

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Definisi kehamilan

Periode kehamilan adalah periode yang dihitung sejak hari pertama haid dan hari terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang ditandai dengan awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2013).

Menurut Federasi Obsetri Ginekologi Internasional, kehamilan diartikan sebagai fertilasi atau penyatuan antara spermatozoa dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi (Saifuddin, 2014). Kehamilan adalah proses dinamis dimana perubahan anatomi dan fisiologis terjadi penumpukan hingga partus. (Abdulkarem et al, 2011).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan,

triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2014).

B. Klasifikasi Kehamilan

Menurut Prawirahardjo (2014), Periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yaitu:

1. Trimester 1 berlangsung pada 0 minggu hingga ke-12

Trimester pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan antara sperma dan sel telur sampai dengan usia 12 minggu, dalam trimester pertama ini bentuk-bentuk tubuh janin sudah mulai terbentuk

2. Trimester 11 minggu ke-13 sampai dengan minggu ke-27

Trimester kedua ini usia kehamilan dimulai saat usia 13-27 minggu. Di trimester kedua ini alat-alat tubuh telah dibentuk akan tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari vakum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

3. Trimester 111 minggu ke-28 sampai dengan minggu ke-40

Trimester ketiga atau trimester terakhir adalah sejak kehamilan 28-40 minggu. Janin yang telah dilahirkan pada trimester ini sudah terbentuk dengan sempurna.

C. Proses Kehamilan

Proses kehamilan merupakan matrantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan

ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh, kembang basil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, dkk, 2013).

Proses kehamilan akan terjadi jika terdapat beberapa hal sebagai berikut:

1. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi. (Manuaba, dkk, 2013)

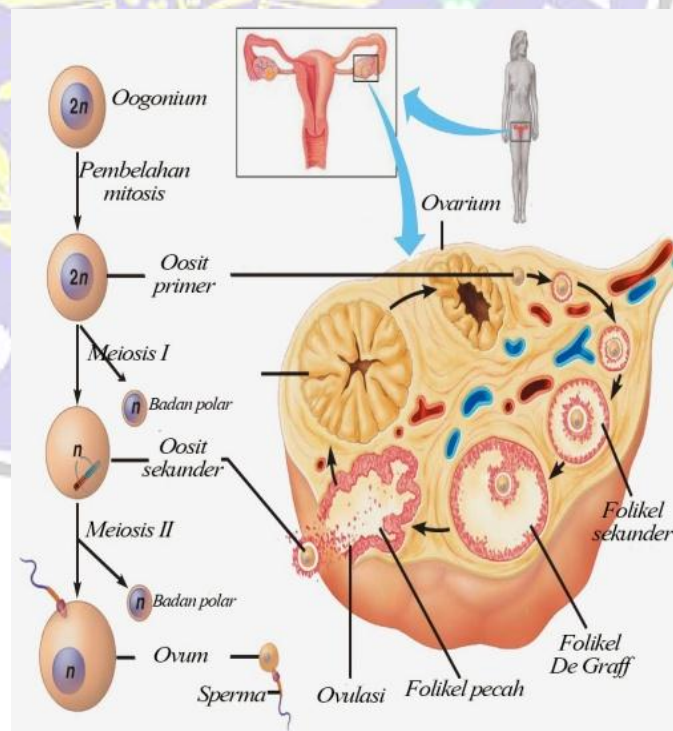
2. Ovum

- a) Bisa dibuahi jika sudah melewati fas oogenesis
- b) Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, setiap kali siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa menopause.
- c) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium.
- d) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulose dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat suatu terjadinya kehamilan (Megasari dkk 2012).

e) Oogenesis secara sederhana prosesnya dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Oogonium adalah sel induk dari ovum yang terdapat dalam sel folikel yang terdapat di dalam ovarium.
- 2) Oogonium mengalami pembelahan mitosis berubah menjadi oosit primer, yang memiliki 46 kromosom. Oosit primer melakukan meiosis (Tahap 1), yang menghasilkan dua sel anak yang ukurannya tidak sama.
- 3) Sel anak yang lebih besar adalah oosit sekunder yang bersifat haploid (n). Ukurannya dapat mencapai ribuan kali lebih besar dari pada yang lain karena lebih berisi lebih banyak sitoplasma dari oosit primer yang lain.
- 4) Sel anak yang lebih kecil disebut badan polar pertama yang kemudian membelah lagi.
- 5) Oosit sekunder meninggalkan folikel ovarium menuju tuba fallopi. Apabila oosit sekunder dibuahi oleh sel sperma (fertilasi), maka akan mengalami pembelahan meiosis yang kedua. Begitu pula dengan badan polar pertama membelah menjadi dua badan polar kedua yang akhirnya mengalami degenerasi. Namun apabila tidak terjadi fertilasi, menstruasi dengan cepat akan terjadi siklus oogenesis diulang kembali.

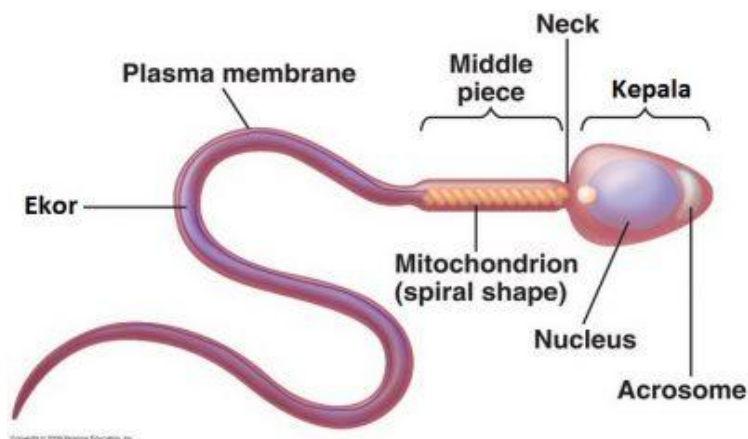
6) Selama pembelahan meiosis kedua, oosit kedua menjadi bersifat haploid (n) dengan 23 kromosom dan selanjutnya akan disebut dengan oosit. Ketika inti nucleus sperma dan ovum siap melebur menjadi satu, saat itu juga oosit kemudian mencapai perkembangan akhir atau vinalnya menjadi ovum yang matang. Pada setiap pengeluaran sel telur hanya satu sel telur dikenal dengan istilah ovulasi. Pada setiap ovulasi hanya satu telur yang matang dan dapat hidup 24 jam. Jika ovum yang matang itu tidak dibuahi, maka sel telur akan mati dan luruh bersama dengan dinding rahim pada saat awal siklus menstruasi (Kuswanti, 2014).



3. Spermatozoa

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot. (Manuaba, dkk, 2013).

- a) Dikeluarkan oleh testis dalam proses pematangannya disebut dengan istilah spermatogenesis.
- b) Jumlahnya bisa berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan akan tetap memproduksi meskipun pada lansia.
- c) Fertilasi selama 2-4 hari, rata-rata fertilasi 3 hari.
- d) Terdapat 100 juta sperma pada setiap milliliter air mani air mani yang dihasilkan, rata-rata 3cc setiap ejakulasi.
- e) Mengeluarkan enzim hialuronidase untuk melunakan korona radiata atau sel-sel granulose.
- f) Memiliki morfologi yang sempurna yaitu bentuk kepala agak berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (*nucleus*), dibagi lagi oleh akrosom dan membrane plasma. Leher menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Ekor panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak lebih cepat (Megaasari, dkk. 2012).



Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis) meliputi:

- a) Spermatogonium adalah tahap pertama pada spermatogenesis yang dihasilkan oleh testis
- b) Spermatosit primer merupakan mitosis dari spermatogonium pada tahap ini terjadi pembelahan
- c) Spermatosit sekunder merupakan meiosis dari spermatosit primer. Pada tahap ini terjadi pembelahan meiosis.
- d) Spermatid merupakan meiosis dan spermatosit sekunder. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis yang kedua
- e) Spermatozoa (sperma) merupakan deferiseansi atau pematangan dari spermatid. Pada tahap ini terjadi defrensiasi (Kuswanti, 2014).

4. Pembuahan atau fertilasi

Pembuahan (Fertilasi) adalah penyatuan ovum (oosir sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di area ampula tuba falopi. Fertilasi meliputi penetrasi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetic. Hanya satu spermatozoa

yang mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membrane sel ovum

(Saifuddin 2014).

Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut:

a) Tahap penembusan korona radiata

Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi (Saifuddin, 2014).

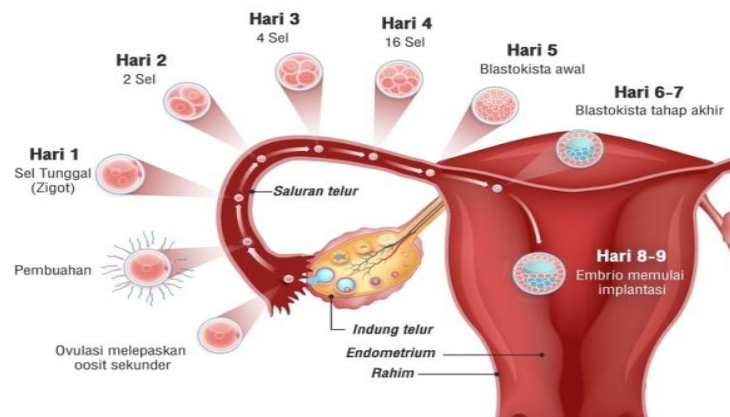
b) Penembusan zona pellusida

Zona pellusida adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom (Megasari, dkk 2012).

c) Tahap penyatuan oosit dan membrane sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 genosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (xx untuk wanita dan xy untuk laki-laki).

(Kuswanti, 2014).



Gambar 2.3
Fertilasi
Sumber Julianto, 2019

5. Pembelahan

Setelah dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot. Zigot akan tumbuh dan berkembang sampai mengalami pembelahan menjadi embrio perkembangan zigot sampai menjadi janin meliputi periode preimplantasi (7 hari pertama), periode embrionik (7 minggu berikutnya), dan periode fetus (7 bulan berikutnya). Hal ini berlangsung karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah terjadinya pembelahan ini terjadi.

Pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dalam 3 hari agar terbentuk suatu kelompok yang sama (Syarifuddin, 2014). Zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel, sampai dengan 16 sel yang disebut blastomer (3 hari). Dan membentuk sebuah gumpalan bersusun

longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk seperti buah arbei 16 sel sel disebut morula (4 hari). Saat morula memasuki dinding rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada dimasa sel dalam. Berangsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut blastokista (4,5-5hari) (Widiadnyana, 2011).

Sel yang bagian dalam disebut embrioblas dan sel luar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium). Dan siap berimplantasi dalam bentuk blastokista tingkat lanjut (Megasari dkk, 2012).

6. Proses Nidasi atau implantasi

Nidasi atau implantasi adalah peristiwa terjadi tertanamnya sel telur yang telah dibuahi (stadium blastokista) kedalam endometrium. Dengan masuknya inti *spermatozoa* ke dalam sitoplasma "*vitelus*" membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan "*metafhase*". Peroses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk *anaphase* dan "*telofase*" sehingga pronukleusnya menjadi "*haploid*" pronukleus *spermatozoa* dalam keadaan haploid yang dimana saling mendekati dengan inti *ovum* yang kini *haploid* bertemu dalam pasangan pembawa tanda dari pihak wanita

maupun pria. Setelah pertemuan kedu *ovum* dan *spermatozoa* akan terbentuk zigot dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Berbarengan dengan pembelahan inti, hasil *konsepsi* terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruang dalam ovum yang besarnya mencapai 100 MU atau 0,1 mm yang disebut stadium morula. Selama pembelahan sel bagian dalam, terjadi pembentukan sel dibagian luar *morula* yang kemungkinan berasal dari *korona radiate* yang menjadi *sel trofoblas*. Pembelahan berjalan terus dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut *blastula*. Pertumbuhan dan perkembangan berlangsung *blastula* dengan *vili korealisnya* yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk melakukan nidasi. Sementara itu pada fase sekresi, endometrium telah makin tebal dan semakin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas yang meliputi, "*primer vili korealis*" melakukan *enzimatik-proteolitik*, sehingga dapat menambahkan diri di endometrium. Proses penanaman *blastula* yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai ke-7 setelah *konsepsi*. (Manuaba 2013).

7. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio kedalam endometrium plasentasi dimulai.

Plasentasi pada manusia berlangsung dimulai pada 12-18 minggu setelah fertilasi (Astuti dkk 2018).

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi trofoblas invasif telah melakukan penetrasi kedalam pembuluh darah endometrium. Terbentuklah *sinus intertrofoblastik* yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh darah yang telah dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan interviler dimana vili korialis seolah-olah terapung diantara ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta. (Syaifudin 2014).

D. Tanda-Tanda Kehamilan

Untuk dapat menegaskan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Manuaba, 2013), yaitu dengan tanda-tanda diantaranya sebagai berikut:

1. Tanda Dugaan Kehamilan

a) *Amenorea* (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi yang menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan perhitungan rumus Naegle dapat ditentukan perkiraan persalinan (HPHL).

b) Mual (*Nausea*) dan muntah (*Emesis*).

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah pagi hari disebut dengan morning sickness. Dalam batas yang fisiologis keadaan ini masih bisa dapat diatasi. Akibat dari mual dan muntah tersebut nafsu makan akan berkurang.

c) Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi di area kepala (sentral) yang menyebabkan iskemia pada saraf pusat dapat menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang pada usia kehamilan 16 minggu.

d) Payudara tegang

Diakibatkan oleh adanya pengaruh estrogen-progesteron dan somatomamotrofin yang menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar ujung saraf tertekan mengakibatkan rasa sakit di payudara terutama hamil pertama.

e) Ngidam

Pada wanita hamil terjadi pada bulan-bulan pertama sering menginginkan makanan tertentu keinginan tersebut itulah yang dinamakan ngidam.

f) Sering kencing (BAK)

Terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar sehingga kandung kemih terasa penuh dan menyebabkan sering terjadinya kencing. Pada trimester kedua gejala ini sudah menghilang.

g) Lelah (*fatigue*)

Kondisi ini disebabkan oleh menurunnya *Basal Metabolic Rate* (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktivitas metabolik produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan lebih membaik.

h) Tidak nafsu makan

Kondisi ini terjadi pada awal pertama kehamilan tetapi setelah itu nafsu makan akan kembali normal seperti sedia kala.

i) Konstipasi atau obstipasi

Kondisi ini terjadi karena tonus otot-otot usus menurun oleh karena pengaruh hormon steroid.

j) Varises

Ini dapat terjadi pada kaki yang biasanya dijumpai ada trimester akhir. Biasanya didapati pada area genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada kehamilan

multigravida terkadang varises dapat ditemukan pada kehamilan terdahulu, yang kemudian kembali timbul pada trimester pertama.

2. Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda-tanda kemungkinan hamil adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dapat dikenali oleh pemeriksa (Syarifudin, 2014).

a). Rahim membesar, sesuai dengan usia kehamilan

b). Pada pemeriksaan dalam dapat dijumpai

1) Tanda hegar

Yaitu perubahan pada isthmus uteri (rahim), menjadi lebih lunak dan panjang sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis, maka isthmus ini tidak teraba seolah olah corpus uteri sama sekali terpisah dari serviks.

2) Tanda chadwick

Peningkatan dalam aliran darah ke uterus dan limfe akan menyebabkan edema serta kongesti panggul, sehingga uterus dan serviks, termasuk isthmus akan menjadi lunak dan serviks akan menjadi kebiruan (Astuti dkk 2011).

3) Tanda pascaseck

Pembesaran uterus pada awal kehamilan yang tidak rata (simetris) dan kasar. Ketidakrataan ini biasanya disebabkan oleh implantasi ovum lebih dekat dengan salah area kornu. Tanda ini terjadi sekitar minggu ke-8 sampai ke-10 kehamilan (Astuti dkk,2011).

4) Kontraksi brakston hicks

Kontraksi brakston hicks terjadi akibat peregangan miometrium yang bersifat tidak teratur dan tidak menimbulkan nyeri, hal ini dikarenakan adanya peregangan uterus serta peningkatan kadar aktomiosin dalam sel otot (Astuti dkk, 2011).

Kontraksi ini baru dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada kehamilan trimester kedua dan pemeriksaan palpasi abdomen kehamilan trimester ketiga.

Dengan semakin meningkatnya usia kehamilan pada ibu hamil maka akan terjadi pula peningkatan frekuensi, lama, dan intensitas kontraksi *brakston hicks*. Mendekati usia kehamilan aterm, kontraksi ini akan menjadi lebih teratur.

5) Teraba ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan adanya pemeriksaan bimanual dapat teraba benda yang melenting dalam uterus.

3. Tanda pasti hamil

Tanda-tanda pasti kehamilan adalah dimana suatu kondisi yang mengedintifikasi adanya sebuah kehamilan atau bayi yang telah diketahui melalui pemereksiaan dan direkam oleh pemeriksa melalui Denyut Jantung Janin (DJJ), gambaran sonogram janin, dan adanya gerakan janin (Syaifudin 2014).

Tanda pasti hamil yaitu;

- a) Gerakan janin yang dilihat atau dirasakan.

Gerakan janin dapat dirasakan jelas setelah minggu ke-24

- b) Denyut jantung janin (DJJ) terdengar melalui bantuan alat.

Djj dapat didengarkan pada usia kehamilan 17-18 minggu dengan *Steteskop laenec*, pada orang gemuk lebih lambat. Sedangkan jika menggunakan *doppler* sekitar minggu ke-12.

- c) USG untuk melihat kondisi janin didalam kandungan.

Dengan USG, akan terlihat gambaran janin yang berupa ukuran kantong janin, panjang janin, dan diameter biparietalis hingga dapat menentukan perkiraan tuanya usia kehamilan.

E. Pertumbuhan dan Perkembangan Kehamilan

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat dimana zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri dari atas 16 bastomer), kemudian menjadi blastokista (terdapat cairan

yang ditengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, sehingga berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke-7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi tersebut disebut janin (Syaifuddin, 2014).

Embryogenesis (pertumbuhan mudgah) merupakan pertumbuhan embrio yang bermula dari lempeng embrional (embrio plate) dan kemudian menjadi 3 unsur lapisan yaitu ektodermal, mesodermal, dan entodermal.

Selanjutnya hasil konsepsi akan mengalami pertyumbuhan dan perkembangan sebagai berikut:

1. 4 minggu

Dari embrio, bagian tubuh pertama yang muncul adalah tulang belakang, otak, saraf, jantung, sirkulasi darah, dan pencernaan (Kuswanti, 2014). Embrio berukuran 5mm dan kantong gestasi berukuran sekitar 2-3cm.

2. 6 minggu

Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Pada usia 6 minggu ini jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. Jantung sudah terbentuk penuh. Embri berukuran sekitar 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relative lumayan besar dan adanya tonjolan jari (Syaifuddin, 2014).

3. 8 minggu

Perkembangan embrio mulai lebih cepat, jantung sudah mulai memompa darah (Kuswanti, 2014). Sudah terlihat bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat di mulai dan tulang mulai terbentuk (Syaifuddin, 2014).

4. 9 minggu

Kepala meliputi seputar janin, terbentuknya muka janin, kelopak mata terbentuk namun tidak membuk sampai dengan 28 minggu (Saiyudidin, 2014).

5. 12 minggu

Embrio yang sudah berubah menjadi janin. Denyut jantung janin dapat dilihat dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Berbentuk manusia, gerakan pertama dimulai tetapi belum dirasakan oleh ibu, jenis kelamin sudah bisa ditentukan, ginjal sudah memproduksi urine (Kuswanti, 2014).

6. 13-16 minggu

Janin berukuran 15 cm, ini merupakan awal dari trimester kedua. Dimana kulit janin masih transparan, mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuknya mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150x/menit (Saiyuddin, 2014).

Sistem muskuloskeletal matang, system saraf terkontrol, pembuluh darah berkembang cepat denyut jantung janin terdengar melalui doopler, pankreas memproduksi insulin (Kuswanti 2014).

7. 17-24 minggu

Komponen mata sudah mulai terbentuk penuh, sidik jari terbentuk, seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin memiliki refleks (Saiyfuiddin, 2014).

Usia 20 minggu verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh, janin membuat jadwal untuk tidur, menelan, dan menendang. Pada akhir minggu ke-20 berat janin 300 gr dan mulai meningkat secara linier (Arma dkk, 2015). Sedangkan pada usia 24 kerangka berkembang cepat, dan perkembangan pernapasan dimulai (Kuswanti,2014).

8. 25-28 minggu

Awal permulaan trimester ke-3 dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir (Saiyfuiddin, 2014). Usia 28 minggu janin bernapas, menelan, dan mengatur suhu, surfactant sudah mulai terbentuk mulai dari paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, bentuk janin 2/3 bentuk saat lahir. Pasca akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun adalah sekitar

1.100 gr, kulit tipis, merah dan ditutupi verniks kaseosa (Arma, dkk 2015).

9. 29-32 minggu

Jika bayi dilahirkan ada kemungkinan bayi hidup (50-70%). Pada minggu ini tulang sudah terbentuk sempurna, suhu relative stabil (Saiyfuiddin,2014). Pada usia 32 minggu lemak coklat berkembang dibawah kulit, mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor (Kuswanti,2014). Pada akhir 32 minggu gestasi, janin memiliki panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr. Permukaan kulit masih merah dan berselaput (Arma dkk, 2015).

10. 33-36 minggu

Berat janin 1.500 – 2.500 gr. Bulu kulit janin (lanugo) sudah mulai berkurang pada saat usia kehamilan 35 minggu. Janin dapat hidup tanpa adanya kesulitan, pada usia kehamilan 36 minggu seluruh uterus digunakan bayi sehingga tidak bisa bergerak banyak, antibodi ibu ditransfer bayi untuk mencapai kekebalan, untuk 6 bulan pertama sampai kekebalan bayi bekerja sendiri (Kuswanti,2014).

11. 38-40 minggu

Pada usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batasan normal (Syaiyfuiddin, 2014).

F. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1. Uterus

Letak uterus pada kehamilan akan berubah. Pada usia kehamilan 12 minggu, uterus akan naik keluar dan masuk ke dalam rongga abdomen, serta akan lebih condong ke sisi kanan. Hal ini kemungkinan disebabkan adanya rektosigmoid di sisi kiri. Uterus akan menjadi lebih vertikal dan tidak lagi anteversi maupun antefleksi. Pada usia kehamilan 24 minggu, uterus mencapai umbilikus dan mencapai processus xiphoideus pada usia kehamilan 36 minggu. Setelah usia kehamilan 36 minggu, uterus mulai turun ke dalam panggul.

Bentuk uterus menjadi bulat (globular) karena cavum terisi oleh embrio yang sedang tumbuh. Cavum uterus menjadi lebih bulat seperti telur pada saat fetus tumbuh menjadi lebih panjang. Jika kepala fetus turun ke panggul, maka uterus menjadi lebih bulat lagi. Sebagai penyesuaian dengan pertumbuhan janin, antara minggu ke-12 dan ke-36, maka panjang isthmus menjadi tiga kali lipat.

Ukuran uterus saat hamil jelas akan mengalami perubahan. Perubahan ini terkait dengan hormon estrogen dan progesteron. Hormon ini akan mempengaruhi pembesaran uterus dengan cara meningkatkan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru),

hipertrofi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastin yang telah ada), serta perkembangan desidua. Uterus yang cukup usia kehamilannya mempunyai panjang 30 cm, dan lebar 23 cm, dan tebal 20 cm. Berat uterus meningkat dari 57gram menjadi 1000 gram (Astuti, dkk,2011).

2. Serviks Uteri

Segera setelah periode tidak terjadinya menstruasi pertama. Serviks menjadi lebih lunak sebagai akibat meningkatnya suplai darah (tanda Goodell's) kanalis servikalis dipenuhi oleh mukus yang kental disebut operkulum. Selama kehamilan operkulum menghambat masuknya bakteri ke uterus, yang mengalir selama persalinan yang disebut "bloody show", yang menandakan bahwa kanalis terbuka untuk lewatnya bayi. Serviks primipara (wanita yang belum pernah mengalami kehamilan) terlihat bulat dan halus serta menonjol ke arah vagina. Proses kelahiran meregangkan serviks dan hampir selalu menyebabkan laserasi serviks.

Setelahnya, bentuk serviks menjadi oval. Selama masa kehamilan konsistensi serviks berubah. Sebelum kehamilan teraba seperti ujung hidung, pada awal masa kehamilan, teraba seperti ujung daun telinga, dan keadaan term seperti bibir (Deswani, dkk,2012).

3. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuk placenta yang sempurna pada umur 16 minggu. Kejadian ini tidak lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon iuteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010).

Ovulasi berhenti. Masih terdapat corpus iuteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (Mochtar, 2012)

4. Vagina dan Vulva Hormon

Hormon esterogen saat kehamilan berfungsi untuk mempersiapkan vagina supaya elastis selama persalinan, hal itu dilakukan melalui: mempertebal mukosa vagina yang tebal, membuat jaringan ikat longgar, hipertrofi otot polos, dan pemanjangan vagina. selama kehamilan terjadi peningkatan pH sekresi vagina dari 3,5 menjadi 6,5 sehingga suasana vagina lebih basa. Peningkatan pH ini membuat wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina, khususnya infeksi jamur.

Perubahan lainnya yang terjadi adalah pembesaran struktur eksterna vulva akibat peningkatan vaskulator, hipertrofi badan perineum dan deposisi lemak. Pada nulipara kedua labia mayor saling mendekat dan menutupi introitus vagina. pada wanita yang

pernah melahirkan, kedua labia memisah, dan mengapa setelah melahirkan atau setelah cedera vagina (Deswani, dkk,2012).

5. Mammae

Adanya rasa penuh pada payudara, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda kemungkinan kehamilan. Puting susu dan areolah menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah sekunder pada areola, dan puting susu menjadi lebih erektile. Hipertrofi kelenjar sebacea (lemak) yang muncul di areola primer disebut tuberkel montgomery dapat terlihat di sekitar puting susu. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada pertengahan masa hamil, tetapi laktasi terhambat sampai kadar estrogen menurun, yakni setelah janin dan plasenta lahir (Dewani, dkk,2012).

6. Dinding Abdomen

Pembesaran rahim menimbulkan peregaan dan menyebabkan robeknya selaput elastis di bawah kulit, sehingga timbul striae gravidarum (Mochtar, 2012) Striae gravidarum, meliputi striae lividae (garis-garis yang berwarna biru) dan striae albicans

(warna putih). Striae timbul sebagai akibat hiperfungsi gladula suprarenalis. (Mochtar, 2012)

7. Kulit

Perubahan yang umum timbul terdiri dari peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktivitas kelenjar keringat dan kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Jaringan elastis mudah pecah, menyebabkan striae gravidarum, atau tanda regangan. Melasma di wajah yang juga disebut kloasma, striae gravidarum sering terlihat pada abdomen dan bokong dan menghilang setelah melahirkan, kloasma gravidarum di daerah wajah, linea gravidarum di bagian perut (Dewani, dkk, 2018).

8. Pertukaran Zat

Wanita hamil bertambah berat:

- a) Dalam TM I penambah berat 1-2 kg.
- b) Dalam TM II penambah berat 0,35-0,4 kg per minggu.
- c) Dalam TM III penambah berat 5,5 kg

Penambah berat ini disebabkan:

- 1) Berat janin (3-4 kg), plasenta (0,6 kg), air ketuban (0,8 kg)
- 2) Peningkatan berat uterus (0,9 kg), peningkatan berat payudara (0,4 kg), peningkatan volume darah (1,5 kg)

3) Cairan ekstra selular (1,4 kg), lemak (3,5 kg) Total kenaikan badan rata-rata 12,5 kg selama hamil

9. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipergunakan oleh adanya sirkulasi ke placenta, uterus yang membesar dengan pembuluh – pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat yang fungsinya berlebihan dalam kehamilan, volume darah akan tambah banyak, kira – kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meningkat kira – kira 30 %. Akibat nemonulasi yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kordis.

Volume darah bertambah, baik plasmanya maupun eritrositnya tetapi penambahan volume plasmanya yang disebabkan oleh hydremia lebih menonjol hingga biasanya kadar Hb turun.

10. Sistem respirasi

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20% - 25% dari biasanya.

Wanita hamil kadang – kadang mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini disebabkan oleh usus yang terletak ke arah diafragma akibat pembesaran rahim kapasitas vital paru – paru meningkat sedikit selama kehamilan. Seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (*thracic breathing*).

11. Sistem Pencernaan

Perubahan rasa tidak enak di ulu hati yang dialami ibu hamil itu disebabkan karena adanya perubahan lambung dan aliran balik asam lambung ke esofagus bagian bawah. Produksi asam lambung menurun. Sering terjadi mual dan muntah dikarenakan pengaruh HCG, tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada dilambung dan apa yang dicerna lebih lama diusus. Pengeluaran air liur berlebihan daripada biasanya. Hipersaliva sering terjadi sebagai kompensasi mual dan muntah yang terjadi (Saifuddin, 2014).

12. Sistem metabolisme

Metabolisme meningkat 15-20% yang umumnya dijumpai pada trimester akhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu keatas. Keseimbangan asam alkali sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali, wanita yang tidak hamil

kadar nya sebesar 155mEq perliter dan menurun sampai 145-147 mEq per liter (Andriani dkk.2014)

- a) Pada wanita hamil basal metabolisme rate (BMK) meninggi hingga 15-20% terutama pada trimester akhir.
- b) Protein diperlukan dalam kehamilan untuk perkembangan badan, alat kandungan, mammae dan untuk janin. Protein harus disimpan pula untuk dapat dikeluarkan pada laktasi.

Sedangkan untuk Metabolisme mineral:

1) Kalsium:

Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang, terutama trimester akhir, dibutuhkan 1,5 – 2,5 gr kalsium sehari.

2) Fosfor

Dibutuhkan rata – rata 2 gr sehari.

3) Zat besi

Dibutuhkan tambahan zat besi sekitar 800 mg atau 30-50 mg besi sehari.

13. Berat badan dan indeks masa tubuh

Terjadikenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahanberatbadan ini dimulai dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan berkisar 11-12 kg (Kuswanti, 2014).

Pertambahan berat badan pada ibu hamil menggambarkan status gizi pada kehamilanya, maka oleh sebab itu harus dipantau

setiap bulanya. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengakibatkan adanya malnutrisi sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri (*Intra-Uterin Growth Retardatio-IUGR*) (Saiyfuiddin,2014).

Kenaikan BB ibu hamil berhubungan dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) agar kita bisa mengontrol kenaikan BB ibu hamil agar tidak berlebihan dan juga tidak kekurangan

Rumus penilaian IMT yaitu sebagai berikut:

$$IMT = \frac{BB(kg)}{TB^2 (m)}$$

G. Kebutuhan Ibu Hamil dan Cara Pemenuhanya

1. Nutrisi

Nutrisi selama masa kehamilan sangat penting dalam menunjang kualitas hidup ibu dan janin. Pada dasarnya, tujuan penataan nutrisi pada ibu hamil yaitu ibu hamil harus mendapatkan kalori yang cukup, protein yang bernilai biologi tinggi, vitamin, mineral, dan cairan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu, janin, plasenta, serta dalam rangka memenuhi penambahan berat badan yang telah dianjurkan. Ibu hamil harus mengetahui kebutuhan zat besi, asam folat, dan vitamin C. Tubuh memerlukan kalori untuk “melindungi” protein sehingga protein yang tidak terbakar dapat digunakan untuk menghasilkan energi. Kebutuhan kalori pada kehamilan trimester kedua akan terus

meningkat sebagai kompensasi terhadap kebutuhan akibat penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara, serta penumpukan lemak.

Seorang ibu hamil setidaknya harus menambahkan sebanyak 180 kkal/hari pada trimester pertama, serta sebanyak 300 kkal/hari pada trimester kedua dan trimester ketiga, sementara itu ibu perlu menambahkan 20 gram/hari selama masa hamil untuk kebutuhan proteinnya (Astuti, dkk,2015).

2. Hygiene Umum dalam Kehamilan

a) Kebersihan badan Mandi dianjurkan dua kali sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia). Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Walyani,2016).

b) Pakaian yang digunakan hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah (Walyani,2016).

c) Pekerjaan dan Rumah Tangga Seorang wanita hamil boleh melakukan pekerjaan sehari – hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Pekerjaan jangan sampai dipaksakan sehingga istirahat yang cukup selama kurang lebih 8 jam sehari (Walyani,2016).

3 Hubungan Seksual Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut:

- a) Sering abortus dan kelahiran premature
- b) Perdarahan pervaginam
- c) Coitus harus dilakukan dengan hati – hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- d) Bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri (Walyani,2016).

4. Imunisasi

Vaksinasi dengan TT dianjurkan dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. TT dilakukan 2x selama hamil.

(Romauli, 2011).

6. Olahraga saat hamil

Olahraga yang dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar. (Manuaba, 2013).

7. Pemeliharaan Payudara

Payudara dipersiapkan untuk memberikan laktasi terutama bagi ibu hamil pertama atau primi harus diperhatikan karena biasanya penting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan laktasi. Oleh karena itu, untuk mempersiapkan payudara saat laktasi harus dilakukan perawatan 2x sehari selama kehamilan (Mochtar, 2012).

8. Ketenangan Rohani

Ketenangan rohani, kehidupan yang bahagia, ketentraman, kehidupan yang damai harmonis serta menyenangkan sangat dibutuhkan bagi orang hamil. Ini disebabkan karena tubuh hamil itu mengandung individu yang berbeda (Romauli, 2011).

9. Persiapan Persalinan dan Laktasi

Untuk mencapai keadaan normal menjelang persalinan perlu dilakukan langkah yaitu dengan senam hamil dan peralatan sebagai persiapan laktasi (Romauli, 2011).

H. Ketidaknyamanan Ibu Hamil dan Cara Mengatasinya

1. Mual dan muntah

Morning sickness terjadi karena plasenta yang berkembang dan menghasilkan sejenis hormon HCG. Hormon ini prosentasenya meninggi sesuai dengan pertumbuhan plasenta. Diperkirakan, hormon inilah yang mengakibatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot dari poros lambung.

Cara mengatasinya:

- a) Makan porsi kecil tapi sering kurang lebih setiap 2 jam
- b) Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur di pagi hari.
- c) Makan sesuatu yang manis (permen) atau minuman (jus buah) sebelum tidur malam dan sesudah bangun pagi.
- d) Jangan menyikat gigi anda segera setelah makan
- e) Hindari makan beraroma kuat atau menyengat.
- f) Batasi lemak dalam diet anda.
- g) Minum obat-obatan anti mual.

(Varney, dkk,2011).

2. Leukoria

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair. Sekresi ini bersifat asam akibat pengubahan sebagian besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil doderlin.

Cara mengatasi:

- a) Memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti celana dalam berbahan katun sesering mungkin.
- b) Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan douch atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan area genitalia.

(Varney, dkk,2011).

3. Sering kencing

Peningkatan frekuensi berkemih pada kehamilan sering terjadi pada dua saat yang berbeda. Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Peningkatan berat pada fundus uterus ini membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar), menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menimbulkan penekanan atau desakan pada uterus, sehingga menyebabkan sering berkemih.

Sedangkan peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga terjadi karena presentasi janin yang sudah memasuki pintu atas panggul, sehingga terjadi penekanan pada kandung kemih. Penekanan tersebut membuat ibu hamil menjadi lebih sering berkemih.

Cara mengatasi: Mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga ibu hamil tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur. (Varney, dkk,2011).

4. Nyeri ulu hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah:

- a) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.

- b) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan oleh peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- c) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan uterus yang membesar.

Cara mengatasi:

- 1) Makan dalam porsi kecil tetapi sering untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.
- 2) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung anda untuk menjalankan fungsinya.
- 3) Regangkan lengan anda melampaui kepala untuk memberi ruang bagi perut anda untuk berfungsi.
- 4) Hindari makanan berlemak, lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk proses pencernaan.
- 5) Hindari minum bersamaan dengan makan karena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti-rotian dapat membantu sebagian wanita.
- 6) Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan gangguan pencernaan.
- 7) Upayakan minum susu murni daripada susu manis.
- 8) Hindari makan berat atau makanan lengkap sesaat sebelum tidur. (Varney, dkk, 2011).

5. Konstipasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat mengalami masalah ini pada trimester kedua atau ketiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik karena relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan progesteron.

Salah satu efek dari mengonsumsi tablet Fe yaitu konstipasi, hal ini memperberat masalah bagi sebagian ibu hamil.

Cara mengatasi:

- a) Minum air mineral 8 gelas per hari.
- b) Banyak mengonsumsi buah, baik dalam bentuk buah ataupun jus
- c) Istirahat yang cukup (8 jam pada malam hari, ± 1 jam pada siang hari)
- d) Minum air hangat (air putih atau teh) saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltic
- e) Makan makanan berserat, dan mengandung serat alami (misalnya: selada, daun seledri, kulit padi)
- f) Miliki pola defekasi yang teratur, biasakan untuk defekasi teratur pada saat tertentu dan jangan menunda jika ingin buang air besar

Varnney dkk, 2011).

6. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh sebab itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Ada beberapa cara untuk mengatasi hemoroid, diantaranya adalah:

- a) Hindari konstipasi, pencegahan merupakan cara penanganan yang paling efektif.
- b) Hindari mengejan saat defekasi.
- c) Mandi berendam, hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan tetapi juga melancarkan sirkulasi.
- d) Kompres es (untuk mengurangi hemoroid).
- e) Kompres garam epsom (untuk mengurangi hemoroid).
- f) Masukkan kembali hemoroid ke dalam rektum (menggunakan lubrikasi), dilakukan sambil sambil mengencangkan perineum (kegel).
- g) Tirah baring dengan cara mengelevasi panggul dan ekstremitas bagian bawah.
- h) Salep analgesik dan atau anastesi topical.

(Varney, dkk, 2011)

7. Kram tungkai

Penyebab pasti dari kram kaki belum jelas, tetapi salah satu dugaannya adalah pembesaran uterus memberikan tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi,

atau pada saraf sementara, saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

Cara mengatasinya yaitu:

- a) Minta ibu meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya.
 - b) Dorong ibu untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
 - c) Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari. d) Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor.
- (Varney, dkk, 2011).

10. Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk dan berdiri dan pada vena kava inferior saat ia berada pada posisi terlentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah. Edema bagian kaki yang menggantung secara umum terlihat pada area pergelangan kaki dan kaki harus dibedakan secara cermat dengan edema yang berhubungan dengan preeklampsia/ eklampsia.

Cara mengatasinya adalah:

- a) Hindari menggunakan pakaian ketat.
- b) Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari.
- c) Posisi menghadap ke samping saat berbaring.
- d) Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

(Varney, dkk, 2011).

11. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring. Pakaian yang ketat menghambat aliran vena balik dari ekstremitas bagian bawah, atau posisi berdiri yang lama memperberat masalah tersebut. Relaksasi dinding vena dan katup dan otot polos sekeliling karena induksi juga turut menyebabkan timbulnya varises.

Cara mengatasi varises:

- a) Hindari mengenakan pakaian ketat.
- b) Hindari berdiri lama.
- c) Sediakan waktu istirahat, dengan kaki dielevasi secara periodic sepanjang hari.

- d) Berbaring dengan mengambil posisi sudut kanan beberapa kali sehari.
 - e) Pertahankan tungkai untuk tidak menyilang saat duduk. f) Duduk kapanpun memungkinkan, terutama dengan kedua kaki dielevasi, meminimalkan berdiri.
 - g) Pertahankan postur tubuh dan mekanisme tubuh yang baik.
 - h) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset untuk menghilangkan tekanan pada vena panggul.
 - i) Melakukan latihan kegel untuk mengurangi varises vulva atau hemoroid untuk meningkatkan sirkulasi.
 - j) Melakukan mandi air hangat yang menenangkan.
- (Varney, dkk, 2011).

12. Nyeri punggung bawah (non patologis)

Nyeri punggung bawah ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Cara mengatasi nyeri punggung antara lain:

- a) Postur tubuh yang baik.
- b) Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban.
- c) Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat.

- d) Ayunkan panggul/miringkan panggul.
- e) Gunakan sepatu tumit rendah; sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis.
- f) Jika masalah bertambah parah, penggunaan penyokong abdomen eksternal dianjurkan (korset maternitas atau penyokong yang elastis).
- g) Kompres hangat.
- h) Kompres es pada punggung.
- i) Pijatan pada punggung.
- j) Untuk istirahat gunakan kasur yang menyokong.
- k) Posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal untuk meluruskan punggung.
(Varney, dkk, 2011).

13. Sesak nafas

Sesak napas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami pada trimester ke tiga. Selama periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma.

Cara mengatasi:

- a) Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan lengannya di atas kepalanya secara berkala dan mengambil napas dalam.
- b) Anjurkan mempertahankan postur yang baik, jangan menjatuhkan bahu.

- c) Instruksikan wanita tersebut melakukan peregangan yang sama di tempat tidur seperti sedang berdiri.
- d) Jelaskan alasan terjadinya sesak napas, meredakan kecemasan atau ketakutan akan mengurangi respons hiperventilas.

(Varney, dkk, 2011)

I. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Tanda Bahaya Pada Kehamilan Muda

a) *Abortus*

Abortus adalah berakhirnya kehamilan oleh akibat – akibat tertentu pada atau sebelum kehamilan 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup di luar kandungan.

Penyebab abortus bervariasi, penyebab terbanyak diantaranya adalah:

- 1) Faktor genetic.
- 2) Kelainan congenital uterus.
- 3) Autoimun.
- 4) Defek fase luteal.
- 5) Infeksi.
- 6) Hematologic.
- 7) Lingkungan.

Macam-macam abortus:

(a) *Abortus imminens*

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus. Ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik di dalam kandungan Penanganannya:

Penderita diminta untuk tirah baring sampai perdarahan berhenti, bisa diberi spasmolitik agar uterus tidak berkontraksi atau ditambah hormone progesterone atau derivatnya untuk mencegah terjadinya abortus.

(b) *Abortus insipient*

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks sudah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih didalam kandungan dan dalam proses pengeluaran.

Penanganannya:

Perhatikan keadaan umum dan perubahan keadaan hemodinamik yang terjadi dan segera lakukan tindakan evakuasi atau pengeluaran hasil konsepsi disusul dengan kuretase. Jika usia kehamilan diatas 12 minggu lakukan tindakan dilatasi, kuretase dengan diberi uterotonika, tindakan dilakukan dengan hati-hati.

(c) *Abortus inimplitus*

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal.

Penangananya:

Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus akan menjadi baik dan perdarahan berhenti. Selanjutnya dilakukan kuretase.

(d) *Abortus complitus*

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

Penanganan:

Tidak perlu dilakukan penanganan khusus, biasanya hanya diberi roboransia atau hematenik bila keadaan pasien memerlukan. uterotonika tidak perlu diberikan

(e) *Abortus tertunda (missed abortion)*

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum usia kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan didalam kandungan. Penangananya:

Pada umur kehamilan dibawah 12 minggu dilakukan dilatasi dan kuretase. Bila usia kehamilan lebih dari 12 minggu maka dilakukan induksi untuk mengeluarkan hasil

konsepsi atau mematangkan kanalis servikalis, kemudian dilakukan kuretase.

(f) *Abortus habitualis*

Abortus yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut.

Penangananya:

Operasi dilakukan pada usia kehamilan 12-14 minggu dengan melingkari kanalis servikalis menggunakan benang sutera yang tebal dan simpul baru dibuka setelah umur kehamilan aterm dan bayi siap dilahirkan.

(g) *Abortus febrilis*

Abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia.

Penangananya:

Antibiotic di berikan, tindakan kuretase dilakukan jika keadaan pasien baik minimal 6 jam setelah antibiotika.

Kuretase dilakukan bersamaan uterotonika.

(Prawirohardjo, 2011)

b) Kehamilan Mola Hidatidosa

Suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi, hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi poliferasi dari vili korealis disertai dengan degenerasi hidrofik. Uterus melunak dan adanya janin, cavum uteri hanya berisi jaringan seperti buah anggur korealis yang seluruhnya atau sebagian berkembang tidak wajar berbentuk gelembung – gelembung seperti anggur.

1) Klasifikasi: mola hidatidosa komplut dan parsial

2) Penyebab: umur sangat muda atau sangat tua, gizi kurang, etnis (lebih banyak pada mongoloid), genetic.

3) Dasar diagnosis: amenorea, hiperemesis gravidarum, perdarahan.

4) Pemeriksaan fisik: uterus lebih besar dari usia kehamilan

5) Pemeriksaan penunjang: kadar beta HCG lebih tinggi, USG di dapatkan gelembung mola yang vesikel

6) Diagnostic pasti: terlihat adanya gelembung mola yang keluar dari uterus, pemeriksaan patologi anatomi.

7) Penanganan: perbaikan keadaan umum, pengeluaran jaringan mola dengan vakum kuretase dan histerektomi.

(Prawirohardjo, 2014).

c) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi diluar rahim, misalnya dalam tuba, ovarium, rongga perut, serviks, partsinterstisialis tuba atau dalam tanduk rudimenter rahim.

1) Penyebab: gangguan transportasi ovum yang telah dibuahi dari tuba ke rongga rahim.

2) Anamnesis: terlambat haid, mual, pusing, nyeri perut local atau menyeluruh, perdarahan pervaginam.

3) Pemeriksaan fisik: tanda syok hipovolemik (hipotensi, takikardi, pucat, anemis, ekstermitas dingin), nyeri

abdomen (perut tegang, nyeri tekan dan nyeri lepas abdomen).

4) Pemeriksaan ginekologis: ada fluksus

5) Pemeriksaan dalam: nyeri goyang serviks, corpus uteri sedikit membesar dan lunak, nyeri pada perabaan, kanan/kiri uterus nyeri dan dapat teraba tumor, cavum douglas menonjol karena berisi darah.

6) Pemeriksaan penunjang: laboratorium (Hb, leukosit, beta HCG), USG (tidak ada kantong kehamilan di cavum uteri, adanya kantong kehamilan diluar cavum uteri, adanya massa kompleks diruang panggul).

7) Penanganan: umumnya dilakukan laparatomi. Apabila keadaan syok sebaiknya dilakukan salpingektomi.
(Prawirohardjo, 2014).

d) Hipertensi Gravidarum

Hipertensi yang menetap oleh sebab apapun yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca salin. Definisi hipertensi dalam kehamilan menurut WHO adalah tekanan sistol >140 atau tekanan diastol >90 . Kenaikan tekanan sistolik >15 mmHg dibandingkan tekanan darah sebelum hamil atau pada trimester pertama kehamilan.

e) Nyeri Perut Bagian Bawah

Nyeri perut atau abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah normal. Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah yang mengancam jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang meskipun telah istirahat. Hal ini bisa terjadi pada apendiksitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang pelvik, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, solusio plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain.

2. Tanda Bahaya Pada kehamilan Lanjut

a) Perdarahan Per Vaginam

Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang – kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan pervaginam pada kehamilan lanjut disebut juga dengan perdarahan antepartum atau *Haemorrhage Antepartum* (HAP) yaitu perdarahan jalan lahir setelah 22 minggu.

Klasifikasi HAP:

1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada sekmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Keluhan utama pasien ketika datang ke fasilitas kesehatan biasanya karena ada perdarahan pada kehamilan lanjut,

sifat perdarahan tanpa sebab, tanpa nyeri, dan berulang. Adanya perdarahan pervaginam dengan jumlah banyak atau sedikit dan berwarna merah segar.

Klasifikasi plasenta previa:

(a) *Plasenta previa totalis (sentralis)*: seluruh ostium ditutupi plasenta

(b) *Plasenta previa parsialis (lateralis)*: sebagian ostium ditutupi plasenta

(c) Plasenta letak rendah (*marginalis*): tepi plasenta berada 3-4 cm diatas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba.

2) Solusio plasenta

Terlepasnya plasenta yang letaknya normal sebelum janin lahir. Kejadian solusio plasenta ditandai dengan terdapat perdarahan yang disertai rasa nyeri, terjadi spontan atau trauma, perut terasa nyeri, diikuti penurunan sampai terhentinya gerakan janin, pada pemeriksaan dalam di dapatkan pembukaan, ketuban tegang dan menonjol.

b) Keluar Cairan Per Vaginam

Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang

patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya.

c) Sakit Kepala Yang Hebat

Wanita hamil mengeluh nyeri kepala yang hebat. Namun saat sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan masalah yang serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari preeklamsia.

d) Bengkak Diwajah Dan Jari – jari Tangan

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 merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre eklamsia.

e) Gerak Janin Tidak Terasa

Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm. Gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam, merupakan salah satu tanda dan gejala kondisi berkurangnya gerakan janin yang perlu mendapatkan perhatian oleh bidan atau ibu hamil sendiri.

f) Nyeri Perut Yang Hebat

Nyeri abdomen yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat sangat berkemungkinan menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa ibu hamil dan janin di kandungannya (Marmi, 2012).

J. Antenatal Care (ANC).

Antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani, 2016).

1. Tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil

Menurut Sofian (2013) tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil meliputi:

a) Tujuan umum

Menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas, dengan demikian didapat ibu dan anak sehat.

b) Tujuan khusus

- 1) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas
- 2) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin

- 3) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak, dan
- 4) Memberikan nasihat-nasihat tentang hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas, dan laktasi

2. Standar pemeriksaan ANC berkualitas “10T”

- a) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- b) Pengukuran tekanan darah
- c) Nilai status gizi (nilai lengan atas)
- d) Pengukuran tinggi puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- e) Penantuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f) Skrining status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi
- g) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- h) Tes laboratorium (rutin dan khusus)
- i) Tatalaksana kasus
- j) Temu wicara

(Sulistyawati, 2014)

3. Kunjungan ANC

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit yaitu 6x selama kehamilan, kunjungan awal yaitu 2 kali pada TM I, kunjungan kedua yaitu 1 kali pada TM II, untuk kunjungan yang kedualinya lagi 3 kali pada TM III.

4. Jadwal Kunjungan Ulang

- a) Kunjungan I pada TM I (UK 14 minggu) dilihat Penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan yang dilakukan (Walyani, 2016).
- b) Kunjungan II pada TM II (UK 24-28 minggu) dan Kunjungan III pada TM III (UK 32 minggu) dilakukan untuk melihat apakah ada komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan, penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP, dan mengulang perencanaan persalinan (Walyani, 2016).
- c) Kunjungan IV pada TM III (UK 36 minggu sampai persalinan) bertujuan untuk mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantapkan rencana persalinan, mengenali tanda- tanda persalinan (Walyani, 2016).

K. Kartu Skor Poedji Rohjati

Kartu skor poedji rochjati (KSPR) merupakan kartu skor yang digunakan sebagai alat skering pada antenatal dimana bertujuan untuk mendeteksi faktor resiko ibu hamil, yang mempermudah melihat tanda gejala komplikasi obsetrik pada saat persalinan.

1. Fungsi kartu poedjio rochjati (KSPR).

- a) Sebagai alat skrinng deteksi dini ibu hamil yang mengalami resiko tinggi
- b) Memantau keadaan ibu dan janin selama kehamilan

- c) Memberi pedoman untuk persalinan yang aman dan terencana (komunikasi informasi dan edukasi / KIE).
- d) Melaporkan dan mencatat kondisi ibu hamil mulai dari kehamilan, persalinan, dan nifas.
- e) Persyaratan data mengenai perawatan ibu saat masa kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.

2. Sistem Skor

Kelompok risiko terbagi menjadi 3 bagian yaitu:

- a) Kehamilan dengan Risiko Rendah (KRR): Skor 2 (hijau)
- b) Kehamilan dengan Risiko Tinggi (KRT): Skor 6-10 (kuning)
- c) Kehamilan dengan Risiko Sangat Tinggi (KRST): Skor ≥ 12 (merah)

3. Faktor Risiko

Ada 20 faktor risiko yang terbagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR tersebut yaitu:

- a) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
 - 1) Primi muda: terlalu dini atau muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang dari 16 tahun.
 - 2) Primi Tua: terlalu tua, hamil usia kehamilan lebih dari 35 tahun
 - 3) Primi Tua Sekunder: jarak anak terkecil lebih dari 10 tahun
 - 4) Anak terkecil kurang dari 2 tahun: terlalu cepat memiliki anak lagi
 - 5) Grande multi: terlalu banyak memiliki anak, anak lebih dari 4
 - 6) Usia ibu lebih dari 35 tahun: terlalu tua

- 7) Tinggi badan kurang dari 145 cm: terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, kemungkinan panggul sempit.
- 8) Pernah mengalami gagal dalam kehamilan sebelumnya.
- 9) Persalinan yang lalu dengan tindakan operasi.
- 10) Adanya bekas operasi.

b) Kelompok Faktor Risiko II

- 1) Penyakit yang diderita ibu: anemia, malaria, TBC paru, payah jantung dll.
- 2) Riwayat Preeklampsia ringan.
- 3) Hamil kembar.
- 4) Hidramnion: air ketuban terlalu banyak.
- 5) IUFD (Intra Uterine Fetal Death).
- 6) Hamil serotinus: hamil lebih bulan (lebih dari 42 minggu)
- 7) Letak Sungsang dan Letak Lintang.

c) Kelompok Faktor Risiko III

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

Gambar 2.4
Skrining Deteksi Dini Ibu Resiko Tinggi
Sumber: Kemenkes RI, 2017

Keterangan: Pengisian pada kolom sesuai dengan trimester kehamilan, skor awal semua ibu hamil sama, yaitu 2, selanjutnya mengikuti jumlah skor tiap faktor resiko yang ditemukan, kemudian di jumlah kebawah. Jumlah skor 2 termasuk resiko rendah penolong persalinan adalah bidan, skor 6- 10 termasuk resiko tinggi penolong persalinan adalah dokter dan bidan tempat persalinan adalah polindes atau puskesmas atau rumah sakit, skor lebih dari 12 adalah resiko sangat tinggi penolong persalinan adalah dokter, tempat persalinan adalah rumah sakit.

L. Standar Asuhan Kehamilan

Standar asuhan pelayanan antenatal terdiri dari 6 standar (Cut Sriyanti, 2011). Yaitu sebagai berikut:

1. Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil.

a) Tujuannya adalah mengenali dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.

b) Hasilnya :

1) Ibu memahami tanda dan gejala kehamilan

2) Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan.

3) Meningkatkan cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri.

2. Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

a) Tujuannya adalah memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan.

b) Hasilnya :

- 1) Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4x selama kehamilan.
- 2) Meningkatkan pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat.
- 3) Deteksi dini dan penanganan komplikasi kehamilan.
- 4) Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan.
- 5) Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kedaruratan.

3. Standar 5: Palpasi Abdominal

- a) Tujuannya adalah memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentu letak, posisi dan bagian bawah janin.
- b) Hasilnya:
 - 1) Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik.
 - 2) Diagnosis dini kelainan letak, dan merujuknya sesuai dengan kebutuhan.
 - 3) Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lain serta dirujuk sesuai dengan kondisi kebutuhan.

4. Standar 6: Pengelolaan anemia pada kehamilan

- a) Tujuannya adalah menemukan anemia pada kehamilan secara dini, dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

b) Hasilnya:

- 1) Ibu hamil dengan anemia berat segera dirujuk.
- 2) Penurunan jumlah ibu melahirkan dengan anemia.

3) Penurunan jumlah bayi baru lahir dengan anemia/BBLR.

5. Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

a) Tujuannya adalah mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan memerlukan tindakan yang diperlukan.

b) Hasilnya:

1) Ibu hamil dengan tanda pre-eklamsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.

2) Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklamsia.

6. Standar 8: Persiapan Persalinan

a) Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa persalinan direncanakan dalam lingkungan yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.

b) Hasilnya:

1) Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman.

2) Persalinan direncanakan ditempat yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.

3) Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu jika perlu.

4) Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila perlu.

M. Persiapan Persalinan

Salah satu peran suami dalam menurunkan angka kematian terhadap ibu adalah dengan cara memastikan persalinan isterinya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan berjalan sesuai dengan prosedur semestinya. Pengetahuan suami saat persalinan istri dapat diberikan pendidikan tentang persiapan persalinan yang aman (Depkes RI, 2015).

Membuat rencana persalinan idealnya dilakukan oleh ibu dan suami. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam membuat rencana persalinan tersebut yaitu sebagai berikut:

1. Menentukan tempat bersalin. Ibu hamil dan suami dapat menentukan sendiri dimana nantinya tempat bersalin yang diinginkan, untuk menentukan tempat bersalin maka suami harus mengetahui tempat-tempat bersalin yang aman dan berkualitas seperti: lingkungan yang bersih dan aman, sesuai dengan kondisi ibu hamil.
2. Memilih kelahiran dirumah

Ibu yang memilih untuk melahirkan dirumah memiliki berbagai alasan tersendiri. Beberapa ibu didalam hatinya merasa disinilah bayinya harus dilahirkan dan untuk alasan lainya ibu akan merasa lebih santai jika melahirkan dirumah sendiri, menghargai privasi yang mereka dapatkan dirumah dan kebebasan untuk apa yang mereka pilih tersebut, lainya menganggap jika melahirkan di

polindes, puskes maupun rumah sakit akan lebih menakutkan dan mereka takut menjalani banyak tindakan medis jika melahirkan disana.

3. Memilih Rumah Sakit atau Rumah bersalin

Para ibu yang memilih melahirkan di rumah sakit akan merasa tenang karena banyaknya tenaga medis mulai dari dokter, bidan, perawat yang bekerja disana. Sebagian juga akan merasa bahwa melahirkan dengan peralatan teknologi yang lebih aman, dan sebagainya lagi tertarik karena fasilitas khusus yang ditawarkan.

4. Memilih layanan domino

Layanan domini adalah seorang bidan yang mendampingi ibu sepanjang masa kehamilannya, mengantarkan ibu untuk proses persalinan, dan setelah itu kembali lagi mendampingi ibu pulang kerumah untuk beberapa waktu. Walaupun tidak setiap daerah menyediakan pelayanan ini akan tetapi dalam kenyataannya ibu mungkin mendapatkan bidan yang lain yang merawat ibu di sepanjang usia kehamilannya.

5. Memilih tenaga kesehatan yang terlatih. Ibu dan suami dapat menentukan siapakah yang akan mendampingi dan menolong persalinan nantinya. Macam-macam tenaga kesehatan yang akan menolong persalinan yang terlatih adalah: bidan desa, bidan praktek swasta, dokter umum dan dokter ahli kebidanan.

6. Transportasi bagaimana disini pasangan suami istri yang akan ketempat bersalin harus memikirkan transportasi apa yang akan menuju ketempat tenaga kesehatan ataupun ketempat bersalin tersebut.

7. Pendamping persalinan, keberadaan pendamping sangat mempengaruhi proses persalinan karena dapat memberikan dukungan, semangat, rasa nyaman, dan mrasa aman. Jika seorang ibu ingin didampingi selama proses persalinan, mintalah suami atau keluarga yang terdekat dukungan yang perlu diberikan meliputi;

- a) Memberikan dukungan psikologi terhadap perubahan fisik dan emosional ibu hamil.
- b) Menyiapkan persiapan keuangan untuk kelahiran sang buah hati yang mana disiapkan bisa menabung mulai dari hamil pertama.
- c) Mengingatn dan menemani ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.
- d) Tidak boleh merokok terutama dilingkungan area rumah.
- e) Membantu pekerjaan rumah dan mengingatkan ibu untuk senantiasa istirahat agar tidak kelelahan.
- f) Tidak melakukan tindak kekerasan pada ibu hamil.
- g) Merancang perencanaan dimana akan bersalin apa oenolong persalinan serta tempat rujukan apabila ditemukan kegawatdaruratan.

8. SIAGA (Siap Antar Jaga)

- a) Siap jika melihat tanda-tanda bahaya kehamilan
- b) Antar ketempat pelayanan bila akan melahirkan dan
- c) Siap menjadi donor darah apabila diperlukan
- d) Jaga ibu selama hamil, melahirkan, dan nifas.

9. Mencegah kekerasan pada ibu hamil baik itu psikis maupun ekonomi dan fisik.

10. Mengantarkan dan menolong ibu untuk memberikan ASI eksklusif.

11. Beberapa banyak biaya yang akan dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut. Apakah ibu memiliki jaminan asuransi kesehatan, jam sostek, dana sehat dan tabulin. Ibu dan suami sudah tau berapa biaya yang dibutuhkan

12. Siapa yang akan menjagah keluarganya jika ibu tidak ada. Apakah ibu dan suami sudah menghubungi orang yang menjaga rumah dan keluarga selama ibu bersalin.

13. Donor darah

Donor darah juga perlu dipersiapkan untuk persalinan, agar persediaan tambahan dari bisa langsung ditangani, jadi ibu perlu mempersiapkan orang yang golongan darahnya sama dan bersedia mendonorkan darahnya jika dibutuhkan nantinya.

14. Perlengkapan ibu dan bayi

Beberapa perlengkapan yang perlu di bawa ketempat bersalin yaitu

- a) Kartu pemeriksaan hamil

b) Alat mandi seperti, handuk besar 2 buah, handuk kecil 2 buah, sabun, sikat gigi dan pasta gigi.

c) Pakaian ganti ibu hamil yaitu baju atasan dengan kancing didepan atau ada belahan depan, kain panjang atau sarung, kutang, gurita ibu, pembalut wanita.

d) Pakaian bayi untuk pulang satu set terdiri atas:

- 1) Popok bayi
- 2) Baju bayi
- 3) Celana bayi
- 4) Kaos tangan bayi
- 5) Gurita bayi
- 6) Kaos kaki dan kaos tangan bayi
- 7) Topi bayi
- 8) Selimut bayi

e) Alat mandi bayi

- 1) Sabun bayi
- 2) Waslap/ lap mandi
- 3) Bedak bayi

15. Alat rias ibu seperti: bedak, lipstick, sisir dan lain-lain

Penting bagi bidan dan suami untuk mendiskusikan

a) Siapa yang akan membuat keputusan utama dalam keluarga? Ibu hamil dan suami sebaiknya menentukan pembuat keputusan suami, orang tua, mertua, atau orang dituakan didalam keluarga.

- b) Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadinya kegawatdaruratan setelah ibu dan suami membuat keputusan utama juga telah mempersiapkan pembuat keputusan pengganti bila pembuat keputusan utama tidak ada.
- c) Mempersiapkan system transportasi.
- d) Setiap keluarga harus mempersiapkan atau mempunyai rencana transportasi untuk ibu jika ibu seketika waktu mengalami komplikasi dan segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi. Rencana ini harus dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan.
- e) Dimana ibu akan bersalin jika terjadinya komplikasi. Di puskesmas yang ada di desa atau rumah sakit yang ada di kota.
- f) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadinya kegawatdaruratan dan sudah merencanakan transportasi yang akan digunakan.
- g) Kefasilitas kesehatan mana jika ibu harus dirujuk.
- h) Bagaimana cara mendapatkan dana.
- i) Apakah ditempat ibu tinggal sudah mempunyai daftar golongan darah.
- j) Keluarga dianjurkan untuk menabung sejumlah uang akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan jika terjadinya kegawatdaruratan.

- k) Seseorang suami dapat memberikan segala sesuatu untuk persalinan istri mulai dari pembalut, baju ibu untuk memudahkan ibu menyusui bayinya, sabun, seprei, dan menyimpan persiapan persalinanan.
- l) Keluarga harus dianjurkan menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan jika terjadinya kegawatdaruratan. (Depkes RI, 2015).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Definisi Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan dan langsung, berisiko rendah pada awal persalinan berlangsung sampai dengan selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala dengan usia kehamilan 37-42 minggu lengkap, setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat. Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dari dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dalam proses tersebut adalah proses alamiah (Rohani, 2014).

Persalinan merupakan suatu proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Perose ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat dari

adanya kontraksi uterus, dengan frekuensi, durasi dan kekuatan (HIS) yang teratur. Awal mula kekuatan yang muncul kecil kemudian terus meningkat sampai dengan puncaknya pembukaan serviks yang lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, 2014).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan yaitu 37-42 minggu, lahir dengan spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa adanya tanda komplikasi baik ibu maupun janin (Prawihardjo, 2014).

B. Teori Terjadinya Persalinan

Ada beberapa teori yang mendukung terjadinya sebab awal mulanya persalinan yaitu:

a. Teori penurunan kadar hormone progesteron

Pada akhir kehamilan akan ada penurunan kadar hormon progesteron dimana disini menimbulkan adanya peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion (Oktarina, 2016).

b. Teori rangsangan estrogen.

Hormon estrogen menyebabkan irritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput sehingga menyebabkan terjadinya kontraksi uterus (meometrium) (Oktarina, 2016).

c. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi Braxton hicks.

Terjadinya kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, akan tetapi terjadinya persalinan yang berlangsung lama dan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim serta praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri (Oktarina, 2016).

d. Teori keregangan.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu tertentu. Setelah melewati batas waktu yang ditentukan tersebut maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Rohani, 2014).

e. Teori oksitosin

Hormone oksitosin akan mempengaruhi kontraksi otot-otot rahim, pada akhir kehamilan, kadar oksitosin akan bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering mengalami kontraksi.

f. Teori plasenta sudah tua.

Teori ini, plasenta yang tua akan menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesteron yang mempengaruhi terjadinya kejangnya pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Marmi, 2012).

g. Teori destensi rahim.

Otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam batas waktu yang tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut akan terjadinya kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mempengaruhi sirkulasi *uteroplacentar* sehingga plasenta mengalami degenerasi (Manuaba, 2013).

h. Teori iritasi mekanik.

Tekanan yang terjadi pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

i. Induksi partus (*induction of labour*).

Partus yang ditimbulkan janin:

1) Memecahkan ketuban (amniotomi).

Pemecahan ketuban akan mengurangi keregangannya otot rahim sehingga dapat terjadinya kontraksi yang akan segera dimulai.

2) Induksi persalinan secara hormonal/kimiawi.

Dengan pemberian oksitosin drip/prostaglandin yang dapat mengakibatkan kontraksi otot rahim sehingga hasil dari konsepsi dapat dikeluarkan.

- 3) Induksi persalinan dengan mekanis menggunakan beberapa gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
- 4) Induksi persalinan dengan tindakan yaitu operasi dengan cara seksio caesaria (Manuaba, 2013).

C. Sebab Terjadinya Persalinan

Perubahan fisiologi yang terjadi pada tahap persalinan adalah sebagai berikut:

1. Tanda-tanda Terjadinya Persalinan yaitu (Walyani, 2016) :

a) Adanya Kontraksi Rahim

Tanda awal terjadinya persalinan pada ibu hamil adalah mengejangnya rahim atau sering dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, pada umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan jalan lahir agar membesar dan meningkatkan aliran darah didalam plasenta.

Kontraksi biasanya disertai dengan rasa sakit, nyeri, ketika mendekati kontraksi selanjutnya. Sifat his persalinan adalah:

- 1). Kontraksi yang terasa sakit dan menjalar kedepan
 - 2). Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - 3). Semakin beraktifitas (jalan), kekuatan akan bertambah.
- (Sondank,2013).

b) Pengeluaran lendir dengan darah

Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan terjadinya pengeluaran lendir yang berwarna kemerahan bercampur yang terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulutrahim, menandakan bahwa mulut rahim membuka.

Lendir yang keluar dari mulut rahim inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

- 1). Perdataran dan pembukaan.
- 2). Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis serviks lepas.
- 3). Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Keluarnya air ketuban

Proses penting menjelang persalinan yaitu dimana air ketuban pecah. Keluarnya air yang jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Normalnya air ketuban yaitu cairan yang bersih, jernih, tidak berbau. Sebagian besar, keadaan keluarnya air ketuban ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, proses persalinan diharapkan akan berlangsung kurang dari 24 jam (Sodank,2013).

d) Pembukaan serviks

Penipisan dilatasi serviks pertama akan adanya aktivitas uterus dimulai penipisan selanjutnya uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat. Proses pembukaan serviks yaitu:

- 1) Perlunakan serviks
- 2) Pendataran serviks
- 3) Pembukaan serviks

(Sondank, 2013).

D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Penumpang (*Passenger*)

Penumpang yang dimaksud dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang diperhatikan adalah ukuran kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan dalam plasenta yaitu letak, besar, dan luasnya.

2. Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi menjadi dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir yaitu ukuran, dan bentuk tulang panggul. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

3. Kekuatan (*Power*) Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu:

a) Kekuatan Primer (Kekuatan Involunter) antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (effacement) dan berdilatasi sehingga janin akan turun

b) Kekuatan Sekunder (Kontraksi *volunteer*) kekuatan ini menekan uterus pada semua bagi sisi dan menambah kekuatannya dalam mendorong keluar dari uterus dan vagina.

4. Posisi Ibu (*Positioning*)

Merupakan perubahan posisi yang dilakukan terhadap ibu yang bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, member rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak contoh (posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok), posisi tersebut membantu dalam penurunan janin serta dapat mengurangi penekanan tali pusat.

5. Respons Psikologis

Respons psikologis pada ibu dapat dipengaruhi oleh;

- 1) Dukungan suami selama proses persalinan
- 2) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan.
- 3) Saudara kandung bayi selama persalinan.

(Sondakh 2013).

E. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut Oktarina, Mika (2016). Jenis-jenis persalinan berdasarkan definisi yaitu sebagai berikut:

1. Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah ketika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dengan melalui jalan lahir.

2. Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga melalui dari luar misalnya ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, dan section sesaria.

3. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran merupakan persalinan yang apabila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan diperoleh dari luar dengan cara pemberian rangsangan. Misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Prawirahardjo, 2014).

Jenis-jenis persalinan berdasarkan cara persalinan nya (Rohani dkk, 2014). Yaitu:

a) Persalinan Normal

Persalinan normal yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kelahiran yang cukup bulan (37-40 minggu), yang lahir melalui jalan lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, sehingga persalinan dikatakan normal apabila tidak ditemui komplikasi dan dengan tenaga ibu itu sendiri, lama persalinan tidak boleh lebih dari 24 jam.

(Mochtar, 2012).

b) Persalinan luar biasa (Abnormal)

Proses persalinan ini adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar yang dibantu oleh alat-alat atau melalui dinding perut sering di sebut dengan operasi *caesaria*.

(Mochtar, 2012).

Menurut Mochtar, 2012. Persalinan berdasarkan umur kehamilan, yaitu:

- 1) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin dibawah 1.000gram atau usia kehamilan dibawah 37 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah partus pada usia kehamilan 28-36 minggu, janin tetap hidup tetapi prematur, berat badan diatas 1.00-2.500 gram.
- 3) Partus matures (aterem) adalah partus pada usia kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2.500 gram.
- 4) Partus postmaturus (sirotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditafsirkan, janin disebut posmatur.
- 5) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, bisa terjadi dikamar mandi, diatas kendaraan, dan lain sebagainya.

6) Partus percobaan adalah suatu perslinan yang suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya *cephalo pelvic disproportion* (CPD) (Rohani, 2014).

F. Tahapan Persalinan

Dalam persalinan, tahapan persalinan terbagi menjadi 4 bagian, yaitu:

1. Kala 1

Kala 1 dimulai dari saat persalinan sampai dengan pembukaan lengkap yaitu 10 cm (Syaifuddin, 2014). Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks sudah mulai membuka dan mendatar. Keluarnya darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena adanya pergeseran-pergeseran, ketika servik yang mendatar dan membuka.

Kala 1 dikenal juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm).

Pada permulaan his, pembukaan tidak langsung begitu kuat sehingga klien masih bisa dapat berjalan-jalan (Manuaba, 2013).

Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a) Fase Laten

Dimana pembukaan serviks 1 hingga 3 cm sekitar 8 jam (Oktarina, 2016). Fase yang dimulai pada saat pembukaan serviks yang masih 0 dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm. Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat. Frekuensi, durasi dan intensitasnya setiap 10-20 menit, lama 15-20 detik, dengan intensitas menjadi 5-7 menit (Saifuddin, 2014).

b) Fase Aktif

Fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 hingga lengkap (Oktarina M, 2016). Fase yang dimulai dari pembukaan serviks 4 cm dan berakhir sampai dengan pembukaan serviks mencapai 10 cm. Pada fase ini kontraksi uterus akan menjadi lebih efektif yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang ditimbulkan mencapai 40-55 mmHg. Di fase aktif inilah kontraksi berlangsung sekitar 2-3 menit sekali dalam 60 detik, dengan kekuatan lebih dari 40 mmHg. Fase aktif dibedakan menjadi fase akselerisasi, fase dilatasi maksimal dan fase diselerasi (Rohami, 2014).

- 1). Fase Akselerisasi: pembukaan serviks 3 cm menjadi 4 cm, fase ini merupakan fase persiapan untuk fase berikutnya.

- 2). Fase Dilatasi Maksimal: fase ini merupakan fase dimana dilatasi serviks meeningkat dengan cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm selama kurun waktu 2 jam. Normalnya pembukaan serviks pada fase ini konstan yaitu 3 cm perjam untuk multipara sedangkan 1,2 cm untuk primipira.
- 3). Fase Deselerasi: merupakan dimana akhir dari fase aktif, dilatasi serviks pada fase ini berjalan lambat, rata-rata 1 cm perjam, namun pada multipara dapat berjalan lebih cepat (Marmi, 2012).

Asuhan-asuhan kebidanan pada kala 1 yaitu:

- 1). Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan yang terjadi.
- 2). Pemantauan TTV.
- 3). Pemantauan terus menerus terhadap keadaan bayi.
- 4). Pembagian hidrasi untuk pasien.
- 5). Menganjurkan pasie untuk mobilisasi.
- 6). Mengupayakan tindaakn yang membuat pasien nyaman.
- 7). Memfasilitasi dukungan keluarga

(Sulistyawati, 2014).

2. Kala II

Kala II sering disebut dengan istilah kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai dengan

terlahirnya bayi. Proses kala II berlangsung dengan 2 jam pada primi gravid dan 1 jam pada multigravida (Sumarah, 2014).

Tanda dan gejala kala 2 yaitu, sebagai berikut:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Ibu merasa semakin lama semakin meningkatnya tekanan pada area rectum atau vagina.
- c) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan pada saat terjadinya kontraksi.
- d) Perineum menonjol
- e) Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f) Menjelang akhir pada kala I adanya ketuban yang pecah yang ditandai dengan adanya cairan yang keluar dari vagina.
- g) Ketuban pecah pada saat pembukaan lengkap yang diikuti dengan rasa ingin mengejan yang disebabkan karena tertekanya *fleksus frankenhauser*.
- h) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi, sehingga terjadi: kepala membuka pintu, subociput, bertindak sebagai hipomoglion, kemudian lahir secara berturut-turut, mulai dari ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala keseluruhan.
- i) Kepala lahir secara keseluruhan dan diikuti oleh putar paksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

j) Setelah putar paksi luar, maka persalinan bayi ditolong dengan:

- 1) Kepala dipegang pada occiput di bawah dagu, ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu belakang, kemudian ditarik keatas sedikit unruk mengeluarkan bahu depan.
 - 2) Setelah kedua bahu lahir ketiak dikain langsung untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - 3) Bayi yang lahir diikuti pengeluaran air ketuban.
- k). Pada primigravida kala 2 ini berlangsung rata-rata 1,5 jam dan untuk multipara rata-rata 30 menit (Megasari dkk, 2012).

Asuhan kebidanan yang diberikan pada kala II yaitu.

- 1) Evaluasi kontinu kesejahteraan ibu.
- 2) Evaluasi kontinu kesejahteraan janin.
- 3) Evaluasi kontinu kemajuan persalinan.
- 4) Perawatan tubuh untuk ibu.
- 5) Asuhan pendukung wanita dan orang terdekatnya serta keluarga.
- 6) Persiapkan kelahiran.
- 7) Penatalaksanaan kelahiran.
- 8) Pembuatan keputusan untuk penatalaksaana kala 11 kelahiran.

3. Kala III

Setelah kala dua, kontraksi uterus akan berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi sudah pelepasan plasenta pada lapisan nitabusch, karena adanya sifat retraksi otot rahim (Megasari, 2012).

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Jika lebih dari itu maka harus di beri penanganan lanjutan. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan memperhatikan hal-hal berikut:

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus yang terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat yang bertambah panjang
- d) Terjadi perdarahan

Biasanya plasenta terlepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi baru lahir (Marmi, 2012). Pelepasan plasenta terjadi dalam 2 mekanisme, yaitu:

- 1) Mekanisme Schultze, yaitu darah dari tempat plasenta tercurah dalam kantong inverse dan tidak mengalir keluar sampai setelah sekstruksi plasenta.
- 2) Mekanisme Duncan yakni pemisahan plasenta pertama kali terjadi dip rifer, dengan itu akibat darah menggumpal diantara membrane dinding uterus yang keluar dari plasenta.

Pada situasi ini, plasenta turun ke vagina secara menyamping, dan pembukaan ibu yang pertama kali terlihat dari vulva. (Prawihardjo, 2014).

4. Kala 1V

Kala 1V yang dimaksud ialah untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan ialah;

- a) Memeriksa tingkat kesadaran.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadi perdarahan atau jumlah perdarahan. Perdarahan masih bisa dianggap normal apabila tidak melebihi 400-500 cc (Rohani dkk, 2011).

Asuhan pemantaun pada kala 1V:

- 1) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada area uterus agar merangsang uterus berkontraksi.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dan uteri. Periksa dengan cara melintang antara pusat dan fundus uteri. Periksa fundus uteri setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala 1V.

- 3) Anjurkan ibu minum untuk mencegah terjadinya dehidrasi.
Tawarkan ibu untuk makan dan minum yang disukainya selama itu tidak menganggu kesehatan ibu.
- 4) Personal hygiene membersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- 5) Biarkan ibu untuk istirahat dengan posisi yang nyaman untuk ibu.
- 6) Biarkan bayi berada disisi ibu agar meningkatkan hubungan bayi dan ibu menyusui juga dapat dipakai sebagai permulaan dalam meningkatkan hubungan antara ibu dan bayi.
- 7) Berikan bayi ASI eksklusif
- 8) Periksa perineum dan perdarahan aktif (misalnya ada laserasi atau episiotomi).
- 9) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- 10) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama pemeriksaan kala 1V.

Pemantauan keadaan umum ibu pada kala 1V.

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan postpartum yang terjadi dalam 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena ini lah penting sekali untuk memantau ibu secara ketat, segera setelah setiap tahapan atau kala persalinan dilakukan.

Hal-hal yang harus dipantau dalam dua jam pertama pasca persalinan yaitu:

- 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala 1V.
- 2) Mamase uterus untuk memastikan apakah uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala 1V.
- 3) Pantau terus keadaan suhu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pasca persalinan.
- 4) Nilai perdarahan, periksa premium dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan 30 menit dalam satu jam kedua.
Anjurkan ibu dan keluarganya untuk bagaimana cara menilai tonus dan perdarahan uterus, serta bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek.

G. Perubahan Fisiologis Persalinan

1. Persalinan Kala 1

Pada kala 1 sejumlah perubahan-perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan (Walyani, 2011), yaitu:

a) Perubahan Tekanan Darah

Perubahan terhadap tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kehamilan sistolik yaitu rata-rata sebesar 10-20 mgHg sedangkan untuk kenaikan diastolic 5-10 mmHg, diantara

kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun sebelum masuk tahap persalinan dan akan turun saat masuk persalinan dan akan naik lagi setelah terjadinya kontraksi.

b) Perubahan Metabolisme

Selama dalam persalinan baik itu metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena adanya kecemasan serta kegiatan otot rangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat dapat dilihat dari kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

c) Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit mengalami peningkatan selama masa persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu badan masih dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-10°C.

d) Perubahan Pernafasan

Kenaikan pernafasan yang disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak tepat.

e) Perubahan Denyut Jantung

Penurunan yang drastis selama kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi terlentang. Denyut jantung yang naik

sedikit merupakan hal yang normal, akan tetapi walaupun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi.

f) Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang sehingga menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan akan mengakibatkan konstipasi.

g) Perubahan Haemoglobin

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml pada saat masa persalinan dan akan kembali ke tingkat semula pada hari pertama. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5000-15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi infeksi.

h) Perubahan Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

i) Pembentukan Segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen atas rahim (SAR) terbentuk di uterus bagian atas dengan sifat otot lebih tebal dan kontraktif, terdapat sorong dan memanjang. SAR terdapat dari fundus sampai ishimus uteri. Segmen bagian bawah rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah diantara phsimis dan serviks yang bersifat otot yang tipis

dan elastic, pada bagian ini banyak terdapat otot yang melingkar dan memanjang.

j) Pemecahan Kantong Ketuban

Pada akhir kala 1 apabila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah yang diikuti kelahiran bayi.

2. Perubahan kala II persalinan

1) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang bersifat berkala dan harus diperhatikan ialah lamanya kontraksi. Kekuatan kontraksi berlangsung sekita 50-90 detik, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

2) Perubahan Uterus

Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak dengan jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat berperan aktif (berkontraksi) dindingnya akan menebal sesuai dengan kemajuan persalinan, dengan kata lain SAR melakukan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peran pasif dan akan semakin tipis sesuai dengan kemajuan persalinan

disebabkan oleh adanya regangan, dengan kata lain SBR dan serviks melakukan relaksasi dan dilatasi.

3) Perubahan pada serviks

Perubahan serviks kala dua ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim (SBR) dan serviks.

4) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Perubahan pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dinding nya tipis karena adanya suatu regangan kepala samapai vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin nampak di vulva.

3. Perubahan Kala III persalina (Sondank, 2013)

1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum meometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah pusat, uterus berbentuk segitiga atau menyerupai bentuk buah pir atau alpukat, dan fundus berada diatas pusat.

2) Tali pusat memanjang

Tali pusat akan terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).

3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang ada di belakang akan membantu mendorong plasenta keluar yang dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang antara uterus dan permukaan melebihi kapasitas tampungnya, maka darah akan tersembur dari tepi plasenta yang sudah terlepas. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai keluarnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses terlepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan melihat tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong kedepan karena adanya plasenta yang terlepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Adanya semburan darah yang tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta menggunakan teknik dorsokranial (Sondank, 2013).

4. Perubahan Pada Kala IV

Kala IV yang dimulai dari terlahirnya plasenta sampai dengan 2 jam postpartum. Kala ini bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan yang diakibatkan oleh postpartum, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama persalinan diakibatkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks serta perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal

apabila 250cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal (Sondank, 2013).

H. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Pada ibu bersalin akan terjadi perubahan psikologis diantaranya (Sondakh, 2013):

- 1) Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- 2) Kesakitan saat adanya kontraksi dan merasa nyeri
- 3) Ketakutan saat melihat darah

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan mempengaruhi lamanya persalinan, his yang kurang baik dan pembukaan yang kurang lancar.

Menurut (Pitchard dkk, 2011) perasaan cemas dan takut merupakan faktor yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan yang berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan nya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan maka nantinya akan berujung stress. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu saat persalinan yaitu:

- 1) Melibatkan psikologi ibu hamil, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman melahirkan sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Hubungan orang terdekat dengan ibu

Sikap negatif yang muncul pada ibu menjelang proses persalinan yaitu:

- 1) Persalinan bersifat ancaman terhadap ibu
- 2) Persalinan sebagai ancaman sebagai self-image

3) Medikasi persalinan

4) Nyeri persalinan dan kelahiran

I. Masalah Dalam Persalinan

Masalah dalam persalinan normal disebabkan karena adanya faktor-faktor risiko yang kurang terdeteksi dengan baik pada masa kehamilan sehingga sering terjadinya persalinan macet atau persalinan lama. Kala persalinan lama atau distosia (penyulit) merupakan persalinan yang gagal berjalan secara normal dan menyebabkan kesulitan pada ibu dan bayi, jika persalinan tidak lengkap atau selesai dalam 18 jam pada primipara (wanita yang pertama kali hamil) dan 12 jam pada multipara (wanita yang pernah melahirkan sebelumnya). Berdasarkan (Manuaba,2013), faktor penyebab persalinan lama dibagi menjadi 3 golongan yaitu:

1) Kelainan Tenaga/His (*Power*)

His yang tidak normal dalam kekuatan yang sifatnya menyebabkan masalah pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan dapat mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan ini antara lain:

a) Persalinan Hipertonik

Persalinan hipertonik terjadi pada fase laten persalinan, dimana peningkatan frekuensi kontraksi dan penurunan lama kontraksi. Kontraksi menjadi sangat menyakitkan karena sel-sel otot uretus mengalami anoksi, terjadinya dilatasi dan pendataran serviks

inefektif, yang menyebabkan kelelahan kelelahan maternal. Kontraksi dapat terganggu dengan pertukaran uteroplasenta dan dapat menyebabkan pada distress janin atau bahkan kematian janin (Manuaba, 2013).

b) Persalinan Hipotonik

Persalinan hipotonik adalah persalinan dengan kontraksi kurang dari tiga kali dengan intensitas ringan sampai sedang selama periode 10 menit dalam fase persalinan aktif. Dilatasi servikal dan penurunan kepala janin sangat lambat atau terhenti. Persalinan ini terjadi ketika serat-serat uterus mengalami perenggangan yang berlebihan karena ukuran bayi yang sangat besar, bayi kembar, hidramnion atau kehamilan yang banyak (multipara). Persalinan hipotonik juga dapat terjadi bila obat-obatan seperti meperedin diberikan pada fase persalinan laten atau ketika distensi usus atau kandung kemih. Walaupun tidak sakit, persalinan seperti itu dapat menyebabkan keletihan maternal, stress, infeksi, intrauterine, dan pendarahan postpartum. Persalinan yang lama dapat mengarah pada sepsis janin (Manuaba, 2013).

c) Partus Lama

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Teibang, 2012). Partus lama ditandai oleh fase persalinan kala 1 berlangsung lebih lama fase aktif dan laten menjadi lebih lama dan

terjadi kegagalan dilatasi serviks dalam waktu yang dapat diterima. Untuk mencegah penyulit, pengenalan dini dan pengobatan merupakan hal yang vital. Penyebab penyulit persalinan yang lama meliputi kelelahan maternal, infeksi, dan pendarahan karena atonia uteri, rupture uterus atau laserasi jalan lahir. Komplikasi persalinan lama meliputi:

- 1) Distres janin terjadi karena gangguan suplai darah dan berkurangnya oksigen, menyebabkan asfiksia janin.
- 2) Ketuban pecah dini (KPD) meningkatkan risiko infeksi dan prolaps tali pusat bila bagian presentasi gagal untuk turun.
- 3) Cedera jaringan lunak atau trauma serebral karena tekanan terus-menerus yang kuat pada kepala janin atau karena kelahiran forsep.

Oleh karena itu, penatalaksanaan kelahiran dengan forsep atau seksio cesarean kemungkinan menjadi penting untuk mengurangi komplikasi persalinan lama.

d) Persalinan Presipitatus

Persalinan presipitatus adalah peristiwa persalinan yang selesai dalam waktu empat jam (Farrer, 2010). Penyebab tersering pada kelahiran presipitatus adalah kurangnya tahanan pada jaringan ibu, hiperaktif kontraksi uterus, dan janin yang kecil terketak pada posisi yang mudah turun. Persalinan demikian sering terjadi pada wanita multipara memiliki riwayat persalinan presipitatus atau

memilik ukuran pelvic yang terlalu besar (Manuaba, 2013). Apabila serviks telah mendatar dan jaringan tetap teregang, maka laserasi jalan lahir, rupture uterus, dan emboli cairan amnion dapat terjadi. Pendarahan postpartum dapat terjadi karena regangan serabut uterus. Janin beresiko mengalami hipoksia karena penurunan periode relaksasi uterus dan trauma serebral karena kelahiran bayi kemungkinan akan mengalami sufokasi atau aspirasi (Manuaba, 2013).

e) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu, yaitu jika pembukaan primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2002). Penyebab KPD belum diketahui, tetapi beberapa bukti menunjukkan bahwa bakteri atau sekresi maternal yang menyebabkan iritasi dapat menghancurkan selaput ketuban, dan KPD pada trisemester kedua sebagian besar disebabkan oleh serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi (inkompeten).

Penyebab kematian janin pada kasus KPD adalah infeksi, saluran pernafasan, prolaps tali pusar dan malpresentasi akan memperburuk kondisi bayi preterm (Champman, 2011). Perhatian khusus yang diberikan sehubungan dengan KPD adalah persalinan preterm dan infeksi intrauterine ascending, karena menyebabkan mortalitas janin sebesar 30%.

f) Ruptur Uterus

Ruptur Uterus adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah janin lahir hidup. Ruptur sempurna melibatkan ketiga lapisan otot uterus dan mungkin disebabkan oleh perlemahan jaringan parut pada persalinan cesarean, trauma obstetri, kelainan uterus, atau trauma eksternal (Champman, 2011). Tanda-tanda pada ruptur sempurna meliputi rasa sakit yang sangat dan hilangnya kontraksi, perdarahan per vagina kemungkinan terlihat tetapi biasanya tidak parah, dan perdarahan internal. Rupture uterus mengakibatkan janin terdorong ke dalam abdomen menjadi lebih aktif karena mengalami asfiksia, denyut jantung janin (DJJ) menjadi melemah dan kemudian hilang karena janin mati (Champman, 2011).

2) Kelainan Janin (Passanger)

Persalinan dapat mengalami kesulitan karena kelainan pada besar/berat janin, kelainan bentuk (seperti asites dan hidrocefalus), kelainan presentasi atau letak (malpresentasi/malposisi), masalah plasenta/tali pusat, masalah cairan amnion/perdarahan, dan kembar/kembar siam. Kelainan janin (passanger) meliputi: (Manuaba, 2013)

a) Distres Janin

Distres janin merupakan kondisi Ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen melalui sirkulasi janin maternal, sehingga menyebabkan hipoksia. Hipoksia pada janin disebabkan oleh

faktor-faktor sebagai masalah pada uterus, tali pusat, plasenta, dan janin. Manifestasi terjadinya hipoksia janin adalah melambatnya DJJ, cairan amnion berwarna mekonium, dan hiperaktivitas janin, serta sampel darah kulit kepala janin memperlihatkan pH 7,2 atau kurang. Hipoksia janin yang lebih lama dapat menyebabkan retardasi mental, serebral palsy, dan bahkan kematian (Manuaba, 2013).

b) Ukuran terlalu besar (makrosomia)

Banyak bayi lahir dengan berat badan melebihi 10 pounds (4536 g) pada saat lahir, hal tersebut tidak menguntungkan karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Besarnya ukuran tersebut berhubungan dengan beberapa faktor, termasuk keturunan. Ibu yang mengalami diabetes, dan kehamilan yang Sering (Champman, 2011). Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus. Hal ini menyebabkan disfungsi persalinan yaitu rupture uterus dan peningkatan insiden perdarahan postpartum. Persalinan dapat lebih lama, dan tindakan operasi menjadi lebih dimungkinkan.

c) Hidrosefalus

Hidrosefalus secara harafiah berarti “air kepala”. Hal ini merupakan kondisi abnormal dimana cairan serebrospinal terkumpul pada kepala bayi, menyebabkan perbesaran kepala janin.

Persalinan dengan penyulit berupa hidrosefalus pada janin memerlukan beberapa pemeriksaan antepartal, meliputi: Palpasi abdomen antepartal merupakan pemeriksaan antepartal yang dapat membantu dokter untuk mengetahui kemungkinan posisi sungsang, pemeriksaan sonogram diperlukan untuk mengevaluasi cranium dan dengan presentasi vertex, pemeriksaan vagina memberikan hubungan gambaran garis suture antar tulang-tulang tengkorak dan globular kepala. Harapan hidup pada bayi ini sangat minim. Malformasi congenital lain, seperti spinabifida dan mielomeningocele, sering menyertai hidrosefalus. Neonatus mengalami kerusakan otak berat dan mungkin mati selama atau setelah persalinan (Saifuddin, 2014)

- d) Kehamilan Ganda Kembar monozigot merupakan kembar identik karena mereka berkembang dari satu ovum yang dibuahi. Kembar dizigotik disebabkan dari pembuahan dua ovum secara terpisah. Kembar ini tidak identik, dan bisa berjenis kelamin yang berbeda. Hereditas, usia, paritas, dan obat-obatan fertilitas mempengaruhi insiden kembar dizigotik. Anomali janin lebih sering terjadi pada kehamilan lebih dari satu (Manuaba, 2013).

- e) Malposisi dan malpresentasi

Ketika janin normal dan jalan lahir adekuat, persalinan kemungkinan dapat mengalami penyulit jika posisi bayi abnormal terhadap pelvis ibu. Pada 9 dari 10 persalinan posisi bayi pada saat

lahir adalah oksiput anterior. Oleh karena itu, wajah belakang menghadap ibu dan osoccipitale menhadap pubis ibu. kecuali terdapat masalah pada ukuran atau kekuatan uterus, posisi ini memungkinkan bayi untuk lewat melalui alan lahir yang tidak teratur dengan mengalami sedikit kesulitan (Lestari, 2015).

f) Presentasi Sungsang

Presentasi sungsang terjadi pada 3% sampai 4% dari semua kehamilan. Penyebabnya belum diketahui, tetapi beberapa teori menyebutkan faktor yang berhubungan dengan presentasi sungsang adalah bayi preterm, plasenta preveia, hidramnion, kehamilan multipel, dan kelainan krainal janin. Bila dilakukan persalinan per vagina, persalinan akan mengalami perpanjangan karena kepala tidak dapat bereaksi efektif sebagai pendilatasiseviks, sehingga laserasi, dan episotomi yang lebar mungkin dilakukan. Persalinan per vagina pada presentasi sungsang lebih beresiko mengalami prolaps tali pusat, janin mengalami paningkatan resiko terhadap pendarahan intrakranial; cedera medula spinalis disebabkan oleh regangan dan manipulasi; palsi pleksus brakialis (Lestari, 2015)

g) Kematian janin intra uterin

Intra uteri fetal death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim, sebelumnya di sebut stillbirth, berhubungan dengan infeksi anomali kongienital. Tanda adanya kematian janin adalah kurangnya gerakan janin yang diikuti dengan menurunnya secara

bertahap tanda–tanda dan gejala kehamilan. Denyut jantung bayi menghilang, sonografi memperlihatkan tidak terdapatnya denyutan jantung, dan radiografi menunjukkan adanya tonjolan tulang- tulang kepada janin, disebut tanda–tanda spalding (Lestari, 2015).

3) Kelainan Jalan Lahir (Passageway)

Ketika tidak terdapat masalah pada power dan passanger, kelahiran yang berhasil tidak akan terjadi jika passageway (jalan lahir) kontraktur (terlalu kecil) atau jika terjadinya hambatan oleh sumbatan seperti tumor ata faktor lainnya. Kelainan tersebut di antaranya yait:

a) Kontraktur pada Tulang Pelvik

Kontraktur pada tulang pelvik merupakan keadaan dimana tulang yang berbentuk seperti corong dari pelvic pasien terlalu sempit pada beberapa menit sehingga tidak dapat dilalui janin. Kontraktur mungkin terjadi pada bagian inlet, midpelvik, atau outlet (Manuaba, 2013). Sebelum kehamilan, pengukuran pelvik dapat dilakukan dengan menggunakan pelvimetri klinik dan X- ray. Selama kehamilan, sonografi dilakukan untuk mengukur kepala janin dengan pelvik. Ketidakselarasan antara kepala janin dengan pelvik ibu disebut sebagai Cephalo Pelvic Disproportional (CPD) seperti yang dinyatakan oleh Macmudah (2010), jika pelvik terlalu kecil sehingga tidak mungkin untuk janin melewati pelvik, maka tidak mungkin diteruskan persalinan vagina. Komplikasi CPD pada maternan dengan persalinan dengan demikian meliputi KPD, rupture uterus,

dan nekrosis jaringan lunak, atonal karena tekanan kepala bayi. Sedangkan komplikasi pada janin meliputi tidak masuk ke dalam inlet, molding yang berlebihan, dan pendarahan intrakranial (Manuaba, 2013).

b) Tumor

Penyebab lain pada dystosia (persalinan yang sulit) adalah terdapatnya tumor yang menyumbat sebagian atau keseluruhan jalan lahir. Tumor mungkin terdapat pada uterus, pada serviks, pada vagina, pada ovarium, atau dalam jaringan yang berdekatan. Tumor tersebut mungkin tidak diketahui sampai pasien mendapatkan perawatan antepartal. Penanganan tumor direncanakan tergantung pada ukuran, posisi, dan tipe tumor, usia pasien, jumlah kehamilan sebelumnya dan usia kehamilan. (Lestari, 2015).

Ketiga kelainan ini dapat menyebabkan persalinan lama, berupa:

- 1) Kelainan kala I, meliputi fase aktif memanjang, fase laten memanjang, dan penurunan kepala janin pada persalinan aktif.
- 2) Kelainan kala II, meliputi kala II memanjang Dalam menghadapi persalinan lama, maka untuk menolong keselamatan ibu dan bayi dalam proses persalinan, sering kali dilakukan tindakan persalinan operatif dengan menggunakan bantuan alat, seperti pada persalinan seksio sesarea.

h. Post date

Kehamilan postdate adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir) (Saifudin, 2014).

Kehamilan postterm adalah suatu kehamilan yang berlangsung pada atau melebihi 42 minggu atau 294 hari dan merupakan salah satu kehamilan yang beresiko tinggi, dimana dapat terjadi komplikasi pada ibu dan janin (Rukiyah, 2012).

Penyebab postdate :

a. Pengeruh progesterone

Penurunan hormone progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin.

b. Teori oksitosin

Oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan postdate.

c. Syaraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi (Saifudin, 2014)

J. Faktor Resiko Penyulit Persalinan

Berdasarkan Machmudah (2010), penyulit persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

1)Faktor Usia

Ibu yang hamil diatas usia 35 tahun atau lebih memiliki resiko tinggi dalam melahirkan seperti kehamilan kembar, distosia, preeklamsi atau eklamsia, hipertensi dalam kehamilan dan kehamilan premature. Ibu yang melahirkan pertama kali pada usia 19 tahun juga memiliki resiko komplikasi pada kehamilan pada saat melahirkan dan nifas (Manuaba, 2013).

2)Paritas

Persalinan lama lebih sering terjadi pada ibu multipara atau grandemultipara karena pada dinding abdomen atau uterus terdapat jaringan perut karena kehamilan sebelumnya yang dapat menghambat proses kontraksi(Lestari, 2015).

3) Jarak Kehamilan

Proses pemulihan pada ibu postpartum memerlukan waktu kurang lebih enam minggu namun organ reproduksi akan kembali ke kondisi sebelum hamil memerlukan waktu dalam hitungan bulan bukan tahun. Jika terjadi kehamilan berikutnya selama masa dua tahun dimungkinkan akan terjadi berturut-turut dalam jangka waktu singkat menyebabkan pembuluh darah belum siap beradaptasi dengan adanya peningkatan jumlah volume darah pada waktu hamil (Machmudah, 2010)

4) Aktivitas

Selama Kehamilan Kondisi ibu hamil juga dipengaruhi oleh aktivitas ibu selama hamil. Ibu hamil yang banyak bergerak selama hamil akan dapat mempengaruhi (mempercepat) proses persalinan (Machmudah, 2010). Ibu hamil yang banyak melakukan aktivitas berat, misalnya mengangkat beban berat dan kerja berat dapat meningkatkan resiko terjadinya persalinan premature (Lestari, 2015).

K. Standar Asuhan Persalinan

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang aman dengan memperhatikan aspek saying ibu dan saying bayi. Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Rohani, 2014).

L. Teori Observasi

Pasien dinyatakan inpartu apabila ada 2 tanda berikut ini yaitu:

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

Persalinan kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

a) Persalinan kala 1 fase laten

- 1) Fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm, pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran serviks sempurna. Namun pada multipara, pada akhir fase laten serviks belum mendatar sepenuhnya.

Dilatasi serviks pada fase laten berlangsung secara perlahan.

- 2) Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam
- 3) Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durai his secara progresif

b) Persalinan kala 1 fase aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi serviks mencapai 4 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap

- 2) Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progresif

- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif kira-kira 1,5 cm perjam dan pada multipara kira-kira 1cm per jam.

Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yaitu diambil adalah 1 cm perjam.

c). Penatalaksanaan awal persalinan kala 1 fase laten

Bila fasein MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan dan minum seperti biasa, disarankan untuk jalan-jalan

d). Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose sejak awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan dan tidak perlu.

M. Langkah Asuhan Persiapan Persalinan Normal

1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua yaitu:

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan ingin meneran
- b) Ibu merasakan adanya tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- c) Perineum tampak menonjol
- d) Vulva dan sfinger ani membuka

2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi, tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

Menyiapkan oksitosin 10unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

- 3) Pakai celemek plastik
- 4) Melepaskan dan menyimpan saemua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan sarung tangan DTT dan steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, dilkukan dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. Jika introitus vagina, perineum terkontaminasi tinja, bersihkan seksama dengan arah depan ke belakang. Buang kapas atau kasa pembersih dalam wadah yang tersedia. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomy
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian

lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam waktu 10 menit.

Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan

- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus untuk memastikan bahwa DJJ masih normal, batas normal DJJ yaitu (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penelian serta asuhan lainnya ke dalam partograph

- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik bantu ibu untuk posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya

- a) Tunggu hingga rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tindakan yang ada
- b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

- 12) Minta pada keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran, bila ada rasa ingin meneran dan pastikan ibu merasa nyaman

- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

1. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
2. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
3. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman

4. Anjurkan pada ibu untuk istirahat di antara kontraksi
5. Anjurkan keluarga memberi semangat dan dukungan pada ibu
6. Berikan asupan cairan per-oral (minum)
7. Menilai DJJ setiap kali kontraksi uterus selesai
8. Segera rujuk apabila bayi belum keluar setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60menit (1 jam) meneran (multigravida)
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan dala 60 menit
- 15) Letakan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 16) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
- 17) Buka partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat
- 18) Pakai sarung DTT pada kedua tangan
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diametr 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan pada ibu untk meneran perlahan atau bernapas secara dangkal
- 20) Periksa kemudian jika adanya lilitan tali pusat dan lakukan hal yang tepat jika itu terjadi, lanjutkan proses kelahiran bayi
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

- b) Jika tali pusat melelet leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi
- 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 lengan dan badan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai serta kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari0jari lainnya
- 25) Lakukan penilaian sepiantas
- a) Apakah bayi cukup bulan
 - b) Apakah bayi menangis kuat atau tidak dan apakah bayi bernafas tanpa kesulitan
 - c) Apakah bayi bergerak dengan semestinya
- 26) Keringkan bayi
- 27) Periksa Kembali uterus untuk memastikan tidak adanya lagi bayi dalam uterus atau sisah-sisah plasenta yang tertinggal
- 28) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar kontraksi uterus berjalan dengan baik
- 29) Dalam waktu 1 menit bayi baru lahi suntikan oksitosin 10 IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral

- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal dan jepit tali pusat Kembali pada 2 cm distal dari klem pertama
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril
 - c) Lepaskan klem dan masukan kedalam yang sudah disediakan
- 32) Letakan bayi tengkurap didada ibu agar ada kontak kulit antara ibu dan bayi
- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi symphysis untuk mendeteksi kontraksi
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso-krinial) dengan hati-hati
- 36) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-krinial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil bidan menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti posros jalan lahir
- a) Jika tali pusat bertambah Panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan keluarkan plasenta

- b) Jika plasenta tidak lepas dalam 15 menit beri dosis ulang, lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh, minta keluarga untuk melakukan rujukan, ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - c) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
- a) 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 bagian selaput yang tertinggal
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan Gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi. Lakukan tindakan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase
- 39) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan membilasnya dengan air DTT kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering
- 43) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kantong kemih kosong
- 44) Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah pengeluaran darah
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik 40-60 kali/menit
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisah cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian kering dan bersih
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dan apron yang dipakai dengan larutan klorin 0,5%
- 53) Celupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan dalam keadaan terbalik kemudian rendam selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih

- 55) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk penatalaksanaan bayi baru lahir
- 56) Dalam waktu 1 jam, beri antibiotika salep mata pencegahan, dan vitamin k1 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral. Setelah itu lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pantau setiap 5 menit untuk memastikan bayi bernafas dengan baik serta pemantauan suhu tubuh normal
- 57) Setelah pemberian vitamin k1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan, letakan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik didalam larutan klorin 0,5%
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk
- 60) Lengkapi partograph (halaman depan belakang). Periksa tanda vital dan asuhan kala IV

N. Partograf

1. Pengertian

Beberapa pengertian partograf adalah sebagai berikut:

- a) Partograph adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala persalinan dan informasi untuk membuat keputusan
- b) Partograph adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan

(Sarwono, 2013)

2. Tujuan

Tujuan dari penggunaan partograph adalah;

a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam

b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya pertus lama

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu. Kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Sarwono 2013). Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu membantu persalinan untuk:

1) Mencatat kemajuan persalinan

2) Mencatat kondisi ibu dan janinya

3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran

4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan

5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. (Sarwono,2013)

3. Penggunaan partograf

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan hal penting dalam asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan
- b) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat baik Puskesmas, BPM, Rumah Sakit dan lain-lain
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran

4. Pengisian partograf

Pengisian partograph meliputi:

- a) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik catatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama
- b) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograph mencantumkan bahwa observasi yang dimulai dari fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dalam

kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan

5. Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat yaitu:

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

b) Kondisi janin bagian alas grafik pada partograf adalah pencatatan untuk denyut jantung janin (DJJ), air ketuban, dan penyusupan (kepala janin)

c) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

U:Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J:Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M:Selaput ketuban sudah pecah sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K:Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi
(kering)

6. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupanya atau tumpeng tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan resiko disporposi kepala panggul (CPD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpeng tindih. Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan penyusupan kepala janin, catat temuan yang ada dikotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban.

7. Kemajuan persalinan

Kolom dan jalur kedua partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks

8. Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan

9. Kontraksi uterus

Dibawah jalur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan kontraksi per 10 menit, disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak

menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi

10. Obat-obatan dan cairan yang digunakan

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetes per menit

b) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

11. Halaman belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran. Serta sejak persalinan kala 1 hingga 1V (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. (Sarwono, 2013)

2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir dimana mengalami proses kelahiran, berusia yaitu berusia 0 - 28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015).

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. (Tando, Naomy Marie, 2016).

B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Sarwono (2005) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Sondakh, 2017) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut:

1. Berat badan 2.500-4.000 gram.
2. Panjang badan 48-52.
3. Lingkar dada 30-38.
4. . Lingkar kepala 33-35.
5. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.

6. Pernapasan $\pm 40-60$ kali/menit.
7. . Kulit kemerah-merahan dan lici karena jaringan subkutan cukup.
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
9. Kuku agak panjang dan lemas.
10. Genitalia: pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki- laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
11. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
12. Refleks Moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
13. Refleks grasped atau menggenggam sudah baik.
14. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan(Tando,2016).

C. Penilaian Apgar Skor

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan system penilaian Apgar. Dalam melakukan pertolongan persalinan merupakan kewajiban untuk melakukan: Pencatatan (Jam dan tanggal kelahiran, jenis kelamin, pemeriksaan tentang cacat bawaan). Identifikasi bayi baru lahir (Rawat gabung, identifikasi sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepaskan sampai penyerahan bayi). Pemeriksaan ulang setelah 24 jam pertama sangat penting dengan pertimbangan pemeriksaan saat lahir belum sempurna.

Tanda	Nilai		
	0	1	2
A: Appearance (color) Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Tubuh dan ekstremitas kemerahan
P: Pulse (heart rate) Denyut nadi	Tidak ada	<100x/mnt	>100x/mnt
G: Grimace (Reflek)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Menangis
A: Activity (Tonus otot)	Lumpuh	Fleksi lemah	Aktif
R: Respiration (Usaha nafas)	Tidak ada	Lemah merintih	Tangisan kuat
Penilaian : 7-10 : normal (vigorous baby) 4-6 : asfiksia sedang 0-3 : asfiksia berat			

Tabel 2.1
Apgar Skore

D. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir (Sondakh,2013)

1. Perubahan pada sistem pernapasan Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran.
2. Perubahan sistem Kardiovaskuler Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan ductus arteriosus tertutup.
3. Perubahan termoregulasi dan metabolik Sesaat sesudah lahir, bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25 °C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (*cold injury*).
4. Perubahan Sistem Neurologis Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan

suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

5. Perubahan Gastrointestinal Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100mL.
6. Perubahan Ginjal Sebagian besar bayi berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.
7. Perubahan Hati Dan selama periode neontaus, hati memproduksi zat yang essensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen itu sendiri berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

E. Penanganan Bayi Baru Lahir

WHO tahun 2015 mengenai Penanganan Bayi Baru Lahir:

1. Segera setelah lahir, semua tubuh bayi harus dikeringkan secara keseluruhan dan menilai respirasi bayi. Tali pusat harus dijepit dan dipotong setelah 1-3 menit, kecuali bayi yang perlu resusitasi
2. Selama satu jam pertama setelah lahir, bayi dilakukan kontak kulit dengan ibu nya yang bertujuan untuk kehangatan dan inisiasi menyusui dini (IMD)

3. Pemeriksaan klinis secara menyeluruh mulai dari berat badan, tanda-tanda bahaya, tali pusat dan perawatan pencegahan lainnya yang harus dilakukan sekitar 1 jam setelah lahir, Ketika bayi telah melakukan IMD, perawatan meliputi pemberian vitamin K profilaksis dan vaksinasi hepatitis B segera mungkin setelah lahir (dalam waktu 24 jam)
4. Ketika bidan melakukan kunjungan ulang bayi baru lahir di rumah perawatan tambahan harus dilakukan. Perawatan tersebut meliputi resusitasi bayi baru lahir yang tidak bernafas spontan pemeriksaan klinis ini dilakukan di waktu yang tepat (WHO, 2015)

F. Pemantauan Bayi Baru Lahir

Tujuan pemantauan pada bayi baru lahir adalah untuk mengetahui keadaan bayi normal atau tidak. Pemantauan bayi baru lahir meliputi:

1. Dua jam pertama setelah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir yaitu:

- a) Kemampuan menghisap lemah atau kuat
 - b) Bayi tampak aktif dan lunglai
 - c) Bayi kemerahan atau biru
2. Sebelum penolong persalinan pergi meninggalkan bayi dan ibunya, penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindakan lanjut, meliputi:

- a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- b) Gangguan pernapasan
- c) Hipotermi
- d) Infeksi
- e) Cacat bawaan dan trauma lahir

Yang perlu dipantau pada bayi baru lahir

- a) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling
- b) Keaktifan
- c) Simetri
- d) Kepala
- e) Muka
- f) Mata
- g) Mulut
- h) Leher, dada, dan abdomen
- i) Punggung
- j) Bahu, sendi, tungkai, tangan
- k) Kuku dan kulit
- l) Kelancaran menghisap
- m) Tinja dan kemih
- n) Refleks
- o) Berat badan

G. Pemantuan TTV BBL

1. Pernafasan dengan cara yaitu:

- a) Hitung dengan melihat Gerakan abdomen per menit
- b) Hitung selama satu menit penuh
- c) Untuk BBL stabil, diukur setiap 3-4 jam
- d) Untuk BBL tidak stabil hitung setiap jam
- e) Frekuensi normal: 40-60 kali per menit
- f) Perhatikan apakah ada tarikan dengan dada, Gerakan cuping hidung, kedalaman nafas
- g) Bagaimana bunyi nafas

Penilaian pernafasan menjadi evaluasi keberhasilan transisi bayi dan penilaian pernafasan termasuk parameter berikut:

- a) Warna kulit: merah muda, kebiruan, pucat, gelap, berbintik kuning
- b) Pernafasan: ringan, ngorok, cuping hidung kembang kempis, retraksi
- c) Suara nafas: jauh, dangkal, wheezing, melemah, seimbang atau tidak
- d) Sekresi: jumlah, warna, konsistensi

2. Denyut jantung

Diukur dengan cara auskultasi atau 2 jari diatas jantung bayi selama satu menit penuh, pada BBL stabil dihitung 3-4 jam, sedangkan BBL tidak stabil dihitung setiap jam

3. Suhu tubuh

Dilakukan melalui aksila, selama satu menit dengan suhu normal 36,5-37 derajat celcius

4. Tekanan darah

Diukur sesuai kondisi bayi bisa dikaki ataupun pada tangan bayi, tekanan darah normal bayi 60-89/40-50 mmHg

H. Penilaian Bayi Untuk Tanda Kegawatdaruratan

Semua bayi baru lahir dinilai adanya tanda-tanda kegawatdaruratan atau kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila ada satu atau tanda-tanda berikut ini:

1. Sesak nafas
2. Frekuensi pernafasan 60 kali permenit
3. Gerak retraksi dada
4. Malas minum
5. Panas atau suhu badan bayi rendah
6. Kurang aktif
7. Berat badan lahir rendah (1500-2500 gram)

Tanda-tanda bayi sakit berat apabila terdapat:

- a) Sulit minum
- b) Sianosis sentral (lidah biru)
- c) Perut kembung
- d) Periode apneu
- e) Kejang-kejang

- f) Merintih
- g) Perdarahan
- h) Sangat kuning

(Sulistyawati, 2010)

I. Tanda Bayi Baru Lahir

Tanda bayi baru lahir, menurut (Sulistyawati, 2010) yaitu:

1. Pernafasan >60x/menit
2. Kehangatan >37,5
3. Warna kuning (24 jam 1), biru, pucat, atau memar
4. Pemberian makanan, menghisap, mengantuk dan muntah
5. Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/nanah, bau busuk dan berdarah
6. Infeksi ditandai dengan: suhu tinggi, merah, bengkak,
7. Adanya tinja/kemih dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, hijau tua, ada lendir ada darah pada tinja
8. Menggil, menangis, kejang halus, lemas, dan mengantuk

J. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Makan dan minum

Menurut (Marmi, 2012) berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara penuh) atau berikan ASI sesuai dengan kebutuhan bayi setiap 2-3 jam. Seorang bayi bisa menyusui 12-15 kali dalam 24 jam. Pada periode 0-6 bulan kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas hanya dari ASI

2. Eliminasi

a) Buang air besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan berbentuk tera tau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan (Umi,2015)

b) Buang air kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10 x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih dan nyaman maka setiap setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi baru memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tersebut tidak keluar selama 12-24 jam. Jika urine pucat, kondisi inimenunjukn masukan cairan yang cukup

c) Keamanan

Menurut (Dewi, 2013) hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya jangan sampai sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu ataupun mengawasinya. Selain itu juga harus menghindari untuk memberikan apapun kedalam mulut bayi selain ASI (Umi, 2016)

K. Penyuluhan Sebelum BBL Pulang

1. Mengajarkan cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan imunisasi

2. Dalam 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, polio dan hepatitis B
3. Jelaskan tanda-tanda bahaya bayi baru lahir pada orang tua dan anjurkan ibu untuk petugas kesehatan bila menemui tanda bahaya pada bayi baru lahir
4. Menganjurkan pada ibu untuk memberikan ASI Eksklusif
5. Beritahu ibu untuk kontrol ulang untuk mengetahui tumbuh kembang bayinya

L. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada bayi baru lahir menurut Kemenkes RI, 2015 adalah pelayanan Kesehatan dengan standar yang telah diberikan oleh tenaga Kesehatan pada neonatus setidaknya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari, baik di fasilitas Kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Frekuensi jadwal pelayanan Kesehatan neonatus adalah:

1. Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan kurun waktu 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit, dan Gerakan aktif atau tidak, ditimbang, diukur Panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, hepatitis B, perawatan tali pusat, pencegahan kehilangan panas bayi.
2. Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan

fisik, penampilan dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi personal hygiene, pola istirahat, keamanan, tanda-tanda bahaya yang terjadi.

3. Kunjungan neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah bayi dilahirkan, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan, dan nutrisinya.

M. Standard Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

1. Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
2. Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.
3. Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan,

selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

4. Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- a) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuscular)
- b) Melakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu
- c) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril)

- d) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- e) Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5% f. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini
- f) Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam
- g) Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.
- h) Memberikan suntikan Vitamin K1. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan.

Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vitamin K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muscular pada anterolateral paha kiri.

Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis

- i) Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.
- j) Menberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuscular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari
- k) Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran.
- l) Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki). Diantaranya :
 - 1) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma.
 - 2) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, dan tanda-tanda infeksi c. Hidung dan

mulut:pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalatoskisis dan reflex isap

3) Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun telinga dan bentuk telinga

4) Leher: perumahan terhadap serumen atau simetris

5) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan dan ada tidaknya retraksi

6) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor)

7) Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.

8) Alat kelamin: untuk laki-laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labia mayora menutupi labio minora.

9) Anus: tidak terdapat atresia ani

10) Ekstremitas: tidak terdapat polidaktili dan syndaktili.(Sondakh,2017)

2.1.4 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu puer artinya bayi dan parous artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Saleha, 2013).

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah, dkk, 2013)

B. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Nurjanah, dkk, 2013). Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu puerperium dini (immediate puerperium), puerperium intermedial (early puerperium) dan remote puerperium (later puerperium). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

1. Puerperium dini (immediate puerperium), yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam Postpartum). Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. puerperium intermedial (early puerperium), suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
3. remote puerperium (later puerperium), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

C. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Perubahan Fisiologis pada masa nifas: (Walyani, 2015).

1. Sistem Kardiovaskular

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

2. Sistem Reproduksi

a) Uterus Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil yaitu:

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000gr.

- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750gr
- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500gr
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat urterus 350gr
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50gr

b). Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea. Perubahan Lochea berdasarkan waktu dan warna lochea waktu/warna yaitu:

- 1) Rubra (kruenta) 1-3 hari postpartum warna merah. Ciri-ciri berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan meconium dan sisa darah
- 2) Sanguinolenta 3-5 hari postpartum berwarna merah berisi darah dan lendir kekuningan karena pengaruh plasma darah
- 3) Serosa 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokea ini terdiri dari serum, leukosit dan robekan laseransi plasenta

- 4) Lokea alba hari ke 10 warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukoset, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati

b) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil (Rukiyah, 2011).

c) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. (Walyani, 2015).

m) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang lobus posterior *pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak (Saleha, 2013).

3. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan

adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomi (Bahiyatun, 2016).

4. Perubahan Tanda-tanda Vital

Perubahan Tanda-tanda Vital terdiri dari beberapa, yaitu: (Nurjanah, 2013).

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, tractus genetalis atau system lain

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

- d) Pernapasan Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

5. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum (Bahiyatun, 2016).

D. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Menurut Astuti, 2014. Gangguan psikologis masa nifas terbagi atas 3 yakni

1. Postpartum Blues (Syndrom Baby Blues)

Postpartum blues (baby blues) merupakan kemurungan setelah melahirkan yang muncul Ketika hari kedua sampai dua minggu masa nifas. Penyebab nya yaitu: perubahan hormone, stress, ASI tidak keluar, frustasi dikarenakan bayi menangis dan tidak mau tidur. Adapun gejala postpartum blues yang sering muncul diantaranya , lemas tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya diri, sensitive, mudah tersinggung, merasa kurang menyayangi bayinya.

2. Postpartum Sindrom

Jika gejala postpartum blues dibiarkan terus dan bertahan lebih dari dua minggu, maka kondisi ini bisa meanimbulkan postpartum sindrom. Gejala postpartum sindrom yaitu:

- a) Cemas tanpa sebab
- b) Menangis tanpa sebab
- c) Tidak sabar
- d) Tidak percaya diri
- e) Sensitive
- f) Mudah tersinggung
- g) Merasa kesepian
- h) Merasa khawatir dengan keadaan bayinya
- i) Merasa kurang menyayangi bayinya

3. Depresi postpartum

Perubahan peran menjadi seorang ibu seringkali membuat Sebagian ibu merasa kesedihan, kebebasan intraksi social dan kemandirianya berkurang. Gejala depresi postpartum diantaranya:

- a) Sulit tidur walaupun bayinya sudah tidur
- b) Nafsu makan menghilang
- c) Perasaan tidak berdaya untuk kehilangan control

4. Postpartum psikosis

Jika depresi postpartum dibiarkan berkepanjangan dan tidak segera ditangani, maka dikhawatirkan dapat menyebabkan postpartum psikosis. Postpartum psikosis dapat disebabkan karena wanita menderita bipolar atau masalah psikiater. Gejala postpartum psikosis bervariasi dan berbeda antara individu yang satu dengan yang lain. Gejala tersebut muncul secara dramatis dan sangat dini serta dapat berubah secara cepat yang meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak normal, dan gangguan agitas, ketakutan dan kebingungan karena ibu nifas kehilangan kontak dengan realitas secara cepat. Gejala yang timbul sangat tiba-tiba dan mayoritas terjadi sebelum 16 hari nifas.

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksunya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu: (Bahiyatun, 2016).

1. Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut: (Nurjanah, 2013)

a) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

b) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi) Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

c) Masa *Letting Go* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan Nakes)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu

mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

E. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Nutrisi Dan Cairan Pada

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet.

Dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumpal kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila si ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.

Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk mendukung aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak,

tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsure-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.

a) Sumber Tenaga (Energi)

Sumber tenaga yang diperlukan untuk membakar tubuh dan pembentukan jaringan baru. Zat nutrisi yang termasuk sumber energy adalah karbohidrat dan lemak. Karbohidrat berasal dari padi-padian, kentang, umbi, jagung, sagu, tepung roti, mie, dan lain-lain. Lemak bias diambil dari hewani dan nabati. Lemak hewani yaitu mentega dan keju. Lemak nabati berasal dari minyak kelapa sawit, minyak sayur dan margarine

b) Sumber Pembangun (Protein)

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan protein nabati. Protein hewani antara lain telur, daging, ikan, udang kering, susu dan keju. Sedangkan protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain.

c) Sumber pengatur dan pelindung (mineral, air dan vitamin)

Mineral, air dan vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme di dalam tubuh. Sumber zat pengatur bias diperoleh dari semua jenis

sayur dan buah-buahan segar. Beberapa mineral yang penting, antara lain:

- 1) Zat kapur untuk membentuk tulang. Sumbernya berasal dari susu, keju, kacang-kacangan dan sayur-sayuran berdaun hijau.
- 2) Fosfor untuk pembentukan tulang dan gigi. Sumbernya berasal dari susu, keju dan daging.
- Zat besi untuk menambah sel darah merah. Sumbernya berasal dari kuning telur, hati, daging, kerang, kacang-kacangan dan sayuran.
- 3) Yodium untuk mencegah timbulnya kelemahan mental. Sumbernya berasal dari ikan, ikan laut dan garam beryodium.
- 4) Kalsium merupakan salah satu bahan mineral ASI dan juga untuk pertumbuhan gigi anak. Sumbernya berasal dari susu, keju dan lain-lain.
- 5) Kebutuhan akan vitamin pada masa menyusui meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

Untuk kebutuhan cairannya, ibu menyusui harus meminum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk ibu minum setiap kali menyusui). Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang

akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsure- unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan. Anjurkan makanan dengan menu seimbang, bergizi untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, memperoleh tambahan 500 kalori setiap hari, berguna untuk produksi ASI dan mengembalikan tenaga setelah persalinan. Tidak mengonsumsi makanan yang mengandung alkohol. Minum air mineral 2liter setiap hari. Tablet zat besi diminum minimal 40 hari pasca persalinan.

2. Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Yang dimaksud dengan ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak , agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalian normal. Ini berguna untuk

mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau 5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi diatas mempunyai variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka

3. Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pascapersalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring kekiri atau kekanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah. Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

4. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa nyeri. Banyak budaya melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan itu bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

5. Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya lakukan pelatihan masa nifas dilakukan sedini mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit post partum. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan diskusi terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk Kembali normal. Dengan kembalinya kekuatan perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas. (Sulistyawati, 2013).

F. Kunjungan Masa Nifas

Menurut (Walyani, 2014) kunjungan masa nifas terbagi dari:

1. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan) : mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri* pemberian ASI

awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermia*, jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

2. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan): memastikan *involusio* uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan *abnormal*, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan): disesuaikan berdasarkan perubahan fisik, fisiologis, dan psikologis yang diharapkan dalam dua minggu *pasca partum*. Perhatian khusus harus diberikan pada seberapa baik wanita mengatasi perubahan ini dan tanggung jawabnya yang baru sebagai orang tua. Pada saat ini juga adalah kesempatan terbaik untuk meninjau pilihan kontrasepsi yang ada. Banyak pasangan memilih memulai hubungan seksual segera setelah *lokhia* ibu menghilang.
4. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan): menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami, memberikan

konseling untuk keluarga berencana secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi. Meskipun *puerperium* berakhir sekitar enam minggu, yang menunjukkan lamanya waktu yang digunakan saluran reproduksi wanita untuk kembali ke kondisi pada saat tidak hamil.

G. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Infeksi Masa Nifas

Infeksi masa nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas (Mochtar, 2012).

2. Subinvolusi Uteri

Segera setelah persalinan, berat Rahim sekitar 1000gram dan selanjutnya mengalami masa protolitik, sehingga otot Rahim menjadi kecil ke bentuknya semula (Manuaba, 2013). Pada palpasi uterus teraba masih besar, fundus masih tinggi, lochea banyak, dapat berbau dan terjadi perdarahan (Mochtar, 2012).

3. Mastitis

Mastitis adalah suatu peradangan payudara disebabkan oleh kuman, terutama *staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu, atau melalui peredaran darah. Keluhan yang muncul payudara membesar, keras, nyeri, kulit memerah, dan membisul atau abses, dan akhirnya pecah dengan borok serta keluarnya nanah bercampur air susu. Dapat disertai suhu badan naik badan menggigil (Mochtar, 2012).

4. Galaktokel

Galaktokel yaitu air susu membeku dan terkumpul pada suatu bagian payudara menyerupai tumor kistik. Terjadi karena sumbatan air susu (Muchtar, 2012).

H. Cara Menyusui

Cara menyusui yang baik dan benar membantu segera untuk menyusui bayinya setelah lahir sangat penting. Semakin sering bayi menghisap puting susu ibu, maka pengeluaran ASI juga semakin lancar. Hal ini disebabkan, isapan bayi akan memberikan rangsangan pada hipofisis untuk segera mengeluarkan hormone oksitosin yang bekerja merangsang otot polos untuk memeras ASI. Pemberian ASI tidak lepas dengan tehnik dan posisi ibu dalam menyusui.

Posisi menyusui dapat dilakukan yaitu dengan:

1. Posisi berbaring miring

Posisi ini baik dilakukan pada saat pertama kali atau ibu dalam keadaan lelah atau nyeri.

2. Posisi duduk

Pada saat pemberian ASI dengan posisi duduk dimaksudkan untuk memberikan topangan/sandaran pada punggung ibu dalam posisi tegak lurus (90^0) terhadap pangkuanya. Posisi ini dapat dilakukan dengan bersila diatas tempat tidur atau lantai, ataupun duduk dikursi

3. Tidur terlentang

Seperti halnya ada saat dilakukan inisiasi menyusui dini, maka posisi ini juga dapat dilakukan oleh ibu. Posisi bayi berada diatas dada ibu diantara payudara

Tanda-tanda bayi bahwa telah berada pada posisi yang baik dan benar pada payudara antara lain:

- a) Seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu
- b) Mulut dan dagu bayi berdekatan dengan payudara
- c) Areola tidak akan tampak jelas
- d) Bayi akan melakukan hisapan lamban dan dalam, serta menelan ASInya
- e) Bayi terlihat senang dan tenang
- f) Ibu tidak akan merasa nyeri pada daerah payudara

Teknik menyusui:

Seorang ibu dengan bayi pertamanya mungkin akan mengalami berbagai masalah dalam menyusui, hanya karena tidak mengetahui cara yang sederhana, seperti misalnya dengan cara menaruh bayi pada payudara ketika menyusui, isapan bayi yang mengakibatkan putting susu terasa nyeri, dan masih banyak lagi masalah yang lain. Terlebih pada minggu pertama setelah persalinan seorang lebih peka dalam emosi. Untuk itu seorang ibu butuh seseorang yang tepat dalam membimbingnya merawat bayi termasuk dalam menyusui. Orang yang dapat membantunya terutama adalah orang yang berpengaruh besar

dalam kehidupannya atau yang disegani, seperti suami, keluarga/kerabat terdekat, atau kelompok ibu-ibu pendukung ASI dan dokter/bidan.

Seorang dokter atau tenaga Kesehatan yang berkecimpungan dalam bidang laktasi, seharusnya mengetahui bahwa walaupun menyusui itu merupakan suatu yang alamiah, namun untuk mencapai suatu keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-teknik menyusui yang baik dan benar. Sehingga pada suatu saat nanti dapat disampaikan pada ibu yang membutuhkan bimbingan laktasi.

Lama Dan Frekuensi Menyusui:

Sebaiknya menyusui bayi tanpa dijadwal (on demand), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing dan sebagainya) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam.

Pada awalnya bayi akan menyusu dengan jadwal yang tidak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian, menyusui yang dijadwalkan akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan dan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui ASI tanpa jadwal, sesuai kebutuhan bayi, akan mencegah masalah yang mungkin timbul. Menyusui di malam hari akan sangat berguna bagi ibu yang bekerja, karena dengan

disusukan pada malam hari akan memicu produk ASI, dan juga mendukung keberhasilan menunda kehamilan.

Untuk menjaga keseimbangan besarnya kedua payudara, maka sebaiknya setiap kali menyusui harus digunakan keduanya dan diusahakan sampai payudara terasa kosong, agar produksi ASI tetap baik. Setiap menyusui dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan. Selama masa menyusui, sebaiknya ibu menggunakan kutang (BH) yang dapat menyangga payudara, tetapi tidak terlalu ketat.

Tabel. 2.
Jenis-Jenis ASI

Jenis-Jenis ASI	Ciri-Ciri
Kolostrum	Cairan pertama yang dilakukan oleh kelenjar payudara pada hari 1-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa
ASI Transisi	Keluar pada hari 3-8 jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak hidrat yang tinggi
ASI Mature	ASI yang keluar hari ke 8-11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan.

Sumber: Kemenkes RI, 2015

I. Perawatan Payudara

1. Pengertian Perawatan:

Perawatan adalah suatu Tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk memperlancarkan pengeluaran ASI.

2. Tujuan:

- a) Memelihara kebersihan payudara
- b) Melenturkan payudara
- c) Melancarkan produksi ASI

3. Waktu pelaksanaan:

Dilakukan dua kali sehari pada waktu mandi pagi dan sore hari. Syarat-syarat untuk mendapatkan hasil yang diharapkan yaitu:

- a) Dilakukan secara teratur dan sistematis
- b) Makanan dan minuman ibu harus seimbang dan sesuai dengan Kesehatan ibu
- c) Bra yang digunakan harus bersih dan menyokong payudara

4. Alat-alat yang digunakan:

- a) Minyak kelapa atau baby oil
- b) Handuk bersih dua buah
- c) Baskom dua buah satu untuk air hangat dan satunya untuk air dingin
- d) Kapas
- e) Bengkok

f) Waslap dua buah

5. Teknik perawatan payudara

a) Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama ± 5 menit, kemudian putting susu dibersihkan

b) Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara

c) Pemijatan dilakukan kerah atas, kesamping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan. Pemijatan diteruskan kearah bawah, selanjutnya melintang, telapak tangan mengurut kedepan kemudian dilepaskan dari payudara, gunakan diulangi selama 30 kali

d) Telapak tangan kiri memopang payudara kiri dan jari-jari tangan sisi kelilingking mengurut payudara kearah putting susu, Gerakan diulang sebanyak 30kali

e) Telapak tangan kiri menopang payudara, tangan kanan menggenggam dan mengurut payudara dari pangkal menuju keputing susu, Gerakan diulang sebanyak 30 kali untuk setiap payudara

f) Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin secara bergantian selama ± 5 menit, kemudian gunakan BH yang bersih untuk menyokong payudara

Tujuan dari perawatan payudara adalah untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah terjadi tersumbatnya saluran susu, sehingga pengeluaran ASI lancar. Perawatan payudara dilakukan

sedini mungkin, bahkan tidak menutup kemungkinan perawatan payudara sebelum hamil sudah mulai dilakukan . sebelum menyentuh puting susu pastikan tangan sudah bersih.

J. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

1. Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu diantara persalinan dan masa pasca persalinan. Faktor predisposisi anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah antonia uteri serta retensio plasenta, yang lain adalah laserasi serviks atau vagina, rupture uteri dan inversion uteri.
2. Infeksi nifas seperti sepsis, dengan demam salah satu gejala atau tanda yang paling mudah dikenali. Faktor predisposisi yaitu persalinan macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam terlalu sering, pemantauan janin intravaginal, dan bedah sesar penyebab infeksi adalah kuman salah satunya *streptococcus pyogenes*.
3. Eklamsia, ibu dengan persalinan yang diikuti oleh eklamsia atau preeklampsia berat, harus dirawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat.
4. Komplikasi pasca persalinan lain adalah infeksi saluran kemih, retensio urine.
5. Masalah psikologis, dapat dihindari dengan adanya dukungan keluarga serta dukungan pelaksanaan pelayanan Kesehatan selama, kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (Prawihardjo, 2014).

K. Asuhan Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksananya asuhan segera atau rutin pada ibu postpartum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.

Tabel 2.3
Jadwal Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1.	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

		4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2.	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda- tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada

		Ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
3.	6 minggu setelah persalinan	1. Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan) 2. Menanyakan pada ibu tentang penyulit- penyulit-penyulit yang ia alami atau bayinya 3. Membrikan konseling KB secara dini. 4. Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi

Sumber: (Saleha, 2013).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana Keluarga

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Anggraini, dkk, 2015). Keluarga berencana adalah

tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk mencegah kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan (Pinem, dkk, 2013). Menurut WHO Expert Commite keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk (Pinem, 2015):

1. Mendapatkan objek-objek tertentu.
2. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
3. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan.
4. Mengatur interval di antara kelahiran.
5. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri.
6. Menentukan jumlah anak dalam keluarga.

B. Fisiologi Keluarga Berencana

Pelayanan kontrasepsi mempunyai 2 tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB. Tujuan khusus yaitu penurunan angka kelahiran yang bermakna. Untuk mencapai tujuan tersebut, pelayanan KB digolongkan ke dalam 3 fase yaitu fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan, fase menghentikan kehamilan (Pinem, 2013).

C. Sasaran Program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran

tidak langsung, tergantung tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15- 49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. Sedangkan Sasaran tidak langsung adalah kelompok usia remaja 15- 19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung tetapi merupakan kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berfungsinya alat- alat reproduksinya (Suratun, dkk., 2013).

D. Macam- Macam Metode Kontrasepsi

Berikut metode kontrasepsi antara lain:

1. Metode Kontrasepsi Non Hormonal

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan air susu (ASI) secara eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan ataupun minuman tambahan hingga usia 6 bulan. Cara kerjanya yaitu penundaan atau penekanan ovulasi (Affandi, 2012). Ibu yang dapat menggunakan MAL yaitu:

- 1) Ibu menyusui secara penuh
- 2) Ibu yang belum haid sejak pasca persalinan
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

- 4) Harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi

Ibu yang tidak dapat menggunakan MAL yaitu:

- 1) Sudah mendapatkan haid setelah melahirkan
- 2) Tidak menyusui bayinya secara efektif
- 3) Usia bayi sudah lebih 6 bulan
- 4) Bekerja berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI secara teratur

Cara kerja alat kontrasepsi MAL adalah untuk menunda kehamilan. Pada saat menyusui, hormone yang berperan adalah prolactin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolactin meningkat dan hormone gonadotropin melepas hormone penghambat (Dewi,2012).

Keuntungan alat kontrasepsi MAL:

- 1) Untuk ibu dapat mengurangi resiko perdarahan, menurunkan resiko terhadap kanker ovarium dan kanker payudara dan meningkatkan Kesehatan ibu (Yanti, 2014)
- 2) Untuk bayi mendapatkan kekebalan pasif (anti body lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal terhindar dari kontaminasi dari air susu lain atau formula (Saifudin, 2014).

b) Kondom



Gambar 2.5
Kondom
Sumber: Maryuni 2016

1) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis pada saat hubungan seksual (Saifudin. 2014)

2) Tipe kondom

- a. Kondom biasa
- b. Kondum berkontur (bergigi)
- c. Kondom beraroma
- d. Kondom tidak beraroma

(Saifudin, 2014)

3). Cara kerja kondom

Mencegah spermatozoa bertemu dengan ovum/sel telur pada waktu senggama karena sperma tertampung dalam kondom (Maryunani, 2016).

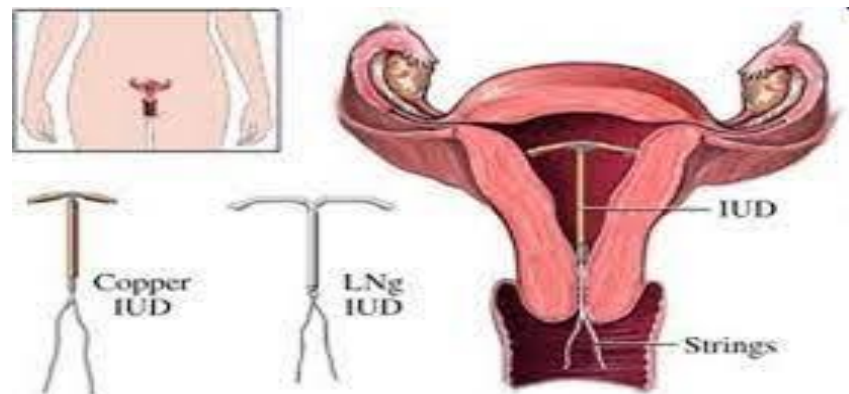
4). Keuntungan

Murah, mudah didapat, mudah dipakai sendiri, dapat mencegah penyakit kelamin, efek samping hamper tidak ada (Maeyunani, 2016). Efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu kesehata klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, tidak perlu resep dokter (Sayfudin, 2014).

5). Kerugian

Efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin dapat menimbulkan masalah dalam hal limbah (Syaifudin, 2014). Mengganggu kenyamanan bersenggama, harus selalu ada persedian dapat sobek bila tergesa-gesa efek lecet karena kurang licin (Maryunani, 2016).

2. Alat Koontrasepsi Dalam Rahim



Gambar. 2. 6
Kontrasepsi AKDR
Sumber Maryunani, 2016

a) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/*Intra Uterine Device* (IUD) adalah alat kontrasepsi modern yang telah direncanakan sedemikian rupa, yang diletakan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi menghalangi fertilasi dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2013).

b) Profil

- 1) Sangat efektif dan berjangka Panjang dapat sampai 10 tahun;
CuT380A
- 2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- 3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
- 4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia produktif
- 5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS).

c) Macam-macam jenis IUD

Jenis-jenis IUD yang dipakai di Indonesia diantaranya:

1) Cooper- T



Gambar. 2.7

Cooper-T

Sumber: Imbarwati, 2013

Jenis IUD cooper-T berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat (Imbarwati, 2013).

2). Multi Load



Gambar 2.8

Multi Load

Sumber: Imbarwati, 2013

Jenis IUD ini terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat dengan luas permukaan 250 mm² atau 375, mm² untuk menambah efektifitas. Ada 3 jenis ukuran yaitu: standar, small, dan mini.

4). Lippes Loop



Gambar 2. 9

Lippes Loop

Sumber: imbarwati, 2013

IUD ini terbuat dari polythelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan control, dipasang benang pada ekornya Lippes Loop terdiri dari 4 jenis

d) Cara Kerja AKDR

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi
- 2) Mempengaruhi fertilasi sebelum ovum
- 3) Mencapai kavum uteri
- 4) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi

- 5) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus
(Safudin, 2014).

e) Efektifan AKDR

Keefektifan IUD adalah sangat efektif yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama penggunaan (Sujiyantini, 2014).

f) Keuntungan AKDR

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektifitas tinggi
- 2) Metode jangka Panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu ganti).
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) Meningkatkan kenyamanan hamil karena tidak takut untuk hamil
- 6) Tidak ada efek samping hormonal
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan
- 9) Dapat digunakan sampai menopause
- 10) Tidak ada intraksi dengan Obat-obatan
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik

g) Kerugian AKDR

- 1) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- 2) Tidak baik digunakan untuk perempuan IMS atau perempuan

yang sering berganti pasangan

3) Penyakit radang panggul

(Saifudin, 2014).

3. Kontrasepsi Mantap

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

a) Vasektomi

1) Profile

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2010).

2) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilasi tidak terjadi (Saifudin, 2014).

3) Manfaat Vasektomi sangat efektif, permanen tidak mengganggu hubungan seksual dan tidak ada efek samping dalam jangka waktu Panjang

4) Syarat melakukan vasektomi yaitu: syarat sukarela keinginan diri sendiri bukan paksaan orang lain, syarat Bahagia dari perkawinan yang harmonis dan sah, dan sehat usia <50 tahun

(Handayani, 2013)

4. Tubektomi

a) Pengertian dan Jenis

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

Jenis tubektomi ada dua yaitu: Minilaporotomi dan Laporoskopi

b) Cara kerja: dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat atau memotong dan memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum

c) Waktu dilakukan yaitu hari ke 6-13 hari menstruasi, pasca keguguran,

d) Keuntungan menurut BKKBN (2012) keuntungan MOW sangat banyak, antara lain: tidak ada efek samping dan perubahan fungsi dalam fungsi Hasrat seksual, dapat dilakukan pada perempuan diatas 26 tahun, tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI), pelindung terhadap kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, dan tidak mengganggu kehidupan suami istri (Seto dkk, 2011).

e) Efektifitas MOW merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat efektif dengan angka kegagalan 1-5 per 100 kasus, yang berarti

keefektifitasan 99,4 – 99,8% wanita pertahun dan satu-satunya kontrasepsi wanita yang permanen (Rosita, 2013).

5. Metode Kontrasepsi Hormonal



Gambar 2.10

Suntikan Kombinasi

Sumber: [www,. momiesdaily.com](http://www.momiesdaily.com)

a) Suntikan Kombinasi

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal yang diberikan dengan cara disuntikan secara intramuskuler dan bersifat sementara (Andriati, 2014). Jenis suntikan Kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan melalui injeksi IM. Sebulan sekali (Cyclofem), DAN 50 MG Noretindorn Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM. Sebulan sekali

b) Cara kerja

- 1) Meneka ovulasi
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental

3) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu

4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

c) Keuntungan

1) Sangat efektif

2) Pencegahan kehamilan jangka Panjang

3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

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

5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

6) Sdikit efek samping

7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai pre menopause

9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

d) Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan Progesteron

1) Usia reproduksi

2) Nullipara dan sudah memiliki anak

3) Menghendaki kontrasepsi jangka Panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi

4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

5) Setelah abortus atau keguguran

- 6) Telah banyak anak
 - 7) Perokok
 - 8) Tekana darah <180/110 mmHg
 - e) Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi
 - 1) Hamil atau diduga hamil
 - 2) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
 - 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - 4) Penyakit hati akut
 - 5) Usia >35 tahun yang merokok
 - 6) Riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah yang tinggi
 - 7) Riwayat kelain tromboemboli
 - 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain
 - 9) Keganasan pada payudara
- (Saiyudin, 2014).

6. Implant



Gambar 2.11

Implant

Sumber: Aufaajah.wordpress.com

a) Pengertian

Implant adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan dibawah kulit lengan atas sebelah dalam, berbentuk kapsul silastik (lentur), panjangnya sedikit lebih pendek dari korek api (Handayani, 2013).

b) Jenis-jenis Implant

1) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya tahun.

2) Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan Panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 ketodesogestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

3) Jadena dan Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

c) Mekanisme kerja

Lendir serviks lebih kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi tranformasi sperma, dan menekan ovulasi (Dewi, 2012).

d) Indikasi

Usia reproduksi, mengehndaki kontrasepsi jangka Panjang, ibu

menyusui, pasca keguguran atau abortus, tidak menginginkan anak lagi tapi tidak mau menggunakan alat kontrasepsi mantap, wanita dengan kontraksi hormone estrogen, sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari,2015).

e) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum pasti penyebabnya, kanker payudara atau Riwayat kanker payudara, tidak menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus dan kanker payudara, gangguan toleransi glukosa (Dewi, 2013).

f) Efek samping

Amenore, perdarahan bercak/spooting ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, berat badan naik/turun (Dewi, 2013)



2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

A. Data Subjektif

Langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Berhubungan dengan sudut pandang dari pasien. (Walyani,2016)

1. Biodata

a) Nama

Nama ibu dan suami digunakan untuk mengenal, memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan.(Manuaba,2013)

b) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia di bawah 16 tahun dan di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang beresiko tinggi untuk hamil. Umur yang baik untuk kehamilan adalah 19-25 tahun.(Manuaba,2013)

c) Agama

Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan. (Manuaba,2013)

d) Pendidikan

Untuk memberi bimbingan sesuai dengan tingkat pendidikannya. (Manuaba,2013)

e) Pekerjaan

Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan dan lain-lain (Manuaba,2013)

f) Alamat

Untuk mempermudah komunikasi kunjungan rumah.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah alasan kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini di sebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang di ungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut di keluhan oleh klien(Manuaba,2013)

3. Riwayat Kesehatan

Dari data riwayat ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi/hipotensi, dan hepatitis (Romauli, 2014)

4. Riwayat Kesehatan keluarga

Menurut Manurung (2012) Data ini meliputi: penyakit keluarga, yang

bersifat penyakit keturunan (asma, diabetes mellitus, haemophili, keturunan kembar) dan penyakit kronis. Dengan mengidentifikasi adanya penyakit kesehatan keluarga yang bersifat genetic dapat mengetahui adanya penyakit yang mempengaruhi kehamilan secara langsung ataupun tak langsung. Penyakit tersebut dapat muncul suatu saat yang memperberat kondisi kehamilan saat ini.

5. Riwayat Haid

a) Menarche

Usia wanita pertama haid bervariasi, antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh kekurangan asupan gizi serta lingkungan, iklim dan keadaan umum (Manuaba, 2013).

b) Pola Menstruasi

Siklus menstruasi berlangsung 28 hari, sehingga disebut yang teratur jika mundur 2 hari setiap bulannya. Menstruasi teratur sangat penting bagi perhitungan masa subur. Siklus menstruasi yang teratur dapat menunjukkan bahwa faal ovarium cukup baik (Manuaba, 2013). Siklus yang normal biasanya 21-35 hari siklus yang tidak teratur merupakan masalah bagi seorang wanita.

c) Lama dan Banyaknya Menstruasi

Lama menstruasi ideal terjadi selama 4-7 hari. Perdarahan kurang jika perdarahan sekitar 2-3 hari dengan pemakaian pembalut < 1-2 buah sehari. Perdarahan banyak jika menstruasi di atas 7 hari, apalagi disertai gumpalan darah dengan pemakaian pembalut lebih

dari 3 buah/hari sampai penuh (Manuaba, 2013).

d) Keluhan

Rasa nyeri saat haid (disminorea) sehingga dapat mengganggu pekerjaan sehari-hari. Disminorea dapat disebabkan oleh kelainan anatomis uterus yaitu terlalu ante/retrofleksi, terdapat mioma uteri, kanalis servikalis yang sempit, polip endometrium atau serviks

e) HPHT

Penting di ingat karena keterlambatan menstruasi bagi usia subur berarti terdapat kemungkinan untuk hamil. Umur kehamilan dan perkiraan tanggal persalinan dapat dihitung berdasarkan durasi kehamilan 230-258 hari (Manuaba, 2013).

f) TP (Taksiran Persalinan)/Perkiraan Kelahiran

EDD (*etimated date of delivery*) ditentukan dengan perhitungan internasional menurut hukum Neagele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir(HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun (Medfort, 2012).

6. Riwayat obstetri

Riwayat obstetri yang penting mencakup hal-hal berikut: kehamilan (graviditas), kelahiran diatas usia viabilitas (sekitar kehamilan 22 minggu), persalinan dan kelahiran preterm, abortus spontan, dan abortus elektif, serta jumlah anak yang hidup (paritas). Masalah obstetri yang lalu yang perlu diperhatikan ialah: perdarahan

pervaginam, hipertensi akibat kehamilan, anemia, diabetes kehamilan, infeksi (bakteri atau penyakit menular seksual), dan imunodefisiensi (Kusmiyati, 2011).

7. Riwayat Kehamilan sekarang

Pertanyaan tentang kehamilan saat ini (Manuaba, 2013), yaitu:

- a) Tanggal menstruasi terakhir: menentukan perkiraan persalinan menurut Naegle
- b) Pertama kali merasakan gerakan janin: kehamilan sudah melampaui 16 minggu
- c) Kehamilan trimester III ada atau tidaknya pembengkakan kaki atau muka (gejala preeklampsia mulai usia kehamilan 20 minggu keatas atau trimester II).
- d) Ada atau tidaknya: sakit kepala, nyeri epigastrium, mata kabur (gejala *impending* eklampsia).
- e) Ada atau tidaknya perdarahan pada hamil muda (kemungkinan abortus), pada hamil tua (kemungkinan perdarahan antepartum).
- f) Ada atau tidaknya nyeri pinggang: mungkin kepala janin mulai masuk PAP.
- g) Nyeri/kontraksi pada perut: kontraksi Braxton Hicks menandakan janin intrauteri.
- h) Interval kontraksi perut: gejala inpartu/gejala persalinan palsu sebaiknya dipastikan dengan pemeriksaan dalam.
- i) Kehamilannya saat ini termasuk: primigravida atau multigravida.

j) Keluhan-keluhan Fisiologis yang Lazim pada Kehamilan atau ketidaknyamanan pada Trimester III seperti: Nyeri punggung bawah, Sesak nafas, Edema dependen, Peningkatan frekuensi berkemih, Nyeri ulu hati, Konstipasi, Kram tungkai, Insomnia (Varney, 2013).

8. Riwayat Pernikahan

a) Lama menikah

Seorang perempuan dikatakan sebagai primigravida primer jika baru mendapatkan kehamilannya setelah 5 tahun menikah tanpa menggunakan alat kontrasepsi dan tanpa hambatan dalam melakukan hubungan seksual. Batas ideal untuk kehamilan setelah menikah yakni 2 tahun.

b) Jumlah anak

Jumlah anak ideal hanya sampai kehamilan ketiga, kehamilan kelima sudah termasuk grandemultipara, dan harus diwaspadai terhadap perdarahan postpartum, umur anak diatas 5 tahun tergolong primigravida tua sekunder (Manuaba, 2013).

9. Riwayat KB

Metode kontrasepsi yang biasa digunakan wanita dan kapan metode kontrasepsi ini dihentikan (Medforth, 2012).

10. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

a) Kebutuhan Protein

Protein merupakan bahan pokok untuk tumbuh kembang janin.

Tambahan ekstra telur 1-2 butir cukup untuk menambah kebutuhan protein saat hamil dan laktasi.

b) Kebutuhan Lemak

Pembentukan lemak dan timbunannya sangat penting untuk cadangan tumbuh kembang janin. Timbunan lemak di bawah kulit, menunjukkan bayi aterm dan cukup gizi. (Manuaba, 2013)

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium tertinggi pada trimester terakhir. Penyerapan kalsium lebih efisien selama kehamilan tetapi tetap penting untuk mengonsumsi banyak makanan yang kaya kalsium. Sumber kalsium yang terbaik diperoleh dari produk-produk susu seperti susu, keju, yoghurt, dan sayuran berdaun hijau tua (Medforth, 2012).

d) Zat Besi

Zat besi dibutuhkan oleh janin dan ibu sebagai cadangan untuk kehilangan darah selama kehamilan. Sumber zat tersebut dapat diperoleh dari daging merah tanpa lemak, daging ayam, dan ikan. Zat besi dari sumber hewani diserap lebih baik dibandingkan dengan sayuran hijau, sereal roti, kacang-kacangan, dan buah yang dikeringkan. Vitamin C membantu penyerapan zat besi jika dikonsumsi bersamaan.

e) Vitamin A

Asupan vitamin A yang tinggi dalam diet sebelum minggu ke-7 kehamilan telah menghasilkan peningkatan frekuensi efek lahir

termasuk labioskisis; defek septum ventrikel, defek jantung multiple, transposisi pembuluh darah besar, hidrocefali, dan defek tuba neural (Medforth, 2012).

f) Vitamin B12

Simpanan vitamin B12 biasanya tidak dihabiskan sebagai hasil dari kehamilan dan laktasi, tetapi simpanan ini dapat terganggu pada vegetarian karena vitamin B12 secara eksklusif berasal dari sumber hewani. Kadar vitamin B12 dapat dipertahankan dengan mengonsumsi produk diperkaya vitamin seperti sereal sarapan pada produk kedelai (Medforth, 2012).

g) Vitamin D

Provitamin D, terdapat pada kulit yang oleh sinar matahari diubah menjadi vit.D. Fungsinya adalah resorpsi kalsium usus dan kalsium dari tulang (Manuaba, 2013).

h) Asam Folat

Asam folat adalah vitamin B larut air yang dibutuhkan untuk sintesis DNA dan memiliki peran penting dalam pembelahan dan perkembangan sel. Folat adalah derivat asam folat yang ditemukan secara alamiah didalam makanan. Sumber yang paling kaya asam folat adalah sayuran berdaun hijau, kentang, sayuran lain serta kacang-kacangan (Medforth, 2012).

i) Pola istirahat

Istirahat cukup minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang

hari. Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena kava asendan /hipotensi supine (Bobak, 2013).

j) Eliminasi

Pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi karena kurang gerak badan, peristaltik menurun karena pengaruh hormon dan tekanan pada rektum oleh kepala. Sedangkan untuk BAK ibu trimester III mengalami ketidaknyamanan yaitu sering kencing. Karena bagian terendah janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih (Romauli, 2014)

k) Aktivitas

Aktivitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktivitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat, dan mengatasi kebosanan yang juga dialami oleh wanita yang tidak hamil. Anjuran supaya pasien mempelajari latihan kegel untuk memperkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan meningkatkan tonus otot.

l) Personal Hygiene

Perawatan gigi selama masa hamil merupakan hal yang sangat penting. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan karies gigi dapat timbul.

Penggunaan pakaian ketat pada perineum mempermudah timbulnya vaginitis dan miliaria (ruam panas). Kerusakan sirkulasi di ekstremitas bawah mempermudah terjadinya varises (Bobak, 2013).

m) Pola seksual

Sering dijumpai bahwa hubungan seksual dapat menimbulkan abortus, persalinan prematur. Hubungan seksual setelah umur kehamilan 30 minggu berbahaya karena terdapat kemungkinan persalinan premature. Cairan prostat mengandung banyak mengandung prostaglandin sehingga dapat merangsang timbulnya his yang akan terus berlanjut menuju persalinan prematur. Namun hubungan seksual saat hamil bukanlah merupakan halangan, asalkan dilakukan dengan hati-hati (Manuaba, 2013).

11. Data psikososial dan Budaya

a) Mengkaji respon seluruh keluarga terhadap kehamilan juga merupakan hal yang penting. Sebagian besar dukungan sosial diberikan oleh teman, keluarga, dan komunitas tetapi dukungan sosial oleh tenaga profesional kesehatan juga penting (Fraser, 2011).

b) Pada trimester III, ditandai dengan klimaks, kegembiraan emosi karena kelahiran bayinya, sekitar bulan ke-8 mungkin terdapat periode tidak semangat atau depresi, kepala bayi membesar dan ketidaknyamanan bertambah, reaksi calon ibu terhadap

persalinan itu tergantung adanya persiapan akan persepsinya terhadap kehamilan (Varney, 2013).

- c) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan Bangsa Indonesia mempunyai beranek ragam suku bangsa yang tentunya dari tiap suku bangsa tersebut mempunyai tradisi yang dikhususkan bagi wanita saat hamil. Tugas bidan adalah mengingatkan bahwa tradisi-tradisi semacam itu diperbolehkan saja selagi tidak merugikan kesehatan klien saat hamil.
- d) Kebiasaan yang merugikan kehamilan Dari bermacam-macam kebiasaan yang dimiliki manusia, tentunya ada yang mempunyai dampak positif dan negatif. Apabila klien mempunyai kebiasaan buruk, misalnya merokok atau kebiasaan lain yang sangat merugikan, tentunya bidan harus tegas mengingatkan bahwa kebiasaan klien tersebut sangat berbahaya bagi kehamilannya.

B. Data Objektif

Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Umum:

- a) Keadaan umum kesadaran penderita sangat penting dinilai, dengan melakukan anamnesis. Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan (penderita sadar akan menunjukkan tidak ada kelainan psikologis) (Bobak, 2013).
- b) Kesadaran Mengetahui bagaimana kesadaran umum pasien apakah composmentis/ apatis/ koma

c) Tinggi badan Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, tergolong resiko tinggi (Romaui, 2012).

d) Berat badan:

Berat badan ibu hamil kan bertambah antara 6,5 sampai dengan 15 kg selama hamil, terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2013). Ibu menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi, akibat kehamilan dan distosia bahu.

e) LILA

> 23,5 cm. Jika < 23,5 merupakan indikator status gizi kurang, sehingga berisiko untuk melahirkan BBLR (Prawirohardjo, 2014)

2. Pemeriksaan tanda-tanda vital Romaui (2014), yaitu:

a) Tekanan darah

Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre eklampsia dan eklampsi kalau tidak ditangani dengan tepat.

b) Denyut nadi

Pada keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80 x/menit. Jika denyut nadi ibu 100x/menit atau lebih, mungkin ibu mengalami salah satu atau lebih keluhan seperti tegang, ketakutan atau

cemas akibat masalah tertentu, perdarahan berat, anemia sakit/demam, gangguan tyroid, gangguan jantung.

c) Pernafasan

Pada dasarnya pernafasan yang normal 16-24 x/menit apabila pernafasan

d) Suhu

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

3. Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

1) Muka

Edema muka menunjukkan adanya penyakit jantung, penyakit ginjal, preeklamsi berat, kekurangan gizi, bentuk anemia. Kloasma gravidarum serta hiperpigmentasi kulit, dahi, dan pipi diakibatkan peningkatan *melanocyte stimulating hormone* dari hipofisis anterior.

2) Mata

Edema kelopak mata kemungkinan menderita hipoalbumemia, tanda preeklamsi berat dan anemia. Konjungtiva pucat atau cukup merah sebagai gambaran tentang anemianya (Kadar Hb) secara kasar (Manuaba, 2014).

3) Mulut & gigi

Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis. Hal tersebut

merupakan sumber infeksi.

4) Leher

Ibu hamil dengan pembesaran kelenjar tiroid berhubungan dengan gangguan fungsi kelenjar tersebut (Prawirohardjo, 2014).

5) Payudara

Hiperpigmentasi areola payudara akibat pengaruh *melanocyte stimulating hormone* dari hipofisis anterior. Puting susu menonjol, kelenjar Montgomery tampak.

6) Perut

Ada tidaknya bekas luka operasi atau operasi lainnya yang dapat menjadi lokus minoris resistensi. makin membesar sesuai usia kehamilan, hiperpigmentasi kulit seperti linea alba dan striae gravidarum akibat pengaruh *melanocyte stimulating hormone*. Terdapat bekas luka insisi atau tidak.

7) Genetalia

Pengeluaran fluor karena infeksi dengan diagnosis banding trikhomonas vaginalis atau kandida albicans serta infeksi vaginosis bakterialis. Adanya kondiloma akuminata terjadi karena infeksi virus, jika ukurannya besar sebaiknya persalinan melalui SC.

8) Ekstremitas

Adanya varises sering terjadi karena kehamilan berulang dan

bersifat hereditas. Edema tungkai sebagai tanda kemungkinan terjadinya preeklamsi, bendungan akibat kepala sudah masuk PAP dan tekanan pada vena cava inferior.

b) Palpasi

1) Leher

Bendungan vena diakibatkan akibat penyakit jantung. Perhatikan keadaan lain seperti kelenjar tiroid dan pembengkakan kelenjar limfa.

2) Payudara

Payudara teraba atau tidak benjolan abnormal, setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan (kolostrum) diproduksi oleh kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekreasi. Meskipun dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena prolaktin ditekan oleh PIH (Saifuddin, 2014). Pada kehamilan trimester akhir, lobules dan alveolus telah terbentuk dan dipenuhi hasil sekresinya (Manuaba, 2013).

3) Perut

a) Leopold I untuk menentukan tinggi pundus uteri dan menentukan bagian apa yang terletak di fundus uteri apakah kepala atau bokong pada letak membujur atau teraba kosong jika letaknya melintang (Manuaba, 2013).

Tabel 2.4
Aturan Spiegelberg

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

Tabel 2.5
Perkiraan TFU

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
Setinggi simfisis pubis	12 minggu
Pertengahan antara simfisis pubis umbilicus	16 minggu
1 – 2 jari dibawah umbilicus	20 minggu
1-2 jari diatas umbilicus	24 minggu
1/3 bagian antara umbilikus dan prosesus xifoideus (3 jari di atas umbiliku	28-30 minggu
2/3 bagian antara umbilikus dan prosesus xifoideus (3 – 4 jari di bawah px	32 minggu
1 jari di bawah Px	36-38 minggu
2 – 3 jari di bawah Px	40 minggu

Sumber: Kriebs, Jan M., 2010. Buku Saku Asuhan Kebidanan
Varney Edisi 2. Jakarta, halaman 198

Taksiran berat janin menurut Johnson Tausak, yaitu: (TFU dalam cm) – $n \times 155 = \dots$ gram, bila kepala diatas atau pada spina ishiadica maka $n=12$, bila kepala dibawah spina ishiadica maka $n=11$ (Pantikawati, 2010).

b) Leopold II (palpasi lateral) tangan pemeriksa diturunkan ke samping. Untuk menentukan bagian mana janin yang berada di bagian samping. Jika agak keras artinya punggung janin. Dapat juga kepala atau bokong jika letaknya melintang.

c) Leopold III (Maneuver pelvis) pemeriksaan menghadap kaki pasien. Untuk menentukan bagian janin yang ada dibawah (presentasi).

d) (Leopold IV (Manuver Pawlik) maneuver ini tidak selalu perlu pada kepala yang sudah masuk PAP sulit dilakukan. Untuk menentukan apakah bagian terendah janin tersebut kepala dan bokong dan seberapa jauh masuknya kedalam rongga pelvis (Manuaba, 2014).

e) Ekstremitas Adanya oedema pada ekstremitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga Preeklamsi, diabetes Mellitus, jantung, kekurangan albumin darah. Edema ini akan cekung ke dalam jika di tekan.

4) Auskultasi (Bobak, 2013)

DJJ +/- Janin sehat jumlah detak jantungnya sekitar 120-140 x/menit.

- 1) Di atas 160 x/menit menunjukkan takikardia, permulaan asfiksia
- 2) Tidak teratur tetapi jumlah sama, menunjukkan gangguan keseimbangan asam basa atau kurang O₂
- 3) Kurang dari 100 x/menit menunjukkan asfiksia berat.
- 5) Perkusi (Manuaba, 2013).

Tungkai Reflek patella (+) Reflek patella (-) : Berkaitan dengan kekurangan vitamin B₁, penyakit saraf, intoksikasi magnesium sulfat.

2. Pemeriksaan penunjang

- a) Glukosa dalam urin, untuk memastikan adanya DM. kemungkinan glukosuria yang terjadi setelah makan, disebabkan intoleransi insulin, tetapi keadaan ini cepat menjadi normal
- b) Protein urin, peningkatan protein urin terdapat pada penderita preeklamsi, penyakit jantung, nefritis, dan sistitis. Hasil >3 g/24 jam dianggap sebagai indikasi pre-eklamsia ringan sampai sedang, dan 5 g / 24 jam dianggap sebagai pre- eklamsia berat.
- c) Pemeriksaan darah, pada pemeriksaan darah rutin dapat menggambarkan keadaan gizi. Pada pemeriksaan TORCH, untuk mengetahui adanya kumpulan penyakit yang dapat memberikan gejala yang sama, misal kelainan congenital, retardasi mental, dan abortus berulang. Pada pemeriksaan HI, dilakukan untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi

vertical (ibu-janin) dan bahaya infeksi horizontal (ibu-penolong). Pada pemeriksaan Hepatitis B, dilakukan untuk mengetahui adanya infeksi vertikal. Pada pemeriksaan VDRL digunakan untuk mengetahui adanya infeksi sifilis yang dapat menimbulkan kelainan (Manuaba, 2013).

3. Pemeriksaan USG Kegunaannya:

- a) Diagnosis dan konfirmasi awal kehamilan.
- b) Penentuan umur gestasi dan penafsiran ukuran fetal.
- c) Mengetahui posisi plasenta.
- d) Mengetahui adanya IUFD

4. Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher Rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter. Periksa dalam dilakukan selama maksimal 35-40 detik, periksa dalam digunakan untuk mendiagnosa kehamilan. Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan tua atau muda. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi Braxton hicks, teraba ballothemen, dan pembukaan serviks.

5. Pemeriksaan Kartu Skor Poedji Rochyati

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi resiko ibu hamil. Terdiri dari kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong bidan. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10

ditolong oleh bidan ataupun dokter dan. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

C. Diagnosa Kebidanan

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat (Mekes, 2014).

D. Perencanaan

Perencanaan bertujuan untuk Kesehatan ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan.

E. Implementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan pada klien dan keluarga. Mengarah untuk melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Ambarwati, 2013).

F. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2013).

G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2014). Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/Status Pasien/buku KIA) dan dibantu dan ditulis dalam catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O :Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti, tindakan antisipatif, tindakan segera, Tindakan secara komphorhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

A. Data Subyektif

Data subyektif dikumpulkan melalui anamnesis. Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2013).

1. Identitas

a) Nama

Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2014).

b) Usia

Usia dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeclampsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney dkk, 2013).

c) Agama

Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa haru berhubungn (Romauli, 2014).

d) Pendidikan

Penelitian 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 kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2014).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2012).

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya sama. Dan agar dapat dipastikan ibu yang memang hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (Romauli, 2014).

2. Keluhan utama

Menurut Manuaba (2013), tanda-tanda persalinan adalah:

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

b) 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 pertarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) 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.

d) Gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2013), adalah:

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

3. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya, calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau

meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit

Jantung Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Prawirohardjo, 2014).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Manuaba, 2013).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan

dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2013).

d) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Prawihardjo, 2014).

e) Diabetes mellitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Manuaba, 2013).

4. Riwayat Kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu Riwayat

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, 2013).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014), jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu, satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 10T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur LiLA, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, penentuan presentasi janin dan DJJ, temu wicara, tes terhadap penyakit menular seksual, dan tatalaksana kasus. 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, 2013).

5. Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro,

2013).

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II.

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 (Wiknjosastro, 2013). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2013).

B. Data Obyektif

Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir.

1) Pemeriksaan Umum

a) Kesadaran

Kesadaran itu meliputi (composmentis/ sadar penuh, apatis /acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen / kesadaran yang

mau tidur saja) (Roumali, 2014).

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, 2013).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, dkk, 2013).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lama peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney dkk, 2013).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney dkk, 2013).

2) Pemeriksaan fisik

a) Rambut

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

b) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklampsia (Varney dkk, 2013).

c) Mata

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

kemungkinan adanya pre eklamsia (Romaui, 2014).

d) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney dkk, 2013).

e) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifudin, 2014). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2013).

f) Payudara Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney dkk, 2013)

g) Abdomen

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

Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2013).

h) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2013). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2013).

i) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2013).

j) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada

hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang meesar (Varney dkk, 2013).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

- 1) Leopold I Tujuannya untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.
- 2) Leopold II Tujuannya yaitu untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu punggung atau ekstremitas.
- 3) Leopold III Tujuannya untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simfisis ibu.
- 4) Leopold IV Tujuan dari leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP apakah divergen atau konvergen.

b) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2013), yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis

vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau meconium.

c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi peting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

d) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

e) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.

f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.

g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

C. Interpretasi Data

Mengidentifikasi masalah dan diagnosa saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. (Varney dkk, 2013).

D. Identifikasi Kebutuhan Segera

Data mengindikasikan situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan cepat (Varney dkk, 2007).

E. Intervensi

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya (Varney dkk, 2013).

Kala I Intervensi menurut JNPK-KR (2011), Persiapan Asuhan Persalinan.

- a. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran
- b. Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan
- c. Mempersiapkan rujukan
- d. Memberikan dukungan emosional Menganjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayi.
- e. Membantu pengaturan posisi ibu Menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan menganjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu berganti posisi seperti berjalan, berdiri atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.
- f. Memberikan cairan dan nutrisi Menganjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan

proses kelahiran bayi.

- g. Kamar mandi Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam atau jika kandung kemih terasa penuh.
- h. Pencegahan Infeksi Menjaga lingkungan tetap bersih dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya.

Kala II: Intervensi (Winkjosastro, 2013)

- a) Hal-hal yang perlu diperiksa dan dicatat:
 - 1) Nadi ibu setiap 30 menit.
 - 2) Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit. 3
 - 3) DJJ setiap selesai meneran.
 - 4) Penurunan kepala bayi melalui pemeriksaan abdomen (pemeriksaan luar) setiap 30 menit dan pemeriksaan dalam setiap 60 menit atau kalau ada indikasi.
 - 5) Warna ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur mekonium atau darah).

Langkah-langkah APN menurut (JNPK-KR, 2017) tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah adalah:

- 1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - c. Perineum tampak menonjol

- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk bayi asfiksia persiapkan: tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - a. Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.
 - b. Menyiapkan oksitosin 10unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Pakai Celemek Plastik (APD).
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/handuk pribadi yang bersih.
5. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik dengan memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap.
- a. Bila selaput ketuban belum pecah, dan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. serta bantu ibu berada dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti

pedoman penatalaksanaan fase aktif) serta dokumentasikan semua temuan yang ada.

- b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :

- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. Berikan asupan cairan per-oral (minum) yang cukup.
- e. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- f. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- g. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak segera lahir setelah 2 jam meneran pada primigravida atau setelah 1 jam meneran

pada multigravida.

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. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat & bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat & ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat, dan potong diantara dua klem tersebut.

21. Setelah kepala lahir, tunggu kepala bayi melakukan paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental, anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan, dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang dengan baik
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
25. Lakukan penilaian (selintas).
26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus

berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30. Dalam waktu 2, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain menjepit tali pusat dan menggeser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut dan tahan pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan lain untuk mendorong tali pusat ke arah ibu sekitar 5 cm dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem.
- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala berada diantara

- payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
33. Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
 34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi, sedangkan tangan lain menegangkan tali pusat.
 35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur tersebut.
 36. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
 - a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

38. Segera setelah plasenta & selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

a. Lakukan tindakan yang sesuai jika uterus tidak berkontraksi selama 15 detik massage.

39. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi derajat 1 atau 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi pastikan selaput ketuban lengkap & utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.

42. Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh lakukan kateterisasi.

43. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan chlorine 0,5%, lepas secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan chlorine 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dan keringkan menggunakan handuk bersih.

44. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi.

45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.

46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. Pastikan bayi bernafas normal 40-60 kali/menit.
- a. Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi dinding dada bawah yang berat lakukan resusitasi dan segera rujuk ke RS.
 - b. Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu dan bayi dan selimuti bersama dengan ibunya.
48. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yg terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%,

- balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. 55. Pakai sarung tangan bersih /DTT untuk vitamin K1 1 mg di paha kiri bawah lateral dan salep mata/tetes mata profilaksis infeksi setelah 1 jam kelahiran.
55. Pakai sarung tangan bersih /DTT untuk vitamin K1 1 mg di paha kiri bawah lateral dan salep mata/tetes mata profilaksis infeksi setelah 1 jam kelahiran.
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik. (pernafasan bayi normal 40-60 x/menit, suhu tubuh 36,50C-37,50C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam dari pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dijangkau ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik kedalam larutan chlorine 0,5% dan rendam selama 10 menit.
59. Cuci tangan dan keringkan menggunakan handuk bersih dan kering.
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Masalah Pada Saat Persalinan

1. Masalah Kala I:

- a) Cemas menghadapi proses persalinan.

b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

2. Masalah pada Kala II:

a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2013)

b) Infeksi (Wiknjosastro, 2013)

c) Kram Tungkai (Varney dkk, 2013).

3. Masalah Pada Kala III:

a) Retensio plasenta

b) Terjadi avulsi tali pusat

4. Masalah Pada Kala IV:

a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2013)

b) Robekan vagina, perineum atau serviks (Wiknjosastro, 2013)

D. Implementasi

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan sebagian oleh orang tua, bidan anggota tim kesehatan lain. Bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan (Varney, dkk, 2013).

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang telah diidentifikasi (Varney dkk, 2013). Menurut Kepmenkes RI (2013), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan

perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara 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, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Data Subjektif

a) Identitas

1) Nama

Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2014).

2) Umur

Usia dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeclampsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II, hipertensi kronis, persalinan

yang lama pada nulipara, seksio sesaria, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney dkk, 2013).

3) Agama

Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan pendderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungn (Romauli, 2014).

4) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2013).

5) Pendidikan Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2013).

b) Keluhan Utama

Menurut (Varney dkk, 2013), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot

uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Pembesaran payudara

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

3) Nyeri luka perineum

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

4) Gangguan Eliminasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

c) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan ini dapat digunakan sebagai penanda (warning) akan adanya penyulit. Beberapa data penting tentang riwayat

kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi/hipotensi dan hepatitis.

d) Riwayat Kebidanan

1) Riwayat menstruasi

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, 2012). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2014).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. 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, 2013).

3) Riwayat KB

Menurut Manuaba (2013), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki.

e) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Makanan dengan diit berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, mengkonsumsi tablet besi 1 tablet tiap hari selama 40 hari, mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU. pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Suherni dkk, 2013).

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum 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 periodic. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum,

kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih, diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum (Varney dkk , 2013).

3) Personal Hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari, sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin,2014).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

6) Seksual

Aman setelah darah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu

atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan/budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seks setelah 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromikan antara suami dan istri (Suherni dkk, 2013).

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum Keadaan umum

Kesadaran : Baik : Composmentis

(Roumali, 2013).

b) Tanda-tanda vital

Menurut Dewi dan Sunarsih (2014) a)

1) Suhu.

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38,5) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Pada hari ke-3 biasanya suhu badan akan naik lagi karena ada pemberian ASI dan payudara menjadi bengkak, bewarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktu genitalis, atau sistem lain.

2) Nadi.

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit.

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

3) Tekanan darah.

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum.

4) Pernapasan.

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas.

2. Pemeriksaan fisik

a) Rambut

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak (Romauli, 2014). Muka Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklampsia (Varney dkk, 2013).

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2014).

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney dkk, 2013).

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014). Menurut Varney dkk (2013), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari).

e) Pemeriksaan Genetalia

Diperhatikan pengeluaran lochia (jenis, warna, jumlah, bau), oedem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, dan hemoroid pada anus (Dewi dan Sunarsih, 2014).

f) Ekstermitas

Pada bagian atas dan bawah dilihat pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, dan varises (Dewi dan Sunarsih, 2014).

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan

dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2013).

C. Interpretasi Data

Menginterpretasi data kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang di indentifikasi khusus (Varney dkk, 2013). Masalah yaitu berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya (Sulistyawati, 2013).

D. Identikasi Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi masalah dan diagnosa saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul (Varney dkk, 2013).

E. Identikasi Kebutuhan Segera

Data mengindikasikan situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan cepat (Varney, dkk, 2013).

F. Intervensi

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya (Varney dkk, 2013). Diagnosa: PAPIAH, post partum 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, 2013).

1. Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

2. Kriteria :

Menurut (Manuaba, 2013) adalah: a

- a) Keadaan umum : kesadaran komposmetis.

- b) Tanda-tanda vital:

T: 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,50C

RR : 16-24x/menit

(Sulistyawati, 2013). Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

- c) Laktasi normal

- d) Involusi uterus normal

- e) Lochea normal:

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam. lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2013).

3. Intervensi

- a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2014).

b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2014).

c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas).

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan/ mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsung seperti semula (Dewi dan Sunarsih, 2014).

d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Manuaba, 2013).

e) Anjurkan ibu untuk mengimisasikan bayinya.

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Kemungkinan masalah :

1) Masalah 1: Gangguan eliminasi

a) Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

b) Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar.

c) Intervensi

(1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai

pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- (2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

- (3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/Membantu memperlancar eliminasi

6. Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum.

- a) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.
- b) Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.
- c) Intervensi

- (1) Observasi luka jahitan perineum. R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

- (2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

- (3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- (4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu). R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

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

- a) Tujuan : Masalah kram perut teratasi.
- b) Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.
- c) Intervensi (Bahiyatun, 2012)

- (1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh. R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- (2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- (3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).
R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

4. Masalah 4: Pembengkakan payudara

a) Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi.

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

c) Intervensi (Bahiyatun, 2013)

(1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali R/Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara GR/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

(3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- (4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- (5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui.

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- (6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual. R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu, mengurangi, pembengkakan payudara.

- (7) Berikan terrapin parasetamol/asetaminofen. R/Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

G. Implementasi

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan sebagian oleh orang tua, bidan anggota tim kesehatan lain. Bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan (Varney,dkk, 2013).

H. Evaluasi Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang telah diidentifikasi (Varney, dkk, 2013). Menurut Kepmenkes RI(2017), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evalusasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

A. Data Subyektif

1. Identitas bayi dan orang tua

Sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. Pada alat/ gelang identifikasi harus tercantum : nama (Bayi, Nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu (Saifuddin, 2014).

2. Keluhan utama

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

3. Riwayat Kesehatan Bayi Baru Lahir

Yang penting dan perlu dikaji dalam riwayat kesehatan bayi baru lahir adalah

a) Faktor Genetik

Meliputi riwayat defek structural metabolik dalam keluarga dan riwayat sindrom genetik (Varney dkk, 2013).

b) Faktor maternal

Meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isomunisasi (Muslihatun, 2013).

c) Faktor antenatal

Meliputi pernah ANC/tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklamsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar atau terganggu, oligohidramnion (Muslihatun, 2013).

d) Faktor Perinatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk, 2013).

e) Faktor neonatus Bidan harus meninjau catatan perawat atau asisten kelahiran tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi bayi baru lahir setelah kelahiran antara lain mengisap, kemampuan untuk makan, kesadaran berkemih dan mengeluarkan mekonium (Varney dkk, 2013).

4. Pola kebiasaan sehari-hari

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

b) Eliminasi

1) BAK

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/jam. Volume urin bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat (Muslihatun, 2013).

2) BAB

Warna mekoneum adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekoneum ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna faeses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi berumur 4-5 hari (Muslihatun, 2013).

3) Pola tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur (Muslihatun, 2013).

4) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki, dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. (Saifuddin, 2014).

5) Personal Hygiene

Kulit bayi harus dijaga kebersihan dan kelembabannya jangan terlalu kering maupun lembab. Selain itu kebersihan kulit juga disesuaikan dengan keadaan bayi (Arfiana dan Lusiana, 2016).

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2014).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Kesadaran *Composmentis* (sadar penuh dan respon cukup terhadap stimulus yang diberikan), *apatis* (acuh tak acuh terhadap sekitar), *somnolen* (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon pada rangsangan yang kuat), *sopor* (anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan yang kuat), *koma* (anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun),

delirium (tingkat kesadaran paling bawah) (Muslihatun, 2013).

b) Tanda-tanda vital

1) Pernafasan Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2013).

2) Denyut Jantung Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2013).

3) Suhu Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,50C sampai 37,50C (Muslihatun, 2013).

4) APGAR SCORE

Jika Nilai AS:

a) Nilai 1-3 asfiksia berat.

b) Nilai 4-6 asfiksia sedang.

c) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal).

(Manuaba, 2013)

2. Pemeriksaan *Antropometri*

a) Berat Badan

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009). Berat badan bayi normal adalah 2500-4000 g (Arfiana dan Lusiana, 2016).

b) Panjang

Badan Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi

baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. (Varney, dkk, 2013).

c) Lingkar Kepala

Ukuran kepala janin menurut Muslihatun (2013):

- 1) Diameter sub occipito bregmatika 9,5 cm b) Diameter occipitofrontalis jarak antara oksiput dan frontal, ± 12 cm.
- 2) Diameter vertikomrnto / supraoksipitomenal / mento occipitalis $\pm 13,5$ cm.
- 3) Diameter submentobregmatika $\pm 9,5$ cm.
- 4) Diameter biparetalis 9,5 cm.
- 5) Diameter bitemporalis ± 8 cm.
- 6) Cirkumferensial fronto occipitalis ± 34 cm.
- 7) Cirkumferensial mento occipitalis ± 35 cm).
- 8) Cirkumferensial sub occipito bregmatika ± 32 cm

3. Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrocefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2013).
- b) Mata Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan

kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010). Tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2014).

- c) Telinga Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya, kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala serta adanya gangguan pendengaran (Muslihatun, 2013).
- d) Hidung Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).
- e) Mulut Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2014).
- f) Leher Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).
- g) 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.
- h) Abdomen Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut

adanya benjolan, disetensi, gastroskisis, omfalokel, bentuk simetris/tidak, palpasi hati dan ginjal (Muslihatun, 2013).

- i) Punggung Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014).
- j) Genetalia Kelamin laki-laki: panjang penis, testis sudah turun berada dalam skrotum, orifisium uretrae di ujung penis, kelainan (fimosi, hipospadia/epispadia). Anus Berlubang/tidak, posisi, fungsi sfingter ani adanya atresia ani, meconium plug syndrome, megacolon (Muslihatun, 2013). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012).
- k) Ekstermitas Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstermitas disentuh dan pembengkakan (Muslihatun, 2013).
- l) Refleks Babinsky akan timbul jika telapak kaki bayi digores menggunakan benda tumpul maka jari kaki bayi akan membuka.

4. Pemeriksaan Penunjang

- a) Pemeriksaan Laboratorium menurut (Muslihatun, 2013).

- 1) Nilai laboratorium darah neonatus normal Hemoglobin 14 – 22 g/dl (kadar Hb-F tinggi, menurun dengan penambahan usia), hematokrit 43- 63%, eritrosit 4,2 – 6 juta/mm³, retikulosit 3 – 7 %, leukosit 5000-30.000/mm³, jika ada infeksi </mm³, trombosit: 150.000-350.000/mm³, volume darah 85 cc/kgBB.
- 2) Nilai laboratorium cairan otak neonatus normal Warna 90-94% xantochrome (kekuning-kuningan jernih), Nonne/pandy (+)

usia diatas 3 bulan harus sudah negative, protein 200-220 mg/dl, glukosa 70-80 mg/gl, eritrosit 1000-2000/LPB, leukosit 10-20/LPB menunjukkan fungsi BBB(blood-brain barrier) masih belum sempurna.

C. Intepretasi Data

Mengintepretasi data kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang di indentifikasi khusus (Varney dkk, 2007). Masalah yaitu berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya (Sulistyawati, 2013).

D. Identifikasi Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi masalah dan diagnosa saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul (Varney dkk, 2013).

E. Identifikasi Kebutuhan segera Data

Data mengindikasikan situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan cepat (Varney dkk, 2013).

F. Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya (Varney dkk, 2013).

1. Diagnosa kebidanan

Usia, jam/hari dengan keadaan umum baik.

a. Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi

b. Kriteria :

1) Keadaan umum baik

2) TTV normal menurut (Arfiana dan Lusiana, 2016) adalah: S : 36,5-37,2 oC N : 120-160 x/menit RR : 30-60 x/menit

3) Bayi menyusu kuat

4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

c. Intervensi adalah:

1) Keringkan dan dibungkus dengan kain kering R/ untuk mencegah terjadinya hipotermia (Arum dan Lusiana, 2016).

2) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. R/ perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus (Arum dan Lusiana, 2016).

3) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua. R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

4) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam. R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney dkk, 2013).

5) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir. R/Hipotermia

mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Arfiana dan Lusiana, 2016).

- 6) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik. R/Suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 oC. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi. (Arum dan Lusiana, 2016).

2. Masalah Potensial

a. Masalah I : Hipoglikemi

- 1) Tujuan Hipoglikemi tidak terjadi.
- 2) Kriteria Kadar glukosa dalam darah > 45 mg/dL, tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.
- 3) Intervensi:
 - a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko. R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.
 - b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran. R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi. R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia. R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal. R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

b. Masalah II : Hipotermi

1) Tujuan : Hipotermi tidak terjadi.

2) Kriteria :

a) Suhu normal bayi 36,5 - 37, 50C (Sifuddin, 2014).

b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh bayi terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2014).

3) Intervensi adalah:

a) Hangatkan bayi di dalam incubator atau melalui penyinaran lampu atau menggunakan metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu) R/ bayi yang mengalami hipotermi mudah sekali meninggal sehingga harus menghangatkan

bayi di dalam incubator atau penyinaran lampu. Metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu) agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat (Saifuddin, 2014).

b) Kaji tanda-tanda hipotermi. R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2014).

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah. R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

c. Masalah III : Ikterik

1) Tujuan : Ikterik tidak terjadi.

2) Kriteria :

a) Kadar bilirubin serum $< 12,9$ mg/dL b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning- kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

3) Intervensi antara lain:

a) Mengkaji faktor-faktor risiko. R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat- obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit 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 (kern ikterus).

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 (Varney dkk, 2013).

d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit. R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

d. Masalah IV : Seborrhea

1) Tujuan: Tidak terjadi seborrhea

2) Kriteria :

(1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala

(2) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

3) Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum

bekerja secara sempurna. R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

b) Oleskan krim *hydrocortisone*. R/Krim *hydrocortison* 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 sampo secara perlahan. R/Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.
R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

e. Masalah V : Miliariasis

1) Tujuan : Miliariasis teratasi

2) Kriteria Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisicairan diseluruh tubuh.

3) Intervensi menurut Marmi (2012)

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 ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah. R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu. R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

d) Kenakan pakaian katun untuk bayi R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

e) Bawa pemeriksaan ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur. R/Penatalaksanaan lebih lanjut

f. Masalah VI : Muntah dan gumoh

1) Tujuan Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

2) Kriteria:

(1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

(2) Bayi tidak rewel

3) Intervensi menurut Marmi (2012):

a) Sendawakan bayi selesai menyusui. R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

g. Masalah VII : Oral trush

1) Tujuan: Oral trush tidak terjadi

2) Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

3) Intervensi menurut (Muslihatun, 2013) :

- a) Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dengan air hangat bergaram. R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral trush
- b) Olesi bercak trush dalam mulut bayi dengan larutan nistalin oral atau Gentian Violet 0,25-0,5% sampai empat kali sehari.
- c) Anjurkan ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim nistalin atau larutan Gentian Violet 0,5% setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati. R/ untuk menghilangkan jamur candida albicans sehingga mencegah timbulnya oral trush.

h. Masalah VIII : Diaper rash

- 1) Tujuan : Tidak terjadi diaper rash
- 2) Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi
- 3) Intervensi menurut (Marmi, 2012) :
 - a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru. R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.
 - b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali. R/Mencegah

timbulnya diaper rash.

- c) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi. R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.
- d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan. R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

G. Implementasi

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan sebagian oleh orang tua, bidan anggota tim kesehatan lain. Bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar- benar ddilakukan. (Varney,dkk, 2013).

H. Evaluasi

Mengevaluasi kefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010). Menurut Kepmenkes RI (2007), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara 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, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Akaeptor KB

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Roumali, 2014).

b) Umur

Peserta KB dari pasangan usia subur berumur 15-29 tahun dengan jumlah anak 2 orang atau 15-28 tahun dengan jumlah anak 3 atau lebih, serta berumur 30-49 tahun baik yang belum atau sudah punya anak 1 (Handayani, 2013).

c) Agama

Di berbagai daerah kepercayaan religius dapat memengaruhi klien dalam memilih metode (Handayani, 2013).

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan tidak saja memengaruhi kerelaan menggunakan keluarga berencana tetapi juga pemilihan suatu metode (Handayani, 2013). Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2013).

e) Pekerjaan

Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan social ekonomi agar nasehat kita sesuai. (Roumali, 2014). Tinggi rendahnya status social dan ekonomi penduduk Indonesia akan memengaruhi perkembangan dari kemajuan program KB (Handayani, 2013).

f) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Handayani, 2013).

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2014), adalah:

a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.

- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3. Riwayat kesehatan

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014).

4. Riwayat Kebidanan

- a) Haid

Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2013).

- b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2014).

- c) Riwayat KB Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat memengaruhi EDD, ketika seorang menghabiskan pil berisi hormon dalam kaplet kontrasepsi oral, periode menstruasi yang selanjutnya akan dialami disebut

“withdrawal bleed” (Roumali, 2014).

5. Pola kebiasaan sehari-hari

- a) Nutrisi DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).
- b) Eliminasi Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).
- c) Istirahat/tidur Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2014).
- d) Kehidupan seksual Pola seksual merupakan faktor penting untuk menentukan metode yang cocok selama fase tertentu dalam kehidupan reproduksinya. (Saifuddin, 2014).
- e) Riwayat Ketergantungan Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013).

B. 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 (Saifuddin, 2014).

b) Pemeriksaan antropometri:

1) 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 (Hartanto, 2013).

2. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2014).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2014).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2014).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada

penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2014). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2014).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2014).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2014). 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 (Saifuddin, 2014).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2014).

C. Interpretasi Data Menginterpretasi

Menginterpretasi data kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis

serta kebutuhan perawatan kesehatan yang di indentifikasi khusus. (Varney,dkk, 2007). Masalah yaitu berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya (Sulistyawati, 2013).

D. Identifikasi Diagnosa Potensial Mengidentifikasi

Mengidentifikasi masalah dan diagnosa saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul (Varney, dkk, 2013).

E. Identifikasi Kebutuhan Segera

Data mengindikasikan situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan cepat (Varney, dkk, 2013).

F. Intervensi

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya.(Varney,dkk, 2013). Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia, tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

1. Tujuan

- a. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan

kekurangan serta efek samping KB bertambah.

c. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

2. Kriteria

a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

b. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

c. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2014) :

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/Meyakinkan 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

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

4) Bantulah klien menentukan pilihannya. R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien. R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi. R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang. R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

Kemungkinan

Kemungkinan Masalah :

- a. Masalah 1: Amenorhea
 - 1) Tujuan Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut
 - 2) Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya
 - 3) Intervensi menurut Saifuddin (2014):
 - 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 pengguna KB.

b. Masalah 2 : Pusing

- 1) Tujuan: Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.
- 2) Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal
- 3) Intervensi menurut Saifuddin (2014) :
 - a) Kaji keluhan pusing pasien R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.
 - b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.
 - c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c. Masalah 3 : Perdarahan bercak/*spotting*

- 1) Tujuan: Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.
- 2) Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang
- 3) Intervensi menurut Saifuddin (2014) adalah:
 - 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.

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

- 1) Tujuan: Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB
- 2) Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.
- 3) Intervensi menurut Saifuddin (2010) :
 - a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.
 - b) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan) R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.
 - c) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

G. Implementasi

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan sebagian oleh orang tua, bidan anggota tim kesehatan lain. Bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan (Varney dkk, 2013).

H. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang telah diidentifikasi (Varney dkk, 2013). Menurut Kepmenkes RI (2017), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara 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, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.