cm, berat tidak hamil 50 gram, hamil aterm 1 kg, penyebab dari peningkatan ukuran ini adalah pertumbuhan serabut dari serabut otot jaringan yang berhubungan, tubuh membesar dan meregang dipengaruhi oleh rangsangan esterogen serta progesterone dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam yaitu janin, plasenta, serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan. (Abdul Bahri Saifuddin, 2011)

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri Kehamilan

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3jari dibawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)

Sumber : (Sofian, 2011)

b. Serviks

Pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon esterogen. Akibat kadar esterogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplay darah, maka konsentrasi serviks menjadi lunak yang disebut tanda Goodell. Selama minggu-minggu awal kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan oedema dan kongesti panggul. Akhirnya uterus, serviks, dan ithimus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan (tanda *Chadwick*), tanda kemungkinan hamil (Kusmiyati, 2009)

c. Vagina

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva,

sehingga vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertropi dari sel-sel otot polos. (Prawirohardjo, 2010)

d. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel juga baru ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relative minimal (Abdul Bahri Saifuddin, 2011).

e. Payudara

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon somatomamotropin, esterogen, dan progesterone, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Esterogen menimbulkan hipertropi sistem saluran, sedangkan progesterone menambah sel-sel asinus pada mammae. Perubahan-perubahan yang terlihat diantara lain :

- a. Payudara bertambah tegang dan besar
- b. Teraba nodul-nodul akibat dari hipertropi kelenjar alveoli
- c. Ada sedikit gambaran vena yang kebiruan
- d. Terjadi hiperpigmentasi aerola dan putting susu

e. Keluar kolostrum jika dipijat (Sarwono, 2010).

f. Kulit

Hiperpigmentasi yaitu kelebihan pigmen ditempat tertentu, seperti diwajah, pipi, hidung, akan mengalami hiperpigmentasi. Kloasma Gravidarum, dan biasanya pada payudara seperti aerola mammae dan puting susu daerah yang biasanya berwarna hitam akan menghitam. Pada daerah suprapubis adanya garis hitam yang memanjang dimulai dari atas shimpisis sampai pusat (*linea nigra*), bukan hanya hiperpigmentasi tetapi juga akan muncul striae gravidarum yaitu munculnya garis pada kulit. *Striae gravidarum* sendiri ada dua jenis yaitu *striae livida* yang merupakan garis berwarna biru dan *striae albican* yaitu garis berwarna putih. Hal ini terjadi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (Sarwono, 2010).

g. Sistem Respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga sistem respirasi untuk memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari pada biasanya (Manuaba, 2010b)

h. Sistem Pencernaan

Menurut (Abdul Bari Saifuddin, 2014), seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan salah satu hal yang seiring terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Manuaba, 2010b).

i. Sistem Perkemihan

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. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010b).

j. Berat Badan

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan adalah 6,5-15 kg, 9 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan risiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah (Abdul Bahri Saifuddin, 2011).

E. Perubahan Psikologi Selama Masa Kehamilan

Dengan bertambahnya usia kehamilan, maka ibu akan mengalami perubahan psikologis dan membuat wanita mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya menjadi seorang ibu. Berikut merupakan perubahan dan adaptasi psikologi pada masa hamil diantaranya :

1. Trimester I (penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah iya benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu

mendapatkan perhatian dengan seksama

- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah akan dirahasiakan
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan (Jahja, 2011).

2. Trimester II (kesehatan yang baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- c) Merasakan gerakan anak
- d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- e) Libido meningkat
- f) Menuntut perhatian dan cinta
- g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan sebagian dari dirinya
- h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru (Jahja, 2011).

3. Trimester III (penantian dengan penuh kewaspadaan)
 - a) Rasa tidak nyaman timbul kembali merasa dirinya jelek aneh dan tidak menarik
 - b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
 - c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
 - d) Khawatir akan bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
 - e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
 - f) Merasa kehilangan perhatian
 - g) Perasaan sudah terluka atau sedikit sensitive
 - h) Libido menurun (Jahja, 2011).

F. Tanda-Tanda Kehamilan

1. Tanda tidak pasti (*Presumptive sign*)
 - a) *Amenore* (terlambat menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorea

juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Umami et al., 2010).

b) Mual dan muntah

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum (Umami et al., 2010).

c) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Umami et al., 2010).

d) *Sinnope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Umami et

al., 2010).

e) Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Ummi et al., 2010).

f) Sering Buang Air Kemih

Sering buang air kemih disebabkan pembesaran Rahim sehingga menekan kandung kemih, biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan pada bulan kedua keluhan ini akan menghilang dengan pembesaran uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali dikarenakan janin sudah mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih. (Ummi et al., 2010).

g) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (Ummi et al., 2010).

h) Pigmentasi kulit

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

- 1) Pipi : adanya cloasma gravidarum
- 2) Leher : tampak hitam
- 3) Dinding perut : adanya strie, strie nigra dan linea alba
- 4) Payudara : adanya hiperpigmentasi pada areola mammae
- 5) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat strie akibat pembesaran pada bagian tersebut (Umami et al., 2010).

i) Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi saat kehamilan (Umami et al., 2010).

j) Varises

Karena pengaruh dari hormon esterogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini menghilang setelah persalinan (Umami et al., 2010).

2. Tanda Kemungkinan Hamil (probability sign)

a. Pembesaran uterus

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthimus sedemikian lunaknya hingga kalau diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan satunya pada dinding perut atas shympisis maka ishmus ini akan teraba seolah-olah corpus uteri terpisah dari serviks (Wagiyo et al., 2016).

b. Tanda *Hegar*

Tanda hegar sendiri yaitu pelunakan biasanya rahim menjadi lunak terutama pada daerah ishtimus uteri (Wagiyo et al., 2016).

c. Tanda *Chadwick*

Adanya hipervaskularisi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebitu-biruan (livide). Warna porsio pun tampak livide, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon esterogen (Wagiyo et al., 2016).

d. Tanda *Piscaseck*

Uterus membesar kesalah satu jurusan, pada PD dapat diraba uterus membesar dan makin bundar bentuknya, kadang pembesaran tidak rata, tapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya (Wagiyo et al., 2016).

e. Kontraksi *Braxton Hicks*

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan (Wagiyo et al., 2016).

f. Teraba *ballotement*

Pada pemeriksaan abdominal dapat teraba adanya benda yang melenting dalam uterus (janin) (Wagiyo et al., 2016).

g. Tanda *goodell*

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

3. Tanda Pasti Kehamilan

a. Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena diusia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu dihitung dari HPHT (Tyastuti, 2016).

b. Denyut jantung janin

Dapat didengarkan pada umur kehamilan 12 minggu dengan doopler (Tyastuti, 2016).

c. Bagian janin

Bagian janin sudah bisa dirasakan seperti bagian besar serta bagian kecil janin dan dapat diraba sangat jelas pada usia kehamilan trimester akhir (Tyastuti, 2016).

d. Kerangka janin dapat dilihat

Dengan menggunakan USG atau scanning (Tyastuti, 2016).

e. Nadi

Pada saat hamil denyut nadi akan meningkat tetapi sangat jarang melebihi 100 denyut per menit. Dicurigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dbm (Tyastuti, 2016).

G. Komplikasi Ibu Dan Janin Saat Kehamilan

1. Trimester I

a. Perdarahan pervaginam

a) Abortus

Abortus sendiri dibagi menjadi beberapa antara lain :

1) Abortus imminens

Abortus imminens disebut dengan keguguran membabat dan akan terjadi pada kehamilan muda.

Dalam kasus ini keluarnya janin masih bisa diselamatkan dengan pengobatan medik yang

khusus atau tirah baring secara total, tidak melakukan aktivitas fisik secara berlebihan.

Penanganan abortus imminens dengan istirahat

tirah baring karena menyebabkan peningkatan aliran darah ke uterus, dan pemberian fenobarbital 3x30 mg untuk menenangkan penderita (S. Asrinah, 2010).

2) *Abortus Insipiens*

Abortus insipiens terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban. Penanganan abortus insipiens pada prinsipnya dilakukan evakuasi atau pembersihan *cavum uteri* sesegera mungkin dilatasi dan kuretase (S. Asrinah, 2010).

3) *Abortus Habitualis*

Abortus tipe ini jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari 3 kali (S. Asrinah, 2010).

4) *Abortus Inkompletus*

Abortus ini terjadi jika perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desisua atau plasenta. Gejala yang menyertai diantaranya amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar banyak atau sedikit (S. Asrinah, 2010).

5) *Abortus Kompletus*

Abortus ini disebut keguguran lengkap yaitu ditemukan pendarahan per vagina dan disertai pengeluaran hasil konsepsi, sehingga rahim dalam keadaan kosong (S. Asrinah, 2010).

6) *Abortus Inkompletus*

Abortus ini biasanya terjadi pendarahan per vagina disertai dengan pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta biasanya disertai gejala amenore, sakit perut karena kontaksi (S. Asrinah, 2010).

b. Kehamilan Mola

Kehamilan anggur yaitu adanya jonjot korion (*Chorionic Villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan. (Kusmiyati, 2009).

c. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik ialah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding kavum uteri. Hampir 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba uterina. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilan melebihi kapasitas ruang

implantasi (Prawirohardjo, 2010).

d. Mual muntah berlebihan

Mual (*nausea*) muntah (*emesis*) adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester 1. Mual bisa terjadi di pagi hari, gejala ini bisa terjadi 6 minggu setelah HPHT berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG. Ibu hamil yang mengalami muntah-muntah lebih dari 10 kali sehari disertai kondisi yang lemah, tidak selera makan, berat badan turun, nyeri ulu hati kemungkinan merupakan suatu tanda ibu hamil menderita penyakit berat. Pada penyakit ini ibu hamil tidak mau makan, semakin hari muntah-muntahnya semakin berat, ibu hamil harus dirawat di rumah sakit. Cara meringankan atau mencegah mual muntah yaitu dengan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dengan jumlah kecil, tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi turun dari tempat tidur, dianjurkan makan roti kering dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berlemak sebaiknya dihindari (Sarwono, 2010)

2. Trimester II

a. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Hampir sebagian ibu hamil akan mengalami bengkak yang

normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah istirahat. 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 merupakan tanda anemia, gagal jantung atau pre- eklampsia (Astuti, 2010).

b. Gerakan janin berkurang

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Gerakan janin bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena usia kehamilan tersebut, ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu dihitung dari HPHT. Gerakan minimal janin 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

c. Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi yang terjadi lebih dari 3 hari dapat merupakan tanda gejala dari infeksi. Penanganan demam antara lain dengan istirahat

berbaring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Astuti, 2010).

d. Keluar ketuban sebelum waktunya

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya. Penyebab umum dari KPD adalah multi/grandemulti, overdistensi (hidramnion, hamil ganda), disporposi sefalo pelvis, kelainan letak letak (lintang, sungsang) (Tyastuti, 2016).

3. Trimester III

a. Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan jiwa yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre-eklampsia (Astuti, 2010).

b. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri uluh hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang.

Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dalam preeklamsia baik (Astuti, 2010).

c. Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Pada plasenta previa perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Tiga klasifikasi plasenta previa diantaranya:

- a) Plasenta previa totalis (sentralis) : seluruh ostium ditutupi plasenta
- b) Plasenta previa parsialis (lateralis) : sebagian ostium ditutupi plasenta
- c) Plasenta previa terletak rendah (marginalis) berada 3-4 cm diatas pinggir permukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba (Tyastuti, 2016).

d. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasinya yang normal pada lapisan desisua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Gejala dari solusio plasenta adalah terjadinya perdarahan yang berwarna tua keluar melalui vagina, rasa nyeri perut atau uterus tegang

terus-menerus mirip seperti *his prematurus* (Tyastuti, 2016).

H. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka hamil perlu melakukan :

- a) Latihan nafas melalui senam hamil
- b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- c) Makan tidak terlalu banyak
- d) Kurangi atau hentikan merokok
- e) Kontrol ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain (Walyani, 2015).

2. Nutrisi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan selama masa kehamilan karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Sehingga demi suksesnya kehamilan, keadaan gizi ibu pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan energi, protein, vitamin, dan mineral (Tyastuti, 2016)

a) Kalori

Jumlah kalori yang dipenuhi ibu hamil setiap harinya 2.500 kalori. Kalori digunakan untuk memproduksi energi. Bila kurang energi akan dipakai dari pembakaran protein yang mesti akan dipakai untuk pertumbuhan. Sumber utama kalori pada ibu hamil yaitu hidrat arang dan lemak, umbi-umbian, dan sago selain sumber tenaga pada padiian juga termasuk sumber protein, zat besi, fosfor, dan vitamin (Purwaningsih & Fatmawati, 2010).

b) Protein

Jumlah protein yang harus dipenuhi ibu hamil setiap harinya 85 gram perhari. Protein sendiri berfungsi sebagai zat utama untuk pembangunan jaringan tubuh termasuk sel otak pada janin, protein juga membantu pertumbuhan jaringan payudara pada ibu hamil sehingga keperluan protein saat hamil meningkat jika terjadi kekurangan protein akan berdampak pada janinnya yang dikandung bisa terjadi bayi premature, serta kekurangan protein akan mempengaruhi pembentukan air susu ibu dalam proses menyusui akan kurang sempurna. Sumber protein bisa didapat dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) dan hewani (ikan, daging, telur, keju) (Aritonang, 2010).

c) Kalsium

Jumlah kalsium yang harus dipenuhi ibu hamil setiap harinya 1,5 gram. Kalsium bukan hanya berfungsi sebagai penguat tulang dan gigi tetapi kalsium juga berfungsi sebagai membangun tulang dan gigi pada janin, selain itu kalsium juga membantu kerja fungsi saraf dan kontraksi otot. Sumber kalsium diperoleh dari susu, keju, yoghurt, bayam.

d) Zat Besi

Ibu hamil setiap harinya membutuhkan 30 mg, zat besi sendiri berfungsi untuk membantu meningkatkan volume darah dan mencegah anemia, sumber zat besi diperoleh dari sayuran hijau seperti bayam, selada, biji-bijian, sereal.

e) Mineral

Mineral dapat terpenuhi dengan makanan seperti buah, sayur, dan susu (Aritonang, 2010).

f) Vitamin

Vitamin dapat berasal dari makanan dan sayuran yang sudah di konsumsi adapun vitamin yang dipenuhi saat hamil yaitu :

(a) Vitamin A

Berfungsi untuk kesehatan kulit, mata dan pertumbuhan tulang. Sumber vitamin A wortel,

sayuran hijau, dan umbi-umbian.

(b) Vitamin C

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

(c) Vitamin B6

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

(d) Vitamin D

Berfungsi untuk kesehatan gigi dan tulang serta membantu dalam proses penyerapan kalsium. Sumber vitamin D susu, sereal, roti.



2.2

Nutrisi Pada Ibu hamil

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

Sumber : (Aritonang, 2010)

3. Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh ibu hamil primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi terendah janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Rustam, 2011).

b) Buang Air Besar (BAB)

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

4. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tetapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan pola tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam sekitar 8 jam dan tidur siang sekitar 1 jam dianjurkan untuk ibu hamil setiap harinya (Manuaba, 2010b).

5. Senam Hamil

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

kehamilan sekitar 24-28 minggu, boleh dilakukan apabila ibu hamil tidak memiliki penyakit yang menyertai kehamilan seperti jantung, ginjal penyulit kehamilan (pendarahan, kelainan letak) (Manuaba, 2010b).

6. Personal Hygien

Personal Hygien saat hamil sangat penting untuk ibu hamil karena kebersihan badan saat hamil akan mengurangi resiko terjadi infeksi (Tyastuti, 2016).

7. Pakaian

Pada waktu hamil, seorang ibu mengalami perubahan pada fisiknya. Ini sekaligus menjadi indikasi kepada kita sebagai bidan untuk memberikan penjelasan kepada ibu tentang pakaian yang sesuai dengan masa kehamilannya. Berikut adalah beberapa hal yang perlu disampaikan oleh seorang bidan kepada ibu hamil tentang pakaian yang tepat :

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara
- d) Pakaian dalam yang selalu bersih
- e) Sepatu tidak bertumit tinggi dan lancip
- f) Korset khusus ibu hamil menekan perut bawah yang melorot, mengurangi nyeri punggung (Umami et al., 2010).

8. Seksual

Hubungan seksual bisa dilakukan seperti biasanya kecuali jika terjadi pendarahan atau cairan dari kemaluan harus dihentikan. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau abortus lebih dari satu kali, ketuban pecah dini, perdarahan pada trimester III, merupakan peringatan untuk tidak melakukan koitus. Posisi wanita di atas, sisi dengan sisi, menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis (Manuaba, 2010a).

9. Imunisasi

Imunisasi saat kehamilan statusnya T10 maka hendaknya minimal 2 dosis (TT 1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan) ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan TT2 dan memungkinkan diberikan TT3 dengan interval 6 bulan, bagi ibu hamil dengan status T2 diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil T4 juga mendapatkan suntikan (TT5) apabila suntikan terakhir lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena sudah mendapatkan kekebalan seumur hidup (Tyastuti, 2016).

I. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

1. Mual muntah

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

Cara mengatasinya :

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

2. Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone.

Cara mengatasinya :

- a. Memperbanyak cairan

- b. Minum air hangat ketika bangun dari tempat tidur
- c. Memperbanyak makanan yang mengandung tinggi serat, buah dan sayur
- d. Menghindari makanan yang berminyak
- e. Istirahat yang cukup

3. Sering berkemih

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

Cara mengatasinya :

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

4. Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

Cara mengatasinya :

- a. Meluruskan kaki yang kram serta menekan tumitnya
- b. Melakukan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari

c. Diet yang mengandung kalsium dan fosfor

5. Pegal-pegal

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

Cara mengatasinya :

- a. Istirahat yang cukup
- b. Jangan sering membungkuk dan berdiri usahakan berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak
- c. Menggunakan sepatu hak rendah
- d. Menghindari mengangkat benda yang berat

6. Edema dependen

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

Cara mengatasinya :

- a. Elevasi kaki secara teratur
- b. Usahakan posisi menghadap kesamping saat berbaring

- c. Hindari menggunakan pakaian ketat
- d. Penggunaan korset pada abdomen yang dapat melonggarkan tekanan vena panggul

J. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara *checklist* dari kondisi ibu hamil atau faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional. Fungsi dari KSPR adalah:

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat

ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

- 1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
 1. Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
 2. Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
 3. Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun
 4. Anak terkecil < 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
 5. Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
 6. Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua
 7. Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup,

curiga panggul sempit

8. Pernah gagal kehamilan
9. Persalinan yang lalu dengan tindakan
10. Bekas operasi sesar

2) Kelompok Faktor Risiko II

1. Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
2. Preeklampsia ringan
3. Hamil kembar
4. Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
5. IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
6. Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
7. Letak sungsang
8. Letak lintang

3) Kelompok Faktor Risiko III

1. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
2. Preeklampsia berat/eklampsia

K. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pelayanan *antenatal care* bisa disebut lengkap apabila dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan *antenatal care*

yaitu minimal 6 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pelayanan sebagai berikut :

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

Standar asuhan peayanan *antenatal care* tersebut dianjurkan yang berfungsi menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini factor resiko, pencegahan, dan penanganan komplikasi (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

L. Pelayanan Asuhan Antenatal

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

1. Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan
2. Pemeriksaan tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
4. Pemeriksaan puncak Rahim (tinggi fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan
7. Pemberian tambet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan

dan pencegah komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (Tyastuti, 2016)

M. Kebijakan Pelayanan Antenatal Masa Pandemi Covid-19

1. Untuk pemeriksaan hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama. Selama perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan tetap melakukan pencegahan penularan COVID-19 secara umum
2. Pengisian stiker program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi P4K dipandu bidan/perawat/dokter melalui komunikasi
3. Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari
4. Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko atau tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda
5. Pastikan gerakan janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerak janin (minimal 10 gerakan per 2 jam)
6. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap memperhatikan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil / yoga / pilates / aerobic / peregangan secara mandiri

dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat

7. Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan
8. Kelas ibu hamil ditunda pelaksanaannya sampai kondisi bebas dari pandemic COVID-19 (Harlinah & Kamalah, 2020)



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan yang ditandai oleh perubahan progresif dari serviks dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (Indrayani, 2011).

Persalinan adalah proses keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Diawali dengan proses pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat dari kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Awal mulanya kekuatan yang muncul kecil, setelah itu meningkat pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, 2014)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup (37 minggu sampai 40 minggu) dengan lahir spontan, prestasi belakang kepala, yang berlangsung 18 jam tanpa mengalami komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sari & Rimandini, 2014).

B. Jenis Persalinan

a) Menurut (A Sulistyawati & Kehamilan, 2012) bentuk-bentuk persalinan menurut teknik adalah sebagai berikut :

a) Persalinan spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu dengan letak belakang kepala, tanpa memakai alat bantu, serta tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi) sejak awal hingga akhir hanya dengan tenaga ibu. Biasanya berlangsung kurang dari 24 jam, faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan spontan diantaranya *Passage* (jalan lahir), *Passenger* (janin dan plasenta), *Power* (kekuatan), *Psikis* (psikologis), Penolong (Rohani, 2014).

b) Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar dan diakhiri dengan suatu tindakan. Misalnya *forceps* atau dilakukan SC (*Sectio Cesarea*) dan *vakum ekstraksi*, penyebab terjadinya persalinan buatan adalah kondisi janin dan ibu hamil itu sendiri seperti letak sungsang, riwayat bedah sesar, persalinan lama, panggul sempit (Rohani, 2014).

c) Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Rohani, 2014).

- b) Persalinan menurut umur kehamilan adalah sebagai berikut :
- a) *Abortus* : pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Rohani, 2014).
 - b) *Partus Immaturus* : partus dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 20 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram (Rohani, 2014).
 - c) *Partus Prematurus* : kelahiran hidup bayi dengan berat antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu (Rohani, 2014).
 - d) *Partus Maturus* atau *Aterm* : persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram (Rohani, 2014).
 - e) *Partus Postmaturus* atau *Postterm* : persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir (Rohani, 2014).

C. Sebab Dimulainya Persalinan

1. Teori Penurunan Hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar esterogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sursilah, 2010).

2. Teori Plasenta Menjadi Tua

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

3. Teori Distensi Rahim

d. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu

e. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya kontraksi sehingga persalinan dapat dimuali

f. Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini (Sursilah, 2010).

4. Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus (Sursilah, 2010).

5. Teori Oksitosin

a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.

b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat

mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.

- c. Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai (Sursilah, 2010).

6. Teori Hipotalamus

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

7. Teori Prostaglandin

8. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E3 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sursilah, 2010).

9. Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut:

- a. Ganggang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b. Amniotomi pemecahan ketuban.
 - 1) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan infus (Indrayani, 2011).

D. Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

1. Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk PAP.

Penyebab dari proses ini diantara lain :

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

Tanda-tanda jika kepala janin sudah masuk PAP diantaranya :

- a. Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- b. Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- c. Kesulitan saat berjalan
- d. Sering berkemih

Gambaran pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu *Power* (his), *Passenger* (janin, plasenta), *Passage* (jalan lahir). Pada multipara tidak sejelas pada primigravida dikarenakan masuknya kepala janin dedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Manuaba et al., 2010).

2. Terjadinya his permulaan

Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut :

- a. Rasa nyeri ringan di bagian bawah. Datang tidak teratur.
- b. Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
- c. Durasi pendek.
- d. Tidak bertambah bila berat perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun.
- e. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- f. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*).

Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi (Rohani, 2014).

E. Tanda Tanda Persalinan Sudah Masuk

1. Terjadinya his persalinan

Sifat His Persalinan :

- a. Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar.
- c. Mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks.
- d. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah (Rohani, 2014).

2. Adanya pengeluaran lender dan darah

Keluar lendir bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barier proteksi dan menutup servikal selama kehamilan. *Bloody show* adalah pengeluaran dari mucus (Rohani, 2014).

3. Pengeluaran cairan

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

(Rohani, 2014).

F. Tahapan Persalinan

1. Kala I (pembukaan)

Pasien dinyatakan kala I jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi teratur 2 kali dalam 10 menit, kala I pembukaan berlangsung 0-10 (Pembukaan lengkap). app pada kala I prosesnya dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif 7 jam dimana serviks membuka 3-10 cm. Kontraksi sering terjadi dan adekuat selama fase aktif.

Fase aktif dibagi dalam tiga fase, yaitu :

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

Lamanya kala I untuk ibu primigravida dan berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. didasarkan pada kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm perjam. Dengan perhitungan maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sari & Rimandini, 2014).

2. Kala II

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

- a. His semakin adekuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik
- b. Menjelang akhir kala 1 ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap biasanya diikuti rasa ingin menelepon karena penyebab tertekannya flek sus frankenhauser
- d. Dua kekuatan his dan mendarat menimbulkan dorongan kepala bayi sehingga kepala membuka pintu suboksiput, bertindak sebagai hipomoclon, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala
- e. Kepala lahir seluruhnya kemudian diikuti putaran faksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah terjadinya putaran faksi luar maka persalinan bayi ditolong dengan jalan sebagai berikut :

- 1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu kemudian ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang
- 2) Setelah bau kedua lahir, ketiak dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi
- 3) Bayi lahir diikuti sisa air ketuban (Sari & Rimandini, 2014)

3. Kala III (pelepasan plasenta)

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

- a. Uterus berbentuk bundar
- b. Uterus terdorong ke atas dikarenakan plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- c. Tali pusat bertambah panjang
- d. Terjadi pendarahan secara tiba-tiba

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan pelan secara dorso kranial pada fundus uterus. sebab-sebab terlepasnya plasenta :

- 
- a. Saat bayi dilahirkan rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan organ dengan dinding yang tebal dan rongga nya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus turun sedikit di bawah pusat penyebabnya karena terjadi pengecilan uterus maka tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil plasenta harus mengikuti proses pengecilan hingga tebalnya menjadi dua kali lipat dari pada permulaan persalinan, karena terjadinya pengecilan tempat perlekatannya maka plasenta menjadi berlipat-lipat pada bagian yang terlepas dari dinding rahim dikarenakan mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi faktor penting dalam pelepasan plasenta adalah retraksi dan kontraksi uterus setelah bayi lahir.
- b. Pada tempat pelepasan plasenta yaitu antara plasenta dan desidua basalis terjadi perdarahan disebabkan hematoma membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah plasenta meluas (Sari & Rimandini, 2014).

4. Kala IV (observasi)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap pendarahan pasca persalinan, sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan sebagai berikut :

- a. tingkat kesadaran pasien
- b. pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu
- c. Kontraksi uterus (Sari & Rimandini, 2014)

G. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power (kekuatan)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar, kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan disebabkan adanya his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen adanya kerja sama yang baik dan sempurna (Rohani, 2014).

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. Jalan lahir sendiri dibagi atas :

- a. bagian keras : tulang tulang panggul

b. bagian lunak : Uterus, otot dasar panggul dan perineum

Bidang panggul

Bidang hodge yaitu bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan dengan seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan pemeriksaan dalam atau vagina Toucher (VT). bidang hodge dibagi menjadi 4 sebagai berikut :

a. Bidang hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas simfisis pubis

b. Bidang hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I)

c. Bidang hodge III

Bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I)

d. Bidang hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP

(Sondakh, 2013).

3. Passenger (janin dan plasenta)

Janin bisa berpengaruh dalam proses kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Dari semua bagian janin kepala janin merupakan bagian yang terkecil yang mendapatkan tekanan, tetapi karena kemampuan tulang kepala untuk molase satu sama lain, janin bisa masuk melalui jalan lahir asalkan tidak terlalu besar dan kontraksi uterus cukup kuat. Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir di akibat oleh interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, dan posisi janin. maka dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin (Sondakh, 2013).

4. Psikologi ibu

Psikologi ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu (Kuswanti & Melina, 2014).

H. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

1. Oksigen
2. Pemberian cairan dan nutrisi

Tindakan tenaga kesehatan yaitu memastikan ibu untuk mendapat asuhan (makanan ringan dan minum air) selama

persalinan dan kelahiran bayi. Pada fase aktif ibu hanya ingin mengkonsumsi cairan, oleh karena itu bidan menganjurkan keluarga untuk menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan ringan selama persalinan berlangsung dan memberikan lebih banyak energi yang mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini bila terjadi akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur (S. Asrinah, 2010).

3. Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman saat persalinan dibutuhkan bagi ibu. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri pada posisi tertentu akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan berjalan lebih cepat selama tidak ada kontraindikasi pada pasien posisi tersebut seperti recumbent lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan dan jongkok (Rohani, 2014).

4. Istirahat

Istirahat sangat penting bagi pasien dikarenakan membuat pasien lebih rileks. Pada awal persalinan pasien dianjurkan untuk istirahat yang cukup guna untuk menghadapi proses persalinan yang panjang. Posisi sendiri yaitu dikombinasikan dengan aktivitas dan ambulasi akan penurunan kepala janin lebih cepat (Rohani, 2014).

5. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Pada proses persalinan pasien mengalami poliuri sehingga sangat penting untuk memfasilitasi kebutuhan eliminasi agar terpenuhi. Pada awal kelas 1 ambulasi dengan berjalan ke toilet sehingga juga membantu dalam proses penurunan kepala janin dan apabila kondisi pasien tidak memungkinkan untuk ke toilet bidan bisa memfasilitasi dengan menggunakan pispot di tempat tidur (Abdul Bahri Saifuddin, 2011).

b. Buang Air Besar

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

2014).

I. Mekanisme Persalinan

1. Turunnya kepala

Penurunan kepala dibagi menjadi dua tahapan yaitu:

a. Masuknya kepala dalam pintu pangung (PAP)

Pada primigravida masuknya kepala terjadi di bulan akhir kehamilan sedangkan multigravida terjadi pada awal persalinan (Abdul Bari Saifuddin, 2014)

b. Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga panggul dan biasanya dimulai pada kala II sedangkan pada multipara masuknya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. majunya kepala bersamaan dengan gerakan Fleksi, putar Paksi dalam, ekstensi. penyebab majunya kepala disebabkan oleh tingkat cairan intra uterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengejan dan melurus nya badan bayi oleh penelusuran bentuk Rahim (Cunningham et al., 2013).

2. Fleksi

Segera setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin

(Cunningham et al., 2013).

3. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul (Cunningham et al., 2013).

4. Ekstensi (extension)

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi (Marmi, 2013).

5. Putaran paksi luar (external rotation)

Putaran paksi luar terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu harus memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter anteroposterior panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi (P. S. S. Asrinah et al., 2010).

6. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis (Marmi, 2013).

J. Lima Benang Merah

1. Membuat Keputusan Klinik

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

2. Asuhan Sayang Ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Sursilah, 2010)

3. Pencegahan Infeksi

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

- a) Cuci tangan.
- b) Pakai sarung tangan.
- c) Penggunaan cairan antiseptic.

d) Pemrosesan alat bekas (Dekontaminasi, desinfeksi, desinfeksi tingkat tinggi, mencuci dan membilas, sterilisasi) (Marmi, 2013)

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi (A Sulistyawati & Kehamilan, 2012).

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar dari ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinaan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA)

a. Bidan

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

b. Alat

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung suntik, selang I.V, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan.

Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

c. Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk.

Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan rujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

d. Surat

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan.

Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL. Cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL.

e. Obat

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

f. Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang nyaman.

g. Uang

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lainnya selama ibu dan bayi difasilitas rujukan.

h. Darah

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

K. 60 Langkah Asuhan Persalinan

Kala I

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi
3. Observasi sesuai partograf yang meliputi his, DJJ, ketuban,

pembukaan, penurunan kepala dan tanda-tanda vital

4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan memberikan makanan dan minuman
6. Anjurkan ibu untuk bab atau bak jika terasa
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu jendela serta kelambu tempat persalinan
8. Jaga kebersihan dan kondisi Ibu agar tetap kering
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal

Kala II

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

kering

5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan vulva ke perineum
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160 x/ menit)
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, Jika ibu belum merasa ada dorongan

untuk meneran dalam 60 menit

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

16. Meletakkan kain bersih 1/3 bawah bokong ibu

17. Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan kepala bayi, anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

21. Menunggu kepala janin putar faksi luar

22. Setelah kepala sudah faksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan disetel untuk melahirkan bahu belakang

23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas

dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki titik pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya

25. Lakukan penilaian bayi baru lahir

26. Keringkan bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. ganti handuk yang kering, bayi di atas perut ibu. hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau selimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat

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

28. Memberitahu Ibu bahwa ibu akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

Kala III

29. Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi titik dorong isi tali pusat ke arah distal atau Ibu dan sempit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

30. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 IU secara Im di 1/3 paha atas bagian distal lateral lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin

31. Melakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit Ibu ke kulit bayi
33. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5 sampai 10 cm dari vulva
34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas atau dorso kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas
36. Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta Ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas, mengikuti proses Jalan lahir (tetap dilakukan tekanan dorso kranial)
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan ke lain hingga berjarak 5 sampai 10 cm dari vulva melahirkan plasenta
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
 - c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU

- d. Lakukan katerisasi 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 pendarahan Segera lakukan plasenta manual

37. Saat Plasenta manual di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan pusing hingga selaput ketuban terpinil kemudian dilahirkan dan ditempatkan pada plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (massage uterus)

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus letakkan tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh masukkan plasenta ke dalam wadah plasenta

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
lakukan penjahitan bila ada laserasi

Kala IV

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

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
55. Memakai sarung tangan DTT
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir
57. Memberikan imunisasi HB pada bayi
58. Melepas sarung tangan
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan kala IV (Prawirohardjo, 2010)

L. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Sursilah, 2010).

Mencatat temuan pada partograf, Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

1. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

2. Denyut jantung janin dicatat setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).
3. Warna dan adanya air ketuban, nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah.

U : Selaput utuh (belum pecah)

J : Selaput pecah dan air ketuban jernih

M : Air ketuban bercampur meconium

D : Air ketuban bercampur darah

K : Air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

4. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

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 tetapi masih dapat dipisahkan

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

5. Pembukaan serviks dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda X.

6. Penurunan mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba pada pemeriksaan abdomen di atas simfisis pubis dicatat dengan tanda lingkaran O

7. Waktu dan jam menyatakan berapa jam waktu yang telah

dijalani sesudah pasien diterima

8. Kontraksi uterus catat setiap setengah jam, lakukan palpasi yang digunakan untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik dan dinyatakan dengan :

- a. Berikan titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- b. Berikan garis-garis di kotak yang sesuai untuk dinyatakan kontraksi yang lamanya 20 sampai 40 detik
- c. Apabila memakai oksitosin catat volume cairan infus dan dalam tetesan per menit
- d. Obat-obatan lain dan cairan IV dicatat semua pemberian obat-obatan tambahan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai
- e. Nadi, tekanan darah, suhu. Angka sebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu, catat nadi Ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan ber tanda titik pada kolom yang sesuai. Catat tekanan darah Ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai. Catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai

9. Protein aseton dan volume urine dicatat setiap kali ibu berkemih (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

M. Kebijakan Pelayanan Persalinan Masa Pandemi Covid-19

1. Rujukan terencana untuk ibu hamil beresiko
2. Ibu tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan. Dan segera datang ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan
3. ibu dengan kasus COVID-19 akan ditatalaksana sesuai tatalaksana persalinan yang dikeluarkan oleh PP POGI
4. Pelayanan KB pasca persalinan tetap berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Mansyur, 2014).

Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas yaitu kira-kira 6-8 minggu (Heryani, 2012).

B. Tahap Masa Nifas

1. Puerpurium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerpurium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote puerpunium

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, tahunan (Ambarwati, n.d.)

C. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Involusi Uterus

Uterus berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula seperti keadaan sebelum hamil. Setelah bayi lahir TFU setinggi pusat. Setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 6 hari post partum pertengahan sympisis-pusat, 10 hari post partum uterus tidak teraba. Uterus mengecil dan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya (Mandriwati et al., 2016).



2.3

Perubahan Uterus Masa Nifas

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

Sumber : (Abdul Bahri Saifuddin, 2011)

b. Lokhea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan.

Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokhea. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Jenis Lokhea :

1) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari ke-1 sampai hari ke-4 Masa

postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar dan jaringan-jaringan dari sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan meconium

2) Lokhea Sanguinolenta

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

3) Lokhea Serosa

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

4) Lokhea Alba

Lokhea Ini mengandung leukosit sel desidua sel epitel selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati lokhea alba berlangsung selama 2-6 minggu postpartum (Fitri, 2018)

c. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta pertengahan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya

rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4 (Ambarwati, n.d.).

d. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 *post partum*, serviks sudah menutup kembali (Mandriwati et al., 2016).

e. Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi-kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian,

faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan.

Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 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 analgesia dan anestesia 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, enema sebelum melahirkan,

kurang makan, dehidrasi, hemorroid, ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain :

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Obat untuk memperlancar buang air besar (Emilia & Prabandari, 2019).

f. Perubahan sistem perkemihan

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

Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15cc).

Dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi (P. S. S.

Asrinah et al., 2010).

g. Tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38°C . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam postpartum, suhu tubuh akan meningkat, maka perlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk systol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi atau preeklampsia postpartum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengiktitinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (P. S. S. Asrinah et al., 2010).

5) Perubahan kardiovaskuler

Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (*haematokrit*) (P. S. S. Asrinah et al., 2010).

D. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Setelah proses kelahiran tanggung jawab keluarga bertambah dengan adanya seorang bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga merupakan dukungan positif untuk ibu. dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

1. *Taking in*

Ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini membuat cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya (Ambarwati, n.d.).

2. *Taking hold*

Fase/periode ini berlangsung hari antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memiliki rasa yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah, sehingga kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi yang baik dengan ibu.

3. *Letting go*

Fase ini merupakan menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Pitriani & Andriyani, 2014).

E. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

a. Vulvitis

Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas, luka yang terbuka menjadi *ulkus* dan mengeluarkan *pus*.

b. Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi *ulkus*, serta getah mengandung nanah dan keluar dari daerah *ulkus*. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas.

c. Servisititis

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas, dan langsung dasar *ligamentum latum* dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke *parametrium* (Ambarwati, n.d.).

d. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan.

Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar spon, handuk dan kain di dalam ember dan dilantai.

b) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar haemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

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. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca bersalin akibat antonia uteri. Semua ibu pasca bersalin harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosa perdarahan fase persalinan (Ari Sulistyawati, 2011b).

e. Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang paling sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui lukas bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium (Manuaba, 2010b).

f. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum, peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejalanya tidak seberat pada peritonitis umum (Dewi & Sunarsih, 2011)

g. Mastritis

Pada masa nifas terjadi infeksi pada payudara, terutama pada primipara. Infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah.

Tanda-tandanya, antara lain :

- a) Rasa panas-dingin disertai dengan kenaikan suhu.
- b) Penderita merasa lesu
- c) Tidak ada nafsu makan

Infeksi yang biasanya terjadi ada *Staphilococcus Aureus*, dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Payudara membesar
- b) Nyeri
- c) Kulit merah pada suatu tempat
- d) Membengkak sedikit
- e) Nyeri pada perabaan

Jika hal tersebut tidak lekas diberi pengobatan maka dapat terjadi abses.

Pencegahan :

- a) Perawatan puting susu pada masa laktasi merupakan usaha penting untuk mencegah mastritis
- b) Perawatan dengan cara membersihkan puting dengan minyak dan air hangat sebelum dan sesudah menyusui untuk menghilangkan kerak dan susu yang sudah

mongering

- c) Bila ada retak atau luka puting, sebaiknya bayi jangan menyusu pada bagian payudara yang sakit sampai luka sembuh. ASI dikeluarkan dengan pemijatan.

Pengobatan :

- a) Segera setelah mastitis ditemukan, pemberian susu kepada bayi dari payudara yang sakit dihentikan dan diberi antibiotic
- b) Dengan tindakan-tindakan ini, terjadinya abses dapat dicegah karena biasanya infeksi disebabkan oleh *Staphylococcus Aureus*. Penisilin dalam dosis tinggi dapat diberikan
- c) Sebelum pemberian Penisilin, dapat diadakan pembiakan ASI supaya penyebab mastitis dapat benar-benar diketahui
- d) Bila ada abses, nanah perlu dikeluarkan dengan sayatan sedikit, mungkin pada abses. Untuk mencegah kerusakan pada *duktus laktiferus*, sayatan dibuat sejajar (P. S. S. Asrinah et al., 2010)

F. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan

untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan, dan serat untuk memperlancar ekskresi.

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan mengandung cukup kalori yang berfungsi untuk proses metabolisme tubuh. Ibu yang berada dalam 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 tujuh dan selanjutnya (Dewi & Sunarsih, 2011)

2. Ambulasi

Ambulasi setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

Keuntungan ambulasi dini :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik

- c) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- d) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai
- e) Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis)

3. Eliminasi (Buang Air Kecil dan Besar)

a. BAK

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus bisa buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*.

b. BAB

Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Ari Sulistyawati, 2011a).

4. Kebersihan Diri

Menjaga kebersihan diri pada saat nifas merupakan upaya untuk memelihara kebersihan tubuh dimulai dari pakaian, kebersihan diri dari ujung rambut sampai kaki terutama pada daerah genetalia perlu mendapat perhatian yang khusus dikarenakan terdapat pengeluaran cairan atau darah lochea letak vagina yang berdekatan dengan meatus eksternus uretra dan anus yang di daerah tersebut banyak mengandung mikroorganisme patogen. Tujuan melakukan personal hygiene di antaranya :

- a) Meningkatkan derajat kesehatan
- b) Mengurangi infeksi
- c) Memberikan rasa nyaman
- d) Memperbaiki personal hygiene yang kurang (Ambarwati, n.d.).

5. Istirahat

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Kebutuhan tidur rata-rata pada orang dewasa sekitar 7-8 jam per 24 jam. Semakin bertambahnya usia, maka kebutuhan tidur juga akan semakin berkurang. Pada ibu nifas, kurang istirahat akan

mengakibatkan :

- a) Berkurangnya produksi ASI
- b) Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Dewi & Sunarsih, 2011).

6. Seksual

Dinding vagina kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-8 minggu. Setelah fisik aman untuk memulai hubungan seksual begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami/istri perlu melakukan usaha mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu

yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB (Rini & Kumala, 2016)

7. Latihan/Senam Nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, bila ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya, hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh.

Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain :

- a) Tingkat kebugaran tubuh ibu
- b) Riwayat persalinan
- c) Kemudahan bayi dalam pemberian asuhan
- d) Kesulitan adaptasi post partum

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b) Mempercepat proses involusi uteri
- c) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut, dan perineum
- d) Memperlancar pengeluaran lochea
- e) Membantu mengurangi rasa sakit
- f) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses

kehamilan dan persalinan

g) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

Manfaat senam hamil antara lain :

- a) Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- b) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- c) Memperbaiki otot tonus, pelvis dan peregangan otot abdomen
- d) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- e) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan

Senam nifas dilakukan pada saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit masa nifas atau diantara waktu makan.

Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah :

- a) Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga
- b) Minum banyak air putih
- c) Dapat dilakukan ditempat tidur
- d) Dapat diiringi music
- e) Perhatikan keadaan ibu (Rini & Kumala, 2016)

G. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

1. Kunjungan I (6 jam-3 hari) setelah persalinan
 - a. Mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan

Rujuk apabila perdarahan berlanjut

- c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu atau yang disebut dengan bounding attachment
- d. Membimbing pemberian ASI lebih awal atau ASI eksklusif (Fitri, 2018)

2. Kunjungan II (4-28 hari) setelah persalinan

- a. Memastikan proses involusi uterus baik yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak perdarahan abnormal dan tidak bau
- b. Nilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal
- c. Memastikan Ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi seperti perawatan tali pusat menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Fitri, 2018)

3. Kunjungan III (29-42 hari) setelah persalinan

- a. Menanyakan kesulitan Ibu pada saat nifas
- b. Memberikan konseling untuk KB secara Dini, imunisasi, senam nifas dan tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi

H. Kebijakan Pelayanan Nifas Masa Covid-19

1. Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya di masa nifas. Jika terdapat resiko atau tanda bahaya, maka periksakan ke tenaga kesehatan
2. Kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu:
 - a. Kunjungan I (6 jam-3 hari) setelah persalinan
 - b. Kunjungan II (4-28 hari) setelah persalinan
 - c. Kunjungan III (29-42 hari) setelah persalinan
3. Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (d disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik petugas, ibu dan keluarga
4. Pelayanan KB tetap dilakukan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir / Neonatus

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah & Yulianti, 2009).

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia 0 hingga 28 hari atau berusia 0 hingga 4 minggu pertama sejak dia dilahirkan (Muslihatun, 2010).

B. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir

1. Berat badan bayi 2500-4000 gram
2. Panjang badan antara 48-52 cm
3. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Detak jantung 120-140x/menit
6. Frekuensi pernafasan 40-60x/menit
7. Rambut lanugo (bulu badan yang halus) sudah tidak terlihat
8. Rambut kepala sudah muncul
9. Warna kulit badan merah muda dan licin
10. Memiliki kuku yang agak panjang dan lemas
11. Genitalia
 - a. Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora
 - b. Pada laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada

12. Reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika diberi Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
13. Reflek moro baik dan bila dikagetkan bayi akan gerak memeluk dan menggenggam
14. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
15. Reflek rooting atau mencari putting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik
16. Mekonium keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir
17. Tanda APGAR SKOR(Putranto, dkk 2016).

Tabel 2.4

Tanda APGAR SKOR

Kategori	0	1	2
Warna kulit (Appearance)	Biru/pucat	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Denyut jantung (Pulse)	Tidak ada	<100	<100
Tonus otot (Grimance)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Aktivitas (Activity)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Pernafasan (Respiration)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis

Interprestasi :

- a. Nilai 1-3 asfiksia berat
- b. Nilai 4-6 asfiksia sedang

- c. Nilai 7-10 asfiksia ringan

C. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan

- a) Neonatus kurang bulan (preterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu).
- b) Neonatus cukup bulan (term infant) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).
- c) Neonatus lebih bulan (postterm infant) : lebih dari 294 (42 minggu) atau lebih.

2. Berdasarkan berat lahir

- a) Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram
- b) Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram
- c) Neonatus berat lahir lebih yaitu berat lahir lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010)

D. Tahapan Bayi Baru Lahir

- 1. Tahap I terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu
- 2. Tahap II disebut tahap transisional rektivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku

3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Muslihatun, 2010)

E. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Diluar Uterus

1. Sistem pernapasan

Berikut adalah table mengenai perkembangan sistem pulmonial sesuai dengan usia kehamilan

Tabel 2.5
Perkembangan Sistem Pulmonial

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
8 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-38 minggu	Struktur paru matang

Ketika struktur matang, dinding paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pada saat kepala bayi melewati jalan lahir maka akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraknya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang dikarenakan terdorong ke bagian perifer baru untuk kemudian diabsorpsi. karena testi mulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanisme akhirnya bayi memulai aktivitas nafas untuk pertama kali.

2. Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan kehilangan panas pada tubuh bayi baru lahir ke lingkungannya, yaitu :

a) Evaporasi

Adalah cara kehilangan panas karena menguapkan cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan

Contoh : bayi baru lahir yang tidak dikeringkan dari cairan amnion

Pencegahan kehilangan panas : segera mengeringkan badan bayi dari cairan amnion.

b) Konduksi

Adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin

Contoh : bayi diletakkan di atas meja, timbangan atau tempat tidur

Pencegahan kehilangan panas : menempatkan bayi pada tempat yang hangat dan jangan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi.

c) Konveksi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin

Contoh : membiarkan bayi terlentang di ruang yang relatif dingin, adanya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan bersalin

Pencegahan kehilangan panas : menyelimuti bayi.

d) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi

Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka.

3. Peredaran Darah

Selama kehidupan janin, darah sebagian besar melalui paru-paru dan hepar melalui venosus, foramen ovale dan duktus arteriosus. Ketika darah umbilikus berhenti saat lahir, Perbedaan ini menyebabkan 160 peningkatan aliran darah ke paru-paru dan hepar untuk turut serta menurunkan aliran darah melalui jalan pintas.

Pada sistem sirkulasi bayi baru lahir dijelaskan yaitu aliran darah janin bermula dari vena umbilicus, akibat tahanan pembuluh paru yang besar. Pada waktu bayi lahir, terjadi pelepasan dari plasenta secara mendadak (pada saat tali pusat dijepit atau diklem), tekanan atrium kanan menjadi rendah, tahanan pembuluh darah sistemik naik dan pada saat yang

sama paru mengembang. Tahanan vaskuler paru menyebabkan penutupan foramen ovale (menutup setelah beberapa minggu). Penutupan duktus arteriosus secara fisiologis terjadi pada umur 10-15 jam yang disebabkan kontraksi otot-otot polos pada akhir arteri pulmonalis dan secara anatomis pada usia 2-3 minggu.

4. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL, mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena :

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal blood flow relative kurang baik dibandingkan dengan orang dewasa.

5. Immunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propria ilium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir terdapat gamma globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues,

toksoplasma, herpes simplek dan lain-lain), reaksi imunologi dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan anti body gama A, G dan M (Muslihatun, 2010)

6. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas.

7. Hati

Segera setelah lahir hati, menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Contohnya pemberian obat kloremfenikol dengan dosis lebih dari 500 mg/kg BBL/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Muslihatun, 2010).

8. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengkompensasi asidosis ini.

9. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (P. S. S. Asrinah et al., 2010).

F. Masalah-masalah Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia yaitu keadaan di mana bayi baru lahir tidak bisa bernafas secara spontan dan teratur, asfiksia juga diartikan sebagai depresi yang dialami bayi baru lahir yang ditandai dengan gejala tonus otot yang menurun yang mengalami kesulitan mempertahankan pernafasan yang wajar kondisi ini menyebabkan kurangnya pengambilan oksigen dan pengeluaran CO₂.

2. Gangguan pernafasan

Gangguan pernafasan pada bayi baru lahir disebabkan oleh berbagai sebab. Apabila pernapasannya disertai tanda-tanda hipoksia (kekurangan O₂) maka prognosisnya buruk dan bisa menyebabkan kematian bayi baru lahir, jika bayi selamat dan tetap hidup bisa beresiko menjadi kelainan neurologis di kemudian hari (Muslihatun, 2010).

Penyebabnya : obstruksi jalan nafas, penyakit parenkim paru-paru, kelainan SSP.

3. Hipotermi / hipertermi

Hipotermi yaitu suatu keadaan dimana suhu bayi turun di bawah 36⁰C bisa disebabkan bayi baru lahir lambat dikeringkan sehingga terjadi penguapan dan bayi cepat kehilangan panas tubuh, lingkungan yang terlalu panas juga berbahaya bagi bayi, keadaan ini terjadi bila bayi baru lahir diletakkan di dekat api atau ruangan yang terlalu panas.

4. Bayi berat lahir rendah

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

- a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan berat 1.500-2.500 gram
- b. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) dengan berat <1.500 gram

- c. Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER) dengan berat <1.000 gram (Muslihatun, 2010)

5. Dehidrasi

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

6. Ikterus

Ikterus yang terdapat pada bayi baru lahir lebih banyak terjadi pada neonatus kurang bulan ini bisa fisiologis, Ikterus fisiologis biasanya timbul di hari ketiga dan tidak ada dasar patologis dan tidak menyebabkan suatu morditas, dan ikterus patologis biasanya timbul pada hari pertama pada dasarnya penyebab patofisiologi kadar bilirubinnya mencapai hyperbilirubinemia.

7. Infeksi

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

- a. Riwayat kehamilan

- 1) Infeksi itu selama kehamilan

- 2) Ibu dengan preeklamsia
- 3) Ibu dengan DM
- 4) Ibu dengan penyakit bawaan

b. Riwayat kelahiran

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

d. Riwayat bayi baru lahir

- 1) Trauma lahir
- 2) Lahir kurang bulan
- 3) Bayi kurang cairan dan kalori
- 4) Hipotermi (Muslihatun, 2010)

G. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 x/menit
2. Kulit, bibir biru pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
3. Suhu terasa panas $\leq 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $\leq 36^{\circ}\text{C}$
4. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
5. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan seperti nanah (PUS), bau busuk, berdarah
6. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar 24 jam pertama, muntah terus-menerus, distensi

abdomen, feses hijau/berlendir/darah

7. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan
8. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar nanah (pus), bau busuk, pernafasan sulit
9. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang
10. Menangis terus menerus (Rukiyah & Yulianti, 2009)

H. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Kemudian hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kemudian Menurut (Rukiyah & Yulianti, 2009) kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama 2 bulan pertama adalah sekitar 115-120 kkal/kgBB/hari.

2.6

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

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

Sumber : (Abdul Bahri Saifuddin, 2011)

2. Eliminasi

Menurut (Marmi, 2013) pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Kemudian feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir, dan sel epitel. Sejak hari ke 3 hingga ke 5 kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau.

3. Istirahat dan tidur

Menurut (Ari Sulistyawati, 2011b) 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. Sebaliknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

4. Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda 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. Pemakaian popok yang dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2013).

I. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus, sedikitnya tiga kali selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu :

1. KN 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan Asi Eksklusif
 - c) Rawat tali pusat

2. Kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan Asi Eksklusif
 - c) Cegah infeksi
 - d) Rawat tali pusat
3. KN 3/lengkap adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan:
 - a) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - b) Lakukan jaga kehangatan tubuh
 - c) Beri Asi Eksklusif
 - d) Rawat tali pusat (Ari Sulistyawati, 2011b)

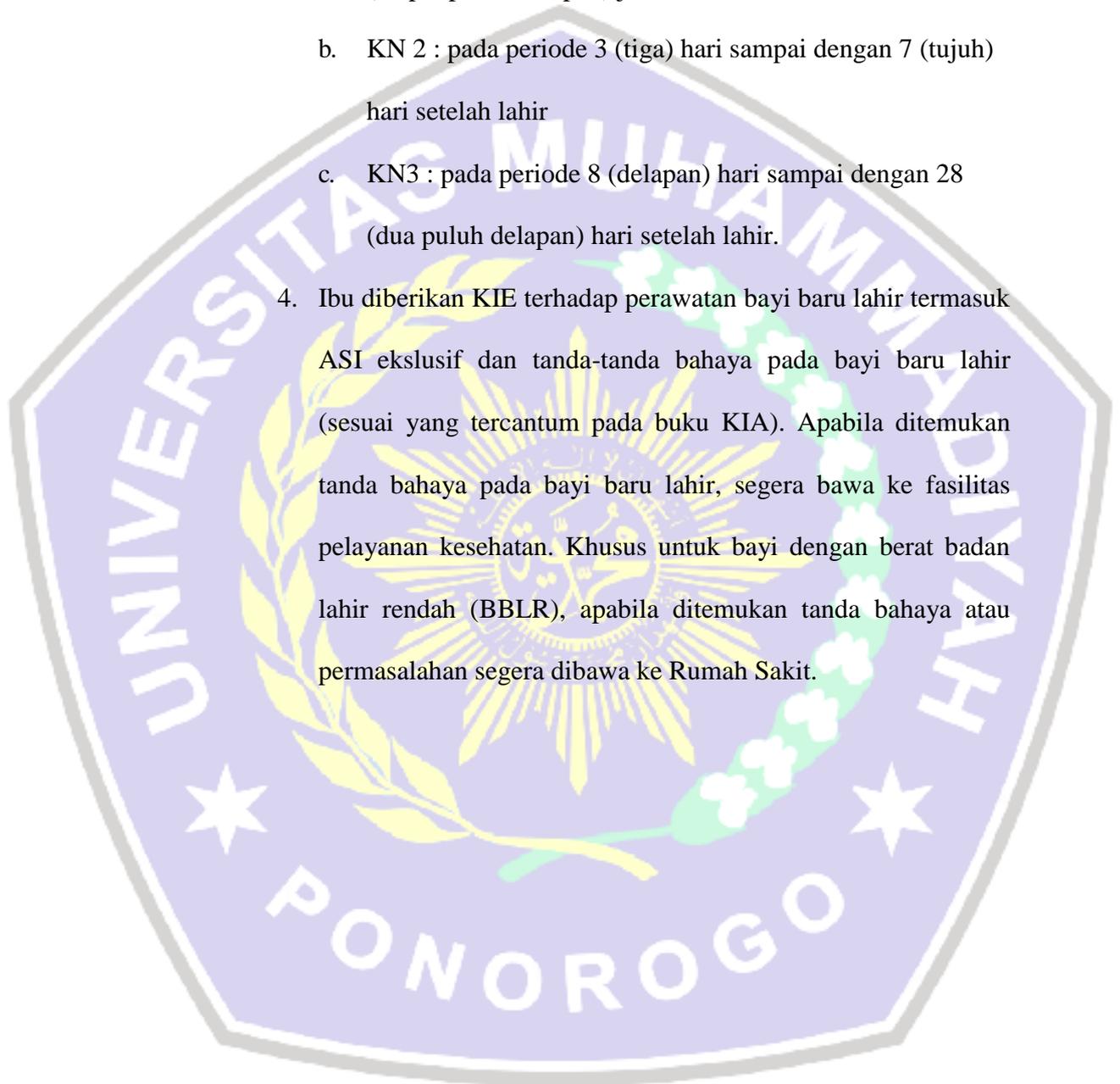
J. Kebijakan Pelayanan BBL Masa Covid-19

1. Bayi baru lahir tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0–6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B.
2. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.
3. Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau Kunjungan Neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan

upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu :

- a. KN 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir
- b. KN 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir
- c. KN3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.

4. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit.



2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut UU no.52 tahun 2009, Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, pengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Keluarga Berencana (KB) memungkinkan pasangan usia subur untuk mengantisipasi kelahiran, mencapai jumlah anak yang mereka inginkan, dan mengatur jarak dan waktu kelahiran mereka. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas (Manuaba et al., 2010).

B. Jenis-jenis Kontrasepsi

1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a. Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif (hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya) MAL sendiri dapat digunakan sebagai kontrasepsi apabila menyusui secara penuh dan lebih efektif bila pemberian >8x/hari, dan belum haid serta efektif dilakukan sampai umur bayi 6 bulan dan harus di lanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya (Noviawati, 2011).

b. Cara Kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin akan meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar esterogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Fitri, 2018).

c. Efektifitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98% jika digunakan secara benar

d. Indikasi

Ibu yang menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh dan ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan

e. Kontra indikasi

Sudah mendapatkan haid setelah persalinan, tidak menyusui secara eksklusif 6 bulan penuh, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

f. Keuntungan

- 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
- 2) Segera efektif
- 3) Tidak mengganggu senggama

- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 5) Tidak perlu pengawasan medis
- 6) Tidak perlu obat atau alat
- 7) Tanpa biaya.

g. Keterbatasan

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- 2) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial
- 3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- 4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.

2. Senggama Terputus Coitus Interruptus

a. Pengertian

Merupakan suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina (Fitri, 2018).

b. Cara Kerja

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

c. Efektifitas

Efektifitas kontrasepsi senggama terputus dianggap sangat kurang karena angka kehamilan dengan senggama terputus lebih tinggi dari pada menggunakan kontrasepsi mekanisme atau kimiawi.

d. Keuntungan

Tidak memerlukan alat, tidak menggunakan zat-zat kimiawi, selalu tersedia setiap saat, tidak mempunyai efek samping (Fitri, 2018).

e. Kerugian

Angka kegagalan sangat tinggi, tidak melindungi dari penyakit IMS seperti virus hepatitis B/HPV dan HIV/AIDS dan akan mengurangi kenikmatan seksual untuk suami istri sehingga bisa mempengaruhi kehidupan perkawinan (Fitri, 2018).

3. Kondom

a. Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Noviawati, 2011).

b. Cara kerja

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam reproduksi perempuan (Noviawati, 2011).

c. Indikasi

Pria yang mempunyai riwayat genitalia, sensitivitas penis terhadap secret vagina. Dan pria yang ingin segera mendapatkan kontrasepsi dan yang ingin berpartisipasi dalam program KB.

d. Efektivitas

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

e. Keuntungan

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

f. Kerugian

Menggangu kenyamanan saat senggama dan harus selalu ada persediaan tetapi juga bisa sobek bila melakukan dengan tergesa-gesa.

g. Cara pemakaian kondom

- 1) Kondom bisa dipakai ketika penis eriksi dan sebelum melakukan hubungan badan
- 2) Buka kemasan kondom secara berhati-hati dari tepid an arah robekan ketengah jangan menggunakan gigi atau benda tajam saat membuka kemasan
- 3) Tekan ujung kondom menggunakan jari jempol untuk menghindari udara masuk kedalam kondom dan pastikan gulungan kondom berada disisi luar
- 4) Buka gulungan kondom secara perlahan-lahan kearah pangkal penis sambil menekan ujung kondom dan pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitus apabila kondom mengulung maka ditarik kembali gulungan ke pangkal penis
- 5) Setelah ejakulasi, lepas kondol saat penis ereksi dan hindarkan kontak penis dan kondom dari pasangan
- 6) Buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat sampah yang aman (Noviawati, 2011).

4. Kontrasepsi oral (PIL)

Kontrasepsi oral yang biasanya dikenal dengan pil KB mengandung hormone progesterone dan esterogen, kontrasepsi oral sendiri terdiri dari 4 macam diantaranya :

a. Pil progestin (Mini pil)

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

b. Pil kombinasi

Didalam pil kombinasi terdapat esterogen dan progesterone.

c. Morning after pil

Merupakan pil hormone yang mengandung esterogen dosis tinggi yang diberikan pada saat keadaan darurat saja seperti kondom bocor.

1) Cara kerja esterogen sebagai kontrasepsi

Bekerja dengan cara menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus – hipofisis - ovarium dan menghambat perjalanan ovum dan implantasi.

2) Cara kerja progesterone sebagai kontrasepsi

Bekerja dengan cara membuat lendir menjadi kental sehingga menyebabkan transportasi sperma menjadi sulit, menghambat kapasitas sperma, menghambat perjalanan ovum dalam tuba, menghambat ovulasi

melalui fungsi hipotalamus – hipofisis – ovarium.

3) Keuntungan kontrasepsi oral

Sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping, dapat dihentikan setiap saat.

4) Efek samping kontrasepsi oral

Nyeri pada payudara, hipertensi, dan adanya penambahan berat badan.

5) Keterbatasan

Hampir 30-60% mengalami gangguan haid peningkatan atau penurunan, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, apabila lupa 1 pil saja kegagalan akan lebih besar dan bisa menyebabkan payudara tegang, mual, pusing, dan dermatitis, beresiko kehamilan ektopik cukup tinggi.

6) Indikasi

Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, pasca persalinan dan tidak menyusui dan hipertensi.

7) Kontra indikasi

Hamil atau diduga hamil, adanya riwayat kanker payudara, sering lupa untuk minum pil, miom uterus dan mempunyai riwayat stroke.

5. Kontrasepsi suntik

a. Pengertian

Kontrasepsi suntik yaitu kontrasepsi hormonal yang biasanya diberikan secara intramuscular dan sifatnya sementara. Ada dua jenis kontrasepsi suntikan yaitu 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 Noretindron Enantat dan 5 mg Estrodiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Noviawati, 2011)

b. Cara kerja

Menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (Noviawati, 2011).

c. Keuntungan

Sangat efektif dan tidak perlu menyimpan obat, risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada saat senggama, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil.

d. Kerugian

Terjadi perubahan pada pola haid, mual sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan

hilang setelah suntikan kedua atau ketiga, efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy (Fenitoin dan berbiturat) atau obat tuberculosis (Rifampisin), penambahan berat badan, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV, kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Fitri, 2018).

e. Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Fitri, 2018).

f. Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah umur 6 minggu pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, penyakit hati akut (Virus hepatitis), umur >35 tahun yang merokok, riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi (<180/110 mmHg), riwayat

kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain, keganasan pada payudara (Fitri, 2018).

6. Suntikan 3 bulan

a. Pengertian

Kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesterone saja dan tidak mengandung hormone esterogen, dosis yang diberikan yaitu 150 mg secara IM, setiap 12 minggu sekali.

b. Cara kerja

Menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu dan menghambat transportasi ovum dalam tuba fallopi (Noviawati, 2011).

c. Jenis

- 1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150 mg yang disuntik secara IM.
- 2) Depo Noresteron Enantat (Depo Noristeral) diberikan setiap 2 bulan dengan dosis 200 mg Noretindron Enantat, disuntik secara IM

(Noviawati, 2011).

7. Implan

a. Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, disusupkan atau ditanam dibawah kulit.

b. Cara kerja

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi (Manuaba et al., 2010).

c. Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak taupun belum, menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang, pasca persalinan dan tidak menyusui, paska keguguran, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil.

d. Kontraindikasi

Hamil atau di duga hamil, perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya, benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus atau kanker payudara

e. Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun), pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh esterogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah menstruasi.

f. Kerugian

Gangguan menstruasi, berat badan bertambah, liang senggama terasa kering, menimbulkan jerawat dan keregangan payudara (Manuaba et al., 2010).

g. Melakukan pemasangan implant

- a) Meminta klien untuk membersihkan seluruh tangan yang dipasang implant dengan menggunakan sabun
- b) Cuci tangan air sabun keringkan dengan handuk
- c) Atur alat dan bahan sehingga mudah untuk dicapai dan hitunglah kapsul untuk memastikan jumlahnya
- d) Gunakan sarung tangan
- e) Daerah pemasangan \pm 3 jari diatas lipatan siku kanan untuk yang kidal dan lipatan siku kiri

untuk yang umum atau tidak kidal

- f) Pasang duk steril yang berlubang disekeliling lengan pasien
- g) Lakukan anestesi lokal lidokain 1% pada daerah insersi, mula-mula disuntikkan sejumlah kecil anestesi pada daerah insisi, kemudian anestesi diperluas sepanjang 4-4,4 cm
- h) Menguji anestesi sebelum melakukan insisi (sayatan)
- i) Dengan menggunakan bisturi lakukan sayatan atau insisi dibawah kulit selebar 1-2 cm
- j) Masukkan ujung trokar melalui insisi
- k) Memasukkan implant ke dalam trokarnya
- l) Ubah arah trokar sehingga implant berikutnya berada 15 derajat dari implant sebelumnya
- m) Setelah semua implant terpasang, lakukan penekanan pada luka insisi dengan kasa steril untuk mengurangi perdarahan
- n) Luka insisi ditutup dengan kompres kering, lalu lengan dibalut dengan kasa. Daerah insersi dibiarkan kering dan tetap bersih selama 4 hari

(Manuaba et al., 2010).

h. Indikasi pencabutan

- a) Setelah lima tahun insersi implant (norplant)

- b) Atas permintaan pasien (seperti adanya keluhan atau pasien ingin hamil)
- c) Keadaan yang tergolong sebagai perhatian khusus bagi insersi implant (norplant), sehingga sebaiknya mengganti dengan caranon hormonal yang lain (Manuaba et al., 2010).

i. Melakukan pencabutan implant

- a) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- b) Persilahkan pasien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan
- c) Atur lengan pasien tempat implant terpasang
- d) Raba kapsul implant
- e) Raba ujung kapsul dekat lipatan siku
- f) Pastikan posisi setiap kapsul
- g) Siapkan tempat alat
- h) Buka bungkus steril

Tindakan pencabutan implant dengan metode standart

- a) Tentukan lokasi insisi
- b) Buat insisi melintang (± 4 mm)
- c) Lakukan pencabutan kapsul
- d) orong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan
- e) Jepit ujung kapsul

- f) Bersihkan dan buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul
- g) Jepit kapsul
- h) Lepaskan klem pertama
- i) Cabut kapsul
- j) Cabut kapsul berikutnya
- k) Pastikan bahwa semua kapsul sudah dicabut
- l) Tunjukkan kapsul tersebut pada pasien

Tindakan pasca pelepasan

- a) Bersihkan daerah di sekitar insisi
- b) Pegang dan dekatkan kedua tepi luka insisi
- c) Tutup luka
- d) Periksa perdarahan
- e) Tutup daerah insisi (Manuaba et al., 2010).

8. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a. Pengertian

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililiti tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada yang dililiti tembaga bercampur perak (Ag), selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesteron.

b. Jenis

- 1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T, diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

2) AKDR yang lain beredar di Indonesia adalah NOVA T (Schering).

c. Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah pertemuan sperma dan ovum, mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi dan memungkinkan untuk mencegah implantasi sel telur dalam uterus.

d. Indikasi

Usia reproduksi, keadaan nulipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, risiko rendah dari IMS, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari (Rini & Kumala, 2016).

e. Kontraindikasi

Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil), perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi), Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Rini & Kumala, 2016).

f. Keuntungan

Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan), AKDR dapat aktif segera setelah pemasangan, Metode jangka panjang (10 tahun proteksi diri dari CuT-380A dan tidak perlu diganti), Tidak mempengaruhi hubungan seksual, Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI, Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir) (Rini & Kumala, 2016).

g. Kerugian

Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), Haid lebih lama dan banyak, Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, Saat haid lebih sakit (Rini & Kumala, 2016).

9. Kontrasepsi Mantap

1) MOW

a. Pengertian

Merupakan metode keluarga berencana dengan Metode Operasi Wanita (MOW). Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen (Abdul Bari Saifuddin et al., 2009).

b. Cara kerja

Dengan mengkoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong/memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Ratulagi, 2018).

c. Indikasi

Usia >26 tahun, paritas >2, pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, pascasalin, pasca keguguran, pada dan sukarela setuju dengan prosedur ini

d. Kontraindikasi

Hamil, infeksi sistemik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrolkan), tidak boleh menjalani proses pembedahan, belum memberikan persetujuan tertulis.

e. Keuntungan

Efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

f. Kerugian

Harus dipertimbangkan dengan mantap karena metode ini tidak bisa dipulihkan kembali, pengguna dapat menyesal, tidak melindungi dari IMS.

2) MOP

a. Pengertian

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi.

b. Cara kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

c. Indikasi

Pria usia reproduksi <50 tahun, yang menginginkan metode sangat efektif, yang memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut.

d. Kontraindikasi

Infeksi kulit local contohnya scabies, infeksi traktus genitalia, kelainan skrotum dan sekitarnya, penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung coroner.

e. Keuntungan

Sangat efektif, permanen, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak ada efek samping jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

f. Kerugian

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

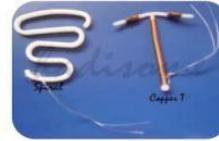
Gambar 2.3
 Jenis dan Macam-Macam Alat Kontrasepsi
 Sumber :



MAL



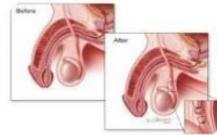
KONDOM



AKDR



TUBEKTOMI



VASEKTOMI



PIL



INJEKSI



IMPLAN



2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan TM III

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a. Biodata

1) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Walyani, 2015).

2) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Banyak terjadi penyulit pada kehamilan dini (kurang dari 20 tahun), seperti keguguran, persalinan prematur, anemia bahkan kematian ibu. hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin (Walyani, 2015)..

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa (Walyani, 2015)..

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walyani, 2015)..

5) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan.

6) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Walyani, 2015)..

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan.

2. Keluhan Utama

Menurut Varney (2012), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil Trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a. Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada

ekstremitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat terlentang (Walyani, 2015)..

b. Nokturia

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

c. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron.

d. Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Walyani, 2015)..

e. Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati (pirosis, ketidakmampuan mencerna asam) merupakan akibat regurgitasi gastroesofageal pada hampir 10% dari seluruh ibu hamil. Pada kehamilan lanjut, keadaan ini dapat diperberat oleh

pergeseran lambung dan duodenum oleh fundus fundus uterus. Nyeri ulu hati paling sering muncul jika pasien berbaring terlentang atau membungkuk.

f. Kram tungkai

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

g. Nyeri punggung bawah

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

3. Riwayat Kesehatan

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

a. Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin/neonatus dan maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan preeklampsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal

ginjal akut, abrubsio retina, gagal janin, hemorargi serebral, IUGR, dan kematian maternal dan janin.

b. Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan risiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara konsepsi AKDR, tubektomi, atau vasektomi pada suami.

c. TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, setomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan konginetal dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat.

d. Asma

Penyakit asma bisa mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂.

e. Gonore

Gonore dapat menyebabkan vulvoginitis dalam

kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria.

f. HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta.

Pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Walyani, 2015)..

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Walyani, 2015)..

5. Riwayat Kebidanan

a. Menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk menentukan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan kepastian tanggal kelahiran.

b. Umur menarche

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

c. Siklus menstruasi

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

d. Banyak darah yang keluar

Normalnya yaitu 2-3 kali ganti pembalut dalam sehari apabila darahnya terlalu berlebih itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid.

e. Lamanya

Lamanya haid normal yaitu ± 7 hari dan apabila mencapai 15 berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan penyakit yang mempengaruhi.

6. Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

a. Kehamilan

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

bahwa kehamilan mempunyai resiko yang lebih tinggi sehingga memerlukan perawatan di rumah sakit (Walyani, 2015)..

b. Persalinan

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu Passenger (janin), power (tenaga ibu/his/kontraksi), passage (jalan lahir), psikis dan penolong persalinan. Bila persalinan yang lampau persalinan spontan, bayi hidup dan aterm ini menunjukkan koordinasi 5P berjalan dengan baik. informasi esensial tentang persalinan adalah mengenai usia gestasi tipe persalinan (persalinan, forcep, vakum ekstrasi, bedah sesar) penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama) berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain.

c. Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi.

7. Riwayat kehamilan

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

a. Triwulan I

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

b. Triwulan II

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

c. Triwulan III

Menanyakan kepada pasien asuhan kehamilan apa saja yang pernah didapatkan selama kehamilan trimester III dan ditanyakan pengobatan yang pernah didapat selama kehamilan (Walyani, 2015)..

8. Imunisasi TT

Menanyakan ke pasien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT. Jika belum bidan bisa memberikan imunisasi tetanus toxoid yang diperlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada trimester 1 atau 2 pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Melakukan penyuntikan secara IM dengan dosis 0,5 ml (Walyani, 2015)..

9. Riwayat Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya alat kontrasepsi dan lama penggunaan kontrasepsi.

10. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C

b. Eliminasi

1) 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 ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal

ini akan memperberat masalah pada wanita hamil.

c. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama.

Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam.

d. Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-25 minggu.

Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari.

Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlenihan.

e. Personal Hygiene

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan dikarenakan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat sehingga keringat yang menempel di kulit menyebabkan kelembaban sehingga menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme jika tidak dibersihkan

dengan mandi maka ibu hamil akan sangat mudah terkena penyakit.

f. Seksual

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

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

11. Riwayat Ketergantungan

a. Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan pervagina, kelainan prematur, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya

yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda.

b. Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndroma* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi konginetal yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan saat hamil.

c. Obat Terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), lahir mati, dan abnormalitas.

12. Dukungan Situsional

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

13. Latar Belakang Sosial Budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan,

telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Walyani, 2015)..

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul.

b. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

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

beresiko mengalami preeklampsia.

2) Nadi

Denyut nadi sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai.

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi.

4) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit.

c. Antropometri

1) Tinggi badan

Tubuh yang dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi.

2) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kilogram selama hamil atau terjadi

kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/minggu.

3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

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

2) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan. Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia.

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang

bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia.

4) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada polip dan secret atau tidak.

5) Telinga

Simetris, ada serumen atau tidak.

6) Mulut

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

7) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.

8) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis.

9) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada

massa abnormal.

10) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang tidan mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan.

11) Abdomen

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen. Evaluasi adanya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati, dan kelenjar getih bening, seiring kemajuan kehamilan semakin sulit meraba organ-organ lain selain uterus.

12) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskloriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes.

13) Anus

Hemorroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar.

Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemorrhoid.

14) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia. Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Bila efek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Walyani, 2015)..

e. Pemeriksaan Khusus

1) Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita/metlin. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

2) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi andomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut.

Pemeriksaan Leopold

a. Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu).

langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu :

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan
- (5) Temukan bagian apa dari bayi yang terdapat

pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bulat dan kurang melenting. Pada letak

lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.

b. Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- (1) Kedua tangan pindah di samping
- (2) Tentukan dimana punggung janin. Punggung janin terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar
- (3) Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

c. Leopold III

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

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu :

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan

jari lainnya

- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

d. Leopold IV

Berfungsi untuk mengetahui bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu :

- (1) Pemeriksaan mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar. Jadi, leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Apabila kedua tangan divergen maka bagian terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul. Sedangkan apabila tangan konvergen maka bagian

terbesar dari kepala belum masuk pintu atas panggul.

2. Osborn Test

Tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporsisi Kepala Panggul) pada ibu hamil.

Prosedur pemeriksaan test Osborn yaitu : Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+).

3. Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut :

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

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n= 12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$.

4. Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal adalah 120 sampai 140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 kali

per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 per menit, DJJ normal.

2) (10-14-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

3) (8-7-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

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

5. Pemeriksaan panggul

a) Pemeriksaan panggul luar

(1) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-16$ cm).

(2) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca, kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).

(3) Cojungata eksterna (baudeloque), jarak

antara pinggir atas sympisis dan ujung prosessus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).

(4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas sympisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

b) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

6. Pemeriksaan penunjang

a. *Haemoglobin*

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

Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb <7 gr%.

b) Golongan darah

Golongan darah ABO adalah faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti- gammaglobulin

D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan.

Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus.

c) Pemeriksaan urin

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas.

Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

- (1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

(2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

(3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

d) *Ultrasonografi (USG)*

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

(1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS= Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7- 14 minggu.

(3) Dengan mengukur diameter biparetal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Walyani, 2015)..

e) *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin.

Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin.

f) Kartu Skor Poedji Rochyati (terlampir)

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. 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 dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Walyani, 2015).

B. Analisa Data / Diagnosa

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2007 Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengakjian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Diagnosa : G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan jani baik.

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varices, panas dan nyeri di uluh hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan.

C. Perencanaan

Diagnosa kebidanan : G1>/1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- a) Keadaan umum baik
- b) Kesadaran composmentis
- c) Tanda-tanda vital normal :
 - 1) Tekanan Darah : 100/70-130/90 mmHg
 - 2) Nadi : 76-88 x/menit
 - 3) Suhu : 36,5-37,5°C
 - 4) Respirasi Rate : 16-24x/menit
- d) Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Hb ≤ 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
 - 2) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
 - 3) TFU sesuai dengan usia kehamilan
 - 4) Situs bujur dan presentasi belakang kepala

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan .

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

2. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah

yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

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, senam hamil, rekreasi, dan obat-obatan.

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

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi : hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

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

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ : Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat

persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128).

6. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

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

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

Masalah

i. Masalah 1 : Konstipasi

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi bisa teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2X/sehari, konsistensi lunak

Intervensi (Ari Sulistyawati, 2011a) :

a. Jelaskan fisiologi konstipasi pada akhir kehamilan

R/ Ibu memahami konstipasi dan hal yang normal dialami oleh ibu hamil dan ibu tidak cemas lagi

b. Anjurkan ibu untuk minum air putih

minimal 8 gelas/hari

R/ Cairan dapat memperlancar kerja peristaltic usus

c. Anjurkan ibu minum air hangat dan makan makanan yang berserat

R/ Air hangat dan makanan yang berserat dapat menstimulasi gerak peristaltik usus

d. Sarankan pada ibu untuk melakukan latihan ringan

R/ kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

ii. Masalah 2 : Nokturia

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

Kriteria : Ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari, Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi :

a) KIE tentang penyebab sering BAK

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

b) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih ketika ada dorongan untuk BAK

R/ Agar tidak terjadi infeksi saluran kemih

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

- d) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- e) Anjurkan ibu banyak minum pada siang hari dan mengurangi setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

iii. Masalah 3 : Kram pada kaki

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

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi (Abdul Bari Saifuddin, 2014) :

a) Jelaskan penyebab kram tungkai

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalium

b) Anjurkan ibu untuk senam hamil 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) Minta ibu untuk tidak berdiri lama

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

e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

iv. Masalah 4 : Nyeri Pinggang

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

Kriteria : Nyeri pinggang berkurang

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu tentang fisiologis nyeri pinggang

R/ Penjelasan fisiologis tentang nyeri pinggang membuat kecemasan ibu berkurang

- b) Ajarkan pada ibu body mekanik

R/ Menghindari sikap yang salah pada body mekanik ibu untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri pinggang berkurang

- c) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu tinggi

R/ hak yang tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri pinggang bertambah

- d) Anjurkan pada ibu untuk melakukan kompres hangat pada pinggang

R/ Meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot berkurang dan rasa nyeri akan berkurang

- e) Motivasi ibu untuk senam hamil yang sesuai dengan usia kehamilan

R/ senam hamil meningkatkan relaksasi dan kenyamanan ibu

- f) Menggunakan penopang abdomen

R/ mengurangi tekanan pada vena cava inferior

- g) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal

R/ mengurangi nyeri pada otot pinggang

v. Masalah 5 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises dan varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat virus

Intervensi (Manuaba et al., 2010)

- a) Kenakan kaos kaki penyokong

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

- b) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

- c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

- d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ Latihan ringan dan berjalan teratur dapat

memfasilitasi peningkatan sirkulasi

- e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

- vi. Masalah 6 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : Ibu tampak tenang dan rileks

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

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

- b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

- c) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

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

C. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif,

efektif, efisien, dan evidenc based kepada klien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitative dan dilakukan secara mandiri kolaborasi dan rujukan.

Kriterianya adalah :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Manjaga privasi klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisiklien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melaksanakan tindakan sesuai standart.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

D. Evaluasi

Evaluasi dan penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai kondisi klien/pasien.

E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :
 - S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis
 - O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisis, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
 - P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalina, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba et al., 2010)

2) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan di atas usia 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinana lama dan kematian janin (Manuaba et al., 2010).

3) Agama

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

4) Pendidikan

Peneliti menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Manuaba et al., 2010).

5) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tuannya kehamilan. Wanita karier yang hamil berhak mendapatkan cuti selama 3 bulan, diambil 1 bulan sebelum persalinan dan 2 bulan setelah persalinan.

6) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (Manuaba et al., 2010).

b) Keluhan utama

Menurut (Manuaba et al., 2010) tanda-tanda

persalinan yaitu:

1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda).

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

3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

c) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu

mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk dan berulang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

1) 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, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea.

2) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala 4 dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba et al., 2010).

3) Gonorea

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

4) Diabetes militus

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

d) Riwayat menstruasi

1) Menarche

Adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1 (Marmi,

2013).

e) Riwayat kebidanan

1) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba et al., 2010).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu: satu kali pada saat trimester I, satu kali pada saat trimester dua, dan

dua kali pada trimester III. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi dan fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba et al., 2010).

f) Pola fungsi kesehatan

1) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan bisa menambah energy dan mencegah dehidrasi saat proses persalinan. Dehidrasi bisa menyebabkan melambatnya kontraksi atau membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.

2) Eleminasi

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Manuaba et al., 2010). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Manuaba et al., 2010).

3) Personal hygiene

Bagi ibu yang sedang berada proses persalinan normal, mandi air hangat (Birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya.

4) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah

wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring.

2. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana seikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran pasien dapat dilakukan dengan penkajian derajat kesadaran dari keadaan *Composmentis* (kesadaran penuh) sampai *Coma* (pasien tidak sadar).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

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

Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan.

Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah

2) Nadi

Perubahan nadi yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan.

3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$. mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan).

4) Pernafasan

Menurut (Manuaba et al., 2010), peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

d) Pemeriksaan fisik

1. Kepala

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

2. Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema

yang merupakan tanda klasik preeklamsia.

3. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia.

Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, nila merah kemungkinan ada konjungtivitis.

Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Manuaba et al., 2010).

4. Hidung

Hidung normal apabila tidak ada pengeluaran mucus, tidak ada polip, tidak ada sekret yang berlebihan, dan tidak ada pernafasan cuping hidung, serta bentuknya simetris.

5. Mulut dan gigi

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatn gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbur karies, gingivitis, dan sebagainya. Bila kerusakan-kerusakan gigi ini tidak diperhatikan dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan komplikasi seperti sepsis puerperalis karena infeksi di rongga mulut (Manuaba et al., 2010).

6. Telinga

Telinga normal apabila tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris.

7. Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Normal tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Manuaba et al., 2010).

8. Dada

Adanya hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya.

Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronkhi.

9. Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan

TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum masuk puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2010). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Manuaba et al., 2010). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapertum awal (Manuaba et al., 2010).

10. Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau masa termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Manuaba et al., 2010).

11. Anus

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

12. Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeclampsia. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar.

e) Pemeriksaan khusus

1. Pemeriksaan dalam

Menurut (Manuaba et al., 2010) perhatian cermat terhadap hal-hal berikut:

(1) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis servisis berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50% mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disापुkan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter.

(3) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior

mengesankan persalinan preterm.

(4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis.

(5) Bidang hodge

Menurut (manuaba, 2010), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

2. Pemeriksaan penunjang

(1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress meternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi

selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia.

(2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Manuaba et al., 2010).

B. Diagnosa Kebidanan

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

- a) Kala 1 fase laten dengan kemudian masalah cemas menghadapi proses persalinan
- b) Kala I aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan.

- c) Kala II dengan kemungkinan masalah : kekurangan cairan, infeksi, kram tungkai.
- d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik.
- e) Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut yaitu :
 - 1) Retensio plasenta
 - 2) Avulse tali pusat
 - 3) Plasenta tertahan.
- f) Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut (Manuaba et al., 2010) yaitu:
 - 1) Atonia uteri
 - 2) Robekan vagina, perenium atau serviks
 - 3) Sub involusi sehubungan dengan kandung kemih penuh

C. Intervensi/Perencanaan

i. Diagnosa

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

- ii. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan

tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

iii. Intervensi

Kala I

Intervensi :

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

asuhan kebidanan persalinan normal

Kala II

- 1) Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)
- 2) Memastikan perlengkapan peralatan bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir
- 3) Memakai celemek
- 4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dala
- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan vulva ke perineum
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan

terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan

10) Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160 x/ menit)

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, dan keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his

12) Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk

13) Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

16) Meletakkan kain bersih 1/3 bawah bokong ibu

17) Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

19) Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm maka lindungi perineum dengan 1

tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. tangan yang lain menahan kepala bayi, anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal

20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

21) Menunggu kepala janin putar faksi luar

22) Setelah kepala sudah faksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan disetel untuk melahirkan bahu belakang

23) Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki titik pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya

25) Lakukan penilaian bayi baru lahir

26) Keringkan bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. ganti handuk yang kering, bayi di atas perut ibu. hipotermi mudah terjadi pada

bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau selimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat

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

28) Memberitahu Ibu bahwa ibu akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

Kala III

29) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi titik dorong isi tali pusat ke arah distal atau Ibu dan sempit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

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

31) Melakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat

32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit Ibu ke kulit bayi

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

34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi, tangan lain

menegangkan tali pusat

35) Setelah uterus berkontraksi, tegangan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas atau dorso kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas

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

- a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan ke lain hingga berjarak 5 sampai 10 cm dari vulva melahirkan plasenta
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
- c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU
- d. Lakukan katerisasi 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 pendarahan Segera

lakukan plasenta manual

37) Saat Plasenta manual di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan pusar hingga selaput ketuban terpinil kemudian dilahirkan dan ditempatkan pada plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (massage uterus)

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus letakkan tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik

39) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh masukkan plasenta ke dalam wadah plasenta

40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila ada laserasi

Kala IV

41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak

terjadi pendarahan

42) Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik

43) Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong

44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai kontraksi

45) Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah darah yang keluar

46) Memantau tanda bahaya tiap 15 menit

47) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu normal (36°C - 37°C)

48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit lalu cuci dan bilas

49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi di tempat sampah yang sesuai

50) Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering

51) Pastikan ibu merasa nyaman bantu ibu memberikan ASI anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu

52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin

0,5%

53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

55) Memakai sarung tangan DTT

56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir

57) Memberikan imunisasi HB pada bayi

58) Melepas sarung tangan

59) Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan kala IV

Kemungkinan masalah saat persalinan

1. Masalah 1 : Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2010) :

1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/: Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/: Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- 3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/: Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Masalah 2 : Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : Nadi 76-100x/menit, Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2010):

- 1) Anjurkan ibu untuk minum.

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

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

R/: pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- 3) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat

obstetrik dan bayi baru lahir.

R/: rujukan dini pada ibu dengan kurang cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

3. Masalah 3 : Infeksi.

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria : Nadi dalam batas normal (76-100x/menit), Suhu 36-37,5°C, KU baik, Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2010) :

1) Baringkan miring ke kiri.

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

2) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.

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

3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral.

R/: Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan

mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- 4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik.

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

4. Masalah 4 : Kram tungkai.

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

- 1) Luruskan tungkai ibu.

R/: Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

- 2) Atur posisi *dorsofleksi*.

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

- 3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai.

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

5. Masalah 5 : Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara

lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi (Manuaba et al., 2010) :

- 1) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan hebat, pasang infuse menggunakan jaru, besar(ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 UI oksitosin.
- 2) Menentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang diambil
- 3) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjutan.
- 4) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manua ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan fasilitas kegawatdaruratan obstetric.
- 5) Damping ibu ke tempat rujukan.
- 6) Tawarkan bantuan walaupun iu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

6. Masalah 6 : Robekan vagina, perineum dan serviks

Tujuan : Robekan vagina, perineum dan

serviks bisa segera ditangani

Kriteria : Robekan vagina, perineum dan serviks dapat terjahit dengan baik, pendarahan <500 cc

Intervensi :

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua yang menimbulkan perdarahan maka lakukan penjahitan
- 3) Jika derajat laserasi tiga atau empat maka lakukan :
 - a. Memasang infus RL dan NS
 - b. Memasang tampon untuk mengurangi perdarahan yang keluar
 - c. Segera lakukan rujukan dengan fasilitas yang lebih baik
 - d. Dampingi ibu ke tempat rujukan

D. Implementasi

Bidan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan evidence based kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotive, preventif, dan rehabilitatif dan dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah dilakukan dan mengulangi proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilakukan tetapi belum efektif.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Nifas

A. Pengkajian

1. Data obyektif

a. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Heryani, 2012).

2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba et al., 2010).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam

berdoa .

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu.

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien. Sering kali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Manuaba et al., 2010).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas

b. Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusu. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

2) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

3) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan

longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

4) Hemorroid

Jika wanita mengalami hemorroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemorroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan disertai saat melahirkan (Manuaba et al., 2010).

c. Riwayat kesehatan yang lalu

- 1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba et al., 2010).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan

pada bayi.

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba et al., 2010).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai.

e. Riwayat obstetric

1) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Berapa kali hamil, apakah sudah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi : PB, BB,

penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui proses persalinan mengalami kelainan atau tidak, yang mempengaruhi masa nifas saat ini.

f. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Marmi, 2013).

g. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba et al., 2010).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga

berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam
kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari
kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan
kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran
lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa
nyeri berlebihan memerlukan pengawasan
khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun.
Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses
payudara harus dilakukan observasi yang tepat
(Manuaba et al., 2010).

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur
(ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya
selama meneteki. Oleh karena itu, metode
amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid
pertama kembali untuk mencegah terjadinya
kehamilan baru (Manuaba et al., 2010).

h. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500
kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang
untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin
yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap
hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali

menyusui).

2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan. Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba et al., 2010).

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah

membersihkan daerah kelinanya (Manuaba et al., 2010).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Manuaba et al., 2010).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Manuaba et al., 2010).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu.

i. Psikologi dan spiritual

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya.
- c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

- a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah

melahirkan.

b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

j. Latar belakang sosial budaya

Menurut (Saifuddin, 2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain :

- 1) Menghindari makanan berprotein.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 3) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma.

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum.

Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat.

c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru .

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012).

2) Muka

Pada daerah muka dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat oedema atau tidak, muka pucat atau

tidak.

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Fitri, 2018).

4) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Fitri, 2018).

5) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI.

6) Abdomen

Pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

7) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka

episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid.

8) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Fitri, 2018).

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g%.

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009). PAPIAH postpartum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Noviawati, 2011).

C. Perencanaan

Diagnosa PAPIAH postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2010).

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria Menurut (Noviawati, 2011) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: Kesadaran composmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
- 3) Tanda-tanda vital:
 - TD: 110/70-130/90 mmHg
 - N: 60-80 x/menit
 - S : 36-37,5°C
 - RR: 16-24 x/menit
- 4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi

protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari ke-4 sampai ke-10, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai sterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan (Sulistiyawati, 2010).

5) Involusi uterus normal

Involusi uteri dapat diamati dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut :

a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap harinya.

b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat

c) pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Jika uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut.

2.7

Involusi Uterus Normal Pada Ibu Nifas

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

Sumber : (Manuaba, 2010b)

6) Lochea normal

Lochea rubra keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010b).

Kemungkinan masalah

1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK

dengan lancing

Intervensi

- a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

2) Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi :

- a) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- b) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

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

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- c) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol,

asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

4) Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Masalah pembengkakan payudara teratasi

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

Intervensi menurut (Manuaba, 2010b) antara lain:

a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

e) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

f) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

(Manuaba, 2010b)

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan,

mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Noviawati, 2011).

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a. Identitas bayi dan orang tua

Sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi di pulangkan. Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap (Noviawati, 2011).

b. Keluhan utama

Keluhan utama bayi baru lahir adalah hipoglikemia, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Noviawati, 2011).

c. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua

hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

d. Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecag ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestesik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Noviawati, 2011).

e. 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 makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Noviawati, 2011)

f. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada nenotus dapat dilihat pada table :

Tabel 2.8

Kebutuhan dasar cairan 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	Lebih dari 120 kal

Sumber: (Abdul Bari Saifuddin, 2014).

2) Eliminasi

Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekonium ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi barumur 4-5 hari (Noviawati, 2011).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari paling sering 45 menit- 2 jam dalam sekali tidur. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit sehari sampai sebanyak 2 jam/hari.

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi

stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah feses dan urine membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Manuaba et al., 2010).

5) Aktivitas

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

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi

lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2010). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Manuaba et al., 2010).

2. Data obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-marahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C .

2) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.

3) Tanda-tanda vital

a) Pernafasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi.

b) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160x/menit. bila >160x/menit (takikardi) merupakan tanda-tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100x/menit (bradikardi) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O₂.

c) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5^oC sampai 37,5^oC.

d) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit

4) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium.

Pada hari ke-4, berat badan naik. Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau.

Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan

kekurangan cairan.

b) Panjang badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi telentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 45-53 cm.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung.

b) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva.

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, periksa adanya pernafasan cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Manuaba et

al., 2010).

d) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat pada bayi yang mengalami sindroma tertentu (piere-robin).

e) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral thrush (Manuaba et al., 2010).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis.

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat

bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu di perhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris.

h) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna.

i) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit

kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya

enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten.

j) Genetalia

(1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uterus. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia.

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

k) 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 sindrom, megakolon atau

obstruksi saluran cerna.

l) Ekstremitas

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.

m) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya. Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Manuaba et al., 2010).

6) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah.

a) Refleks kedipan (glabellar reflex)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optik.

b) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

c) Refleks menghisap (sucking reflex)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap.

d) Refleks menoleh (tonic neck reflex)

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensoris.

e) 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.

f) Refleks terkejut (morro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi.

g) Refleks menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat.

h) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi.

i) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2013).

B. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2013).

C. Perencanaan

Diagnosa : Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

1) Tujuan : bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterine ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

2) Kriteria :

Keadaan umum baik

TTV normal

S: $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$,

N: 120-160 x/menit,

RR: 40-60 x/menit.

Bayi menyusu kuat

Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

3) Intervensi menurut (Marmi, 2012) adalah:

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008: 130).

- b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lanjut.

- c) Beri ASI setiap 2 jam sampai 3 jam.

R/ Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

- d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan

untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik

R/ Suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C .

Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

Masalah :

- 1) Masalah 1 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$.

Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras /sklerema.

Intervensi :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

2) Masalah 2 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum \leq 12,5 mg/dL

Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning- kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urine.

Intervensi :

a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat- obatan antimikroba, dan cairan

amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kernikterus).

c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium.

d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah

senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah dieksresikan.

3) Masalah 3 : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.

Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut :

a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar.

b) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ Krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan shampoo secara perlahan

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

4) Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut :

a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih

dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah 5 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum, Bayi tidak rewel

Intervensi menurut.

a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarga (Marmi, 2013).

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a. Identitas

1) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda.

2) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntuk KB, susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Manuaba et al., 2010).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascalin adalah :

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

c. Riwayat Kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes melitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke.
- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron.
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing- masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung

derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Manuaba et al., 2010)

- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Manuaba et al., 2010).

d. Riwayat kebidanan

- 1) Haid

Bila menyusui 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kemabali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi

lain untuk 7 hari saja. Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi. Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba et al., 2010)

e. Riwayat kehamilan, persalinan dan Nifas yang lalu Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui masa inferiltasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD. IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Manuaba et al., 2010)

f. Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa

ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut. Pasien yang pernah mengalami problem eskpulsu IUD, ketidak mampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidak mampuan untuk memmeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Manuaba et al., 2010)

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPK merangsang pusat pengendalli nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya.

2) Eliminasi

Dilantasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kecing karena relaksasi otot.

3) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala).

4) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat

menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

2. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg. Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan, umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh.

2) Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil serta untuk

menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Manuaba et al., 2010)

b. Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Manuaba et al., 2010)

c. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Manuaba et al., 2010).

d. Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium. Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara. Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant

(Manuaba et al., 2010)

e. Abdomen

Peringatan khusus bagi penggunaan implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Manuaba et al., 2010)

f. Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore. 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. Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR.

g. Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan. Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR.

B. Diagnosa kebidanan

$P \geq 1$, umur anak terkecil berapa hari, calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, tidak ada/ada indikasi untuk menggunakan MAL / AKDR / Kontap / Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik terjadi kehamilan(Manuaba et al., 2010).

C. Intervensi/Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

Kriteria

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai
- 3) Ibu terlihat tenang

Intervensi

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan

R/ Menyakinkan klien membangun rasa percaya diri

- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan

kesepakatan dari pasangan usi subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan kita mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut

- 7) Pesakan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Kemungkinan Masalah :

- 1) Masalah 1 : Amenorhea
 Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut
 Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi (Manuaba et al., 2010):

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea
 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 keadaan kondisinya

c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan

KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk

R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

2) Masalah 2 : 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 (Manuaba et al., 2010)

a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan suatu 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) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distribusi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3) Masalah 3 : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaan

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi :

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 perdarahan bercak/*spotting*.

b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

R/ Klien dapat merasa nyaman kembali dan tidak mengalami bercak/*spotting*

4) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat disertai nyeri

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan

KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi :

a) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada pengguna AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama

R/ Mengurangi kecemasan pada ibu

b) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan

R/ Mengevaluasi penyebab lain perdarahan untuk mengambil tindakan yang tepat

c) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal anti inflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.

R/ Pemeriksaan NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan

d) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu, tawarkan metode pengganti

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari pengguna AKDR

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Manuaba et al., 2010)

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Manuaba et al., 2010)

