

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

KEHAMILAN

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi . Bila dihitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 10 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional .kehamilan berlangsung dalam 3 trimester, trimester I berlangsung dalam 13 minggu trimester ke II berlangsung 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ke III 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) .(Evayanti, 2015)

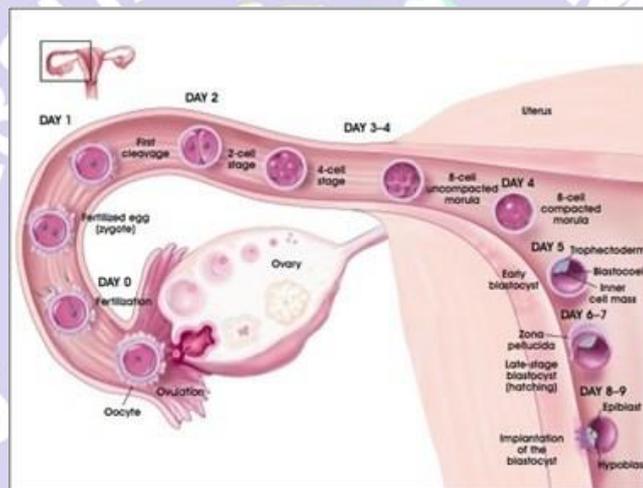
Kehamilan merupakan suatu keadaan dimana seorang wanita yang didalam rahimnya terdapat embrio atau fetus. Kehamilan dimulai pada saat masa konsepsi hingga lahirnya janin, dan lamanya kehamilan dimulai dari ovulasi hingga partus yang diperkirakan sekitar 40 minggu dan tidak melebihi 43 minggu. (Kementrian Kesehatan, 2015)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah masa dimana harus ada proses pembuahan mulai dari spermatozoid, ovum, dan pembuahan ovum (konsepsi), kehamilan dimulai dari hari pertama haid terakhir sampai lahirnya janin dan plasenta kurang lebih 280 hari atau 40 minggu.

2.1.2 Proses Kehamilan

a. Konsepsi

Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovume) dengan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari pdihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sel sperma dan sel telur) yang terjadi dua minggu setelahnya. (Mu, 2019)



Sumber : Manuaba, 2010.

Gambar 2.1 Konsepsi

b. Nidasi

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut *blastokista*(*blastocys*), suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah *trofoblas* dan dibagian dalamnya disebut massa *inner cell*. Massa *inner cell* ini berkembang menjadi janin dan *trofoblas* akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista

diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblast. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (implantasi), produksi hormon kehamilan, proteksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi *hormon human chorionic gonadotropin* (hCG) dimulai, suatu hormon yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio. Umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika nidasi ini terjadi, barulah dapat disebut kehamilan. Setelah nidasi berhasil, selanjutnya hasil konsepsi akan tumbuh dan berkembang didalam endometrium.

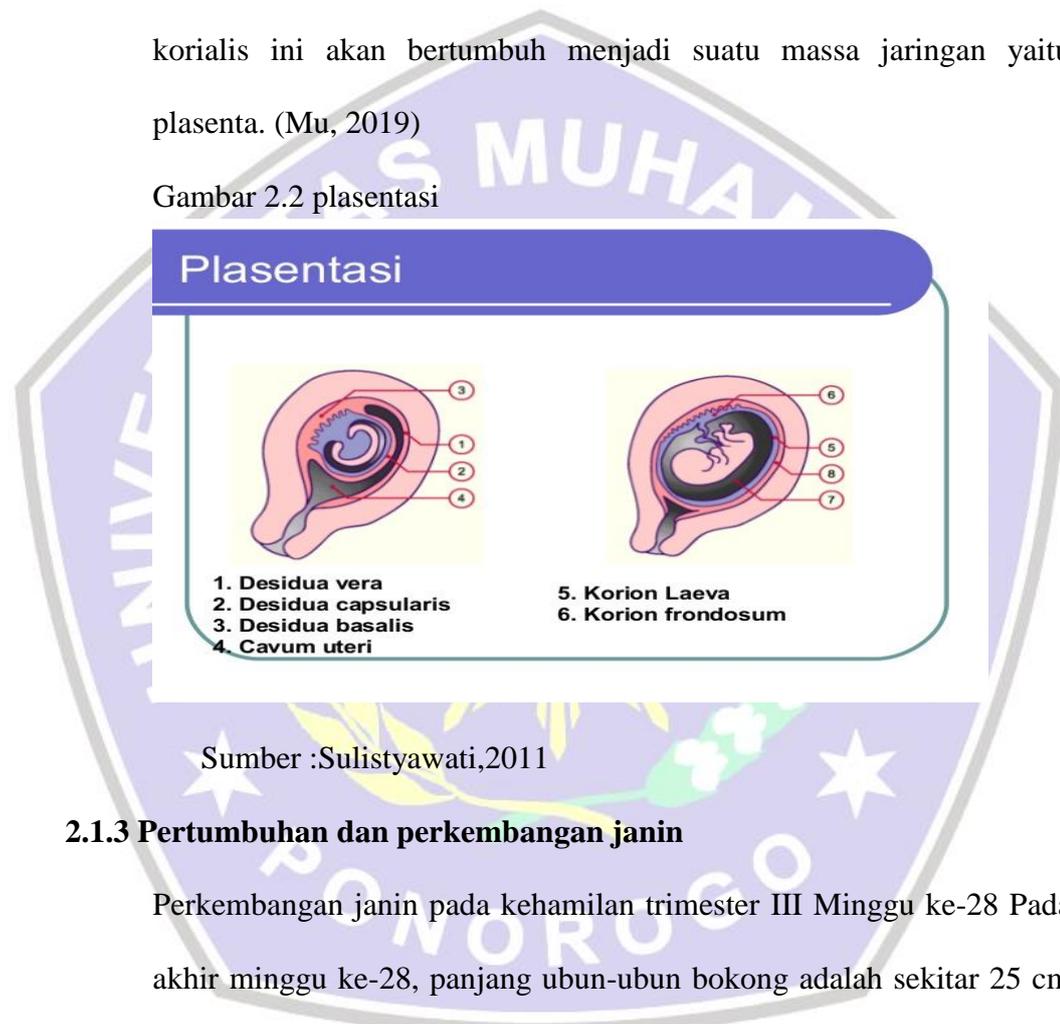
(Mu, 2019)

c. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. 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-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviler di mana villi korialis seolah-olah terapung-apung di antara ruangan-ruangan tersebut sehingga terbentuknya plasenta. Tiga

minggu pascafertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan *villi korialis*. Sirkulasi darah janin ini berakhir di lengkungan kapilar (*capillary loops*) di dalam villi korialis yang ruang intervalnya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Villi korialis ini akan bertumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta. (Mu, 2019)

Gambar 2.2 plasentasi



Sumber :Sulistyawati,2011

2.1.3 Pertumbuhan dan perkembangan janin

Perkembangan janin pada kehamilan trimester III Minggu ke-28 Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun bokong adalah sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1.100 g.(Evayanti, 2015)

a. Minggu ke 28-32

Perkembangan janin

1. Lanugo mulai berkurang.
2. Tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana.

3. Testis terus turun.(Evayanti, 2015)

b. Minggu ke 32-36

Perkembangan janin:

1. Lanugo sebagian besar telah terlepas/rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
2. Testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke-36.
3. Ovarium perempuan masih berada di sekitar cavitas pelvic.
4. Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.
5. Umbilicus sekarang terletak lebih dipusat abdomen.(Evayanti, 2015)

c. Minggu 36-40

Perkembangan janin :

1. Penulangan/osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir.
2. Gerakan pernapasan fetus dapat diidentifikasi pada pemindaian ultrasound. Terdapat cukup jaringan lemak subkutan, dan berat badan hampir 1 kg pada minggu tersebut.(Evayanti, 2015)

Sedangkan menurut Saifuddin (2010), pertumbuhan dan perkembangan janin pada kehamilan trimester III dapat dicermati pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Perkembangan Janin

Usia Gestasi (minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk tpi akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Teah terbentuk mekenium (feces) dalam usus.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks keseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, di mana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.

29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilandisebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

2.1.4 Tanda dan Gejala Kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti (Presumtif)

a. Amenorea (tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus Neagie: $HT - 3$ (bulan + 7). (Dewi, 2010)

b. Mual muntah (*emesis*)

Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut “morning sickness”. (Dewi, 2010)

c. Mengidam (ingin makanan khusus)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan. (Dewi, 2010)

d. Pingsan atau *sinkope*

Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat.

Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu. (Dewi, 2010)

e. *Anoreksia* (tidak selera makan)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, tetapi

setelah itu nafsu makan timbul lagi. (Dewi, 2010)

f. *Mammae* menjadi tegang dan besar

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. (Dewi, 2010)

g. *Miksi* Sering (sering buang air kecil)

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin. (Dewi, 2010)

h. *Pigmentasi*(perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.(Dewi, 2010)

i. *Epulis* (gusi berdarah)

Suatu hipertrofi papilla gingivae (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama. (Dewi, 2010)

j. Varises (pemekaran vena-vena).

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. (Dewi, 2010)

k. Konstipasi atau obstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar. (Dewi, 2010)

2. Tanda-Tanda Kemungkinan Kehamilan (Dugaan hamil)

a. Perut membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar. (Mu, 2019)

b. Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dalam rahim. (Saraswati, 2014)

c. Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen. (Saraswati, 2014)

d. Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang–kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran. (Saraswati, 2014)

e. Tanda *Braxton-Hicks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda Braxton-Hicks tidak ditemukan. (Saraswati, 2014)

f. Teraba Balotemen

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus. (Saraswati, 2014)

g. Reaksi Kehamilan Positif.

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin. (Saraswati, 2014)

3. Tanda Pasti Kehamilan

- a) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa, atau diraba juga bagian-bagian janin.

- b) Denyut jantung janin Denyut jantung janin bisa didengar dengan stetoskop monoral leanec, dicatat dan didengar dengan alat doppler dicatat dengan fotoelektro kardiograf, dan dilihat pada ultrasonografi.
- c) Terlihat tulang-tulang janin dalam fotorontgen. (Herdiana, 2013)

E. Fisiologi Kehamilan

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistemhormonal 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 besardanfluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang dapat disebut ovulasi (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

b. Sepermatozoa

Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberaparatus yang dapat mencapai tuba fallopi. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari , sehingga cukup waktu untukmengadakan konsepsi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

c. Konsepsi (pembuahan)

Pertemuan inti ovum dan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasidan 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 bertemudengan membentuk zigot. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

d. Proses Nidasi Atau Implementasi

Setelah pertemua kedua ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi duadan seterusnya. Nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke6-7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut Tanda Asyhan Hartman. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

e. Pembentukan plasenta

Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primervili korealis. Ruang amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat di antara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.1.5 Perubahan Fisiologis Kehamilan

Kehamilan menyebabkan perubahan-perubahan baik otomatis maupun fisiologis pada ibu.

1. Uterus

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion.(DAPDAP, 2018)

a. Ukuran

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik menjadi desidua ukuran pada kehamilan cukup bulan 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.(DAPDAP, 2018)

b. Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). (DAPDAP, 2018)

c. Bentuk dan konsistensi

Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk rahim seperti buah alpukat. Pada kehamilan empat bulan berbentuk bulat dan akhir kehamilan bujur telur. Rahim yang kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan dua bulan sebesar telur bebek dan kehamilan tiga bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak (soft) disebut tanda hegar. Pada kehamilan lima bulan, rahim teraba seperti cairan ketuban, dinding rahim teraba tipis,

karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.(DAPDAP, 2018)

d. Posisi rahim

- 1) Pada permulaan kehamilan, dalam letak anteflexi atau retroflexi.
- 2) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
- 3) Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati
- 4) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri. (DAPDAP, 2018)

e. Vaskularisasi

Aa uterine atau aa. Ovarika bertambah dalam diameter panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.(Efana, 2012)

f. Gambaran besarnya rahim dan tuanya kehamilan

Pada kehamilan 16 minggu. Kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (paritalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri terletak antara pertengahan simpisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.(Efana, 2012)

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

- 2) Pada kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri terletak setinggi pusat
- 3) Pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari di atas pusat. Menurut Spiegelberg dengan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis adalah 26,7 cm di atas simfisis.
- 4) Pada kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri terletak sama dengan usia 8 bulan tapi melebar kesamping yaitu terletak pertengahan pusat dan *processus xiphoideus*. (Efana, 2012)

1. Servik

Selama kehamilan, servik akan mengalami perubahan karena hormone esterogen dan progesteron. Akibat kadar esterogen meningkat dan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut tanda Goodell. (Efana, 2012)

2. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum, korpus luteum graviditatis berdiameter kira-kira 3 cm yang akan mengecil setelah plasenta terbentuk. Korpus luteum ini mengeluarkan hormone esterogen dan progesteron. (Efana, 2012)

3. Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva yang mengalami perubahan warna menjadi keunguan akibat adanya peningkatan pada pembuluh darah karena pengaruh hormone esterogen.(Efana, 2012)

4. Sistem integument/kulit

Pada kulit dinding peranakan terjadi perubahan warna kemerahan, kusam, dan kadang-kadang akan mengenai daerah payudara dan paha. perubahan ini dihasilkan dari cadangan melainkan pada daerah epidermal dan dermal. Esrogen dan progesteron memiliki peran dalam melanogenesis dan bisa disebut sebagai faktor pendorong.(Efana, 2012)

5. Payudara/mammae

Mammae akan membesar dan tegang karena akibat hormone somatomotropin, estrogen, dan progesterone, akan tetapi belummengeluarkan ASI. (Efana, 2012)

a) Fungsi hormone yang mempersiapkan payudara untuk pemberia asi, antara lain:

1) Estrogen, berfungsi

a. Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara

b. Menimbulkan penimpunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin besar

- c. Tekanan saraf-saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

(Efana, 2012)

2) Progesterone, berfungsi:

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

3) Somatomotropin, berfungsi :

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

4) Perubahan payudara pada ibu hamil

- a. Payudara menjadi lebih besar
- b. Areola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi
- c. Glandolamongomery makin tampak menonjol dipermukaan areola mammae
- d. Pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu keluar cairan putih jernih (kolostrom) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi
- e. Pengeluaran asi belum berjalan oleh karea prolaktin ini ditekan oleh PIH atau prolaktine inhibiting hormone.

- f. Setelah persalinan dengan dilahirkannya plasenta pengaruh estrogen, progesterone dan somotomamotropirn hipotalamus hilang sehingga proilaktin dapat dikeluarkan dar laktasi terjadi.
(Efana, 2012)

6. Sirkulasi darah/kardiovaskular

a. Volume darah

Volume dan darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak kira - kira 25 % dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (kardiacoutput) yang meningkat sebanyak kurang lebih 30 % . (DAPDAP, 2018)

b. Nadi dan tekanan darah

Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester ke-2 dan naik lagi seperti pada prahamil. Tekanan vena pada batas-batas normal. Paa ektermotas atas dan bawah cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 24 x/ menit. (DAPDAP, 2018)

c. Jantung

Pompa jantung mulai naik kira - kira 30 % . Setelah kehamilan 3 bulan dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. (DAPDAP, 2018)

d. Sistem respirasi

Selama kehamilan sirkum ferensia torak akan bertambah ± 6 cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh diafragma yang naik ± 4 cm selama kehamilan. (DAPDAP, 2018)

e. Saluran pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan eneg (nausea). Mungkin ini akibat kadar hormone estrogen yang meningkat. Tonus otot- otot traktus disgetifuyus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestifus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus. (Visi,dkk,2018)

f. Traktus urinarius

Sering buang air kecil, pembesaran rahim dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu. (DAPDAP, 2018).

g. Kulit

Pada kulit terdapat distosit pigmen dan hiper pigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh melano phore stimulating hormone (MSH) yang meningkat. (DAPDAP, 2018).

h. System endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti :

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

i. Metabolisme

Umumnya kehamilan mempunyai efek metabolisme, karena itu wanita hamil mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi efek pada sehat.

- a) Berat badan wanita hamil akan naik 6,5 sampai 16,5 kg. kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil preeklamsi dan eklamsi.

- b) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi.

Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang khususnya sesudah kehamilan 5 bulan keatas

- c) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein, di Indonesia masih banyak

dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vit B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan Fe dan roboransia yang berisi mineral dan vitamin. (Putranti,dkk,2018)

j. Sistem muskulus skeletal

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat dan ketidakseimbangan persendian akibat dari perubahan fisik selama kehamilan adalah:

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

k. Indeks Massa Tubuh (IMT) dan berat badan

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan 4kg pada kehamilan TM I, 0,5kg/minggu pada kehamilan TM II dan TM III. Totalnya sekitar 15-16 kg selama kehamilan (Sulistyawati, 2012). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah $51 / (1,57)^2 = 20,7$. (DAPDAP, 2018).

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan pada kehamilan muda

Perdarahan yang terjadi pada kehamilan muda biasanya terjadi pada usia kehamilan sebelum 24 minggu. perdarahan tersebut bisa disebabkan oleh:

a) Implantation bleeding

Perdarahan saat trophoblas melekat pada endometrium, biasanya terjadi saat implantasi 8 sampai 12 hari setelah fertilisasi. (Efana, 2012)

b) *Abortion.*

15% terjadi pada abortus spontan sebelum usia kehamilan 12 minggu dan sering terjadi pada primigravida. (Efana, 2012)

c) *Hydatidiform mola*

Akibat dari degenerasi chorionic vili pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi/ mola terjadi di dekat fetus. (Efana, 2012)

d) *Ectopic pregnancy*

Ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi diluar dari uteri cavity. (Efana, 2012)

e) *Cervical lesion (Lesi di cervik).*

f) *Vaginitis (Infeksi pada vagina).* (Efana, 2012)

a. Perdarahan pada kehamilan lanjut

Biasanya terjadi pada usia kehamilan setelah 24 minggu. perdarahan pada kehamilan lanjut dibagi menjadi 2 yaitu plasenta previa dan abrupsi plasenta.(DAPDAP, 2018).

b. Hipertensi gravidarum

Merupakan keadaan dengan tekanan darah sistolik dan diastolic lebih dari 140/90 mmHg. Pengukuran tekanan darah dilakukan sekurang-kurang 2 kali selang 4 jam. Kenaikan tekanan darah sistolik lebih dari 30mmHg dan kenaikan diastolic lebih dari 15 mmHg.(DAPDAP, 2018).

c. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut yang bersifat menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan apendicitis kehamilan ektopik, aborsi, radang panggul, penyakit kantung empedu, uterus yang irritable, ISK atau abrupsi plasenta.(DAPDAP, 2018).

d. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat disertai dengan pandangan kabur merupakan gejala preeklamsia. (DAPDAP, 2018).

e. Pandangan kabur

Pengaruh hormonal bisa mengacaukan pandangan pada ibu hamil. Gangguan visual yang dapat mengancam jiwa adalah bersifat mendadak, dan berbayang/ double vision. (DAPDAP, 2018).

f. Bengkak wajah dan jari-jari tangan (odema)

Merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini bisa merupakan tanda-tanda anemia, gagal jantung dan pre eklamsi. (DAPDAP, 2018).

g. Gerakan janin tidak terasa Secara

Secara normal ibu merasakan gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan. Jika bayi tidur gerakan janin melemah. Gerakan bayi sangat terasa pada saat ibu istirahat, makan, minum dan berbaring. Biasanya bayi bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. (DAPDAP, 2018).

2.1.7 Komplikasi Kehamilan

1. Komplikasi Kehamilan Muda

a. Hiperemesis Gravidarum

“*morning sickness*” dengan muntah terus menerus, makan kurang dapat menyebabkan gangguan suasana kehidupan sehari-hari, dalam situasi demikian disebut hiperemesis gravidarum. (UMPO, 2013)

b. Keguguran kandungan

Keguguran adalah terhentinya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar kandungan pada umur kurang dari 28 mgg. Beberapa factor yang dapat menyebabkan keguguran sebagai berikut:

- a) Faktor telur atau ovum yang kurang baik
 - b) Faktor spermatozoa yang kurang sempurna
 - c) Ketidaksuburan lapisan rahim (endometrium) yang disebabkan oleh kurangnya gizi, kehamilan dengan jarak pendek.
 - d) Faktor penyakit sistemik pada ibu seperti penyakit jantung, paru ginjal, tekanan darah tinggi, hati dan penyakit kelenjar dengan gangguan hormone pada ibu.(UMPO, 2013)
- c. Kehamilan dengan degenerasi penyakit trofoblas
- Kehamilan penyakit trofoblas adalah penyimpangan kehamilan yang terjadi degenerasi hidrofik dari jonjot Korean, sehingga berupa buah anggur, dengan mengandung banyak cairan dan hormon. Pada kehamilan penyakit trofoblas terjadi pembesaran perut yang lebih cepat, tanpa terdapat janin dalam rahim, serta dapat terjadi perdarahan.
- d. Kehamilan di luar kandungan (kehamilan ektopik)
- Salah satu fungsi saluran telur untuk membesarkan hasil konsepsi atau zigot sebelum turun dalam rahim. Tetapi oleh karena beberapa sebab, dapat terjadi gangguan dari perjalanan hasil konsepsi dan tersangkut serta tumbuh dalam saluran telur atau di sebut dengan tuba fallopi

2. Komplikasi kehamilan trimester ketiga

a. Persalinan prematuritas

Persalinan prematuritas (premature) dimaksudkan dengan persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-6 mgg, dengan berat badan lahir kurang dari 2,5 kg.

b. Kehamilan ganda atau kembar

Kehamilan ganda sering terjadi dengan frekuensi 1;89 kehamilan. Kehamilan ganda sejak umur muda sudah dapat ditetapkan dengan jalan melakukan pemeriksaan USG.

c. Kehamilan dengan perdarahan

Perdarahan pada kehamilan memberikan dampak yang membahayakan ibu maupun janin dalam kandungan. Sekalipun demikian perdarahan yang terjadi mungkin berasal bukan dari kehamilan seperti pembuluh darah pecah (varises), polip dari mulut rahim.

d. Perdarahan plasenta previa

Adalah keadaan implantasi plasenta demikian rupa sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim, sehingga pembuluh darah besar ada pada sekitar mulut rahim. Dengan makin tuanya kehamilan dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim, terjadinya pergeseran plasenta beserta pembuluh darahnya.

e. Perdarahan solusio plasenta

Nidasi (implantasi) hasil konsepsi sebagian besar terjadi pada fundus uteri (puncak rahim), sebagian tempat yang normal. Yang dimaksudkan dengan perdarahan solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari implantasinya yang normal (fundus uteri) sehingga menimbulkan rasa sakit dengan gangguan nutrisi pada janin.

f. Perdarahan pada sinus marginalis

Perdarahan ini terjadi menjelang persalinan jumlahnya tidak terlalu banyak, tidak membahayakan janin dan ibunya, karena persalinan segera akan berlangsung.

g. Perdarahan vasa previa

Vasa previa adalah penyilangan pembuluh darah pada mulut rahim yang berasal dari inversion vilamentosa plasenta. Seperti diketahui jenis perlekatan/ penempelan tali pusat pada plasenta dalam bentuk insersio sentralis bila tali pusat melekat tepat ditengah plasenta, insersio parasental perlekatan tali pusat disekitar bagian tengah plasenta, insersio marginalis bila perlekatan tali pusat disekitar di tepi plasenta, insersio vilamentosa bila tali pusat melekat di luar plasenta, sehingga pembuluh darahnya berada diselaput plasenta sebelum mencapai tali pusat.

h. Kehamilan dengan ketuban pecah dini

Pengeluaran air ketuban (amnion) sebagian besar terjadi menjelang persalinan dengan pembukaan mendekati lengkap. Oleh karena pembukaan lengkap menyebabkan selaput bagian depan menonjol dan merupakan bagian paling lemah dan dapat menyebabkan selaput pecah dengan mengeluarkan air.

i. Kehamilan dengan janin dalam rahim

Setelah umur hamil diatas 16 minggu, dapat dirasakan gerak janin dalam rahim yang disebut “quickening” sebagai gerakan pertama. Gerakan janin merupakan pertanda penting bahwa janin dalam keadaan hidup sehat dan diminta perlindungan dengan jalan pengawasan hamil teratur.

Ada kemungkinan gerak janin berkurang setelah kepala janin masuk pintu atas panggul, karena bagian terendah terinfeksi. Dengan berkurang atau menghilangnya gerakan janin dapat menjadi pertanda bahwa janin mengalami kematian dalam rahim. (Efana, 2012).

2.1.8 Perubahan Psikologi Kehamilan

a) Trimester 1

Trimester pertama ini sering dirujuk sebagai masa penentu. Penentuan untuk menerima kenyataan bahwa ibu sedang hamil segera setelah konsepsi, kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan

timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah,lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. . (UMPO, 2013)

b) Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara konstruktif. . (UMPO, 2013)

c) Trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Rasa tidak nyaman akibat timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasadirinya jelek. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya kehilangan perhatian khusus yang diterimaselama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan ketenangan dan dukunagan dari suami, keluarga, dan bidan . (UMPO, 2013)

2.1.9 Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil

A. Kebutuhan Zat Gizi

1. Energi

- a. Energi sebaiknya sebagian besar berasal dari karbohidrat. Sumber –sumber karbohidrat utama adalah beras, sereal, gandum.

- b. Kebutuhan kalori perhari : TM I 100-150 Kkal/hari, TM II 200-300 Kkal/hari.

B. Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang nyaman dan dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan ganjal dengan menggunakan bantal dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri. (Saraswati, 2014)

C. Personal hygiene

- a. Kebersihan perlu dijaga untuk mencegah infeksi.
- b. Perawatan payudara

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

tenggelam diusahakan agar keluar dengan melakukan pemijatan setiap kali mandi.

- c. Kebersihan gigi dan mulut. Pemeriksaan dini ke dokter gigi dianjurkan untuk menjamin pencernaan yang sempurna.
- d. Kebersihan daerah genetalia perlu dijaga untuk mencegah keputihan terutama jika sering BAK.(Saraswati, 2014)
- e. Pakaian

Pakaian longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher.

1. Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi.
2. Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu.
3. memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi.
4. Pakaian dalam yang selalu bersih.(Saraswati, 2014)

D. Eliminasi

1. Buang Air Kecil (BAK)

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

2. Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesterone. konstipasi juga dapat terjadi akibat dari efek samping penggunaan zat besi. (Marmi, 2014)

E. Oksigen

Oksigen

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

D. Nutrisi

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

Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan antara lain :

a. Kalori

Setiap harinya ibu hamil memerlukan kalori sebanyak 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, sekaligus menjadi faktor predisposisi terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. (Saifuddin,2010)

b. Protein

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

c. Mineral

1) Kalsium

Ibu hamil memerlukan 1.200 mg kalsium per hari. (Saraswati, 2014). Bila asupan kalsium ibu kurang maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu. (Hutahaean,2013)

2) Fosfor

Berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta meningkatkan metabolisme kalsium ibu

(Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 1.200 mg kalsium per hari.(Kamariyah,2014)

3) Zat Besi

Sebagian besar anemia disebabkan oleh :

Defisiensi zat besi, oleh karena itu perlu ditekankan kepada ibu hamil untuk mengonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan. Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300% (1.400 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu selama hamil melainkan perlu ditunjang dengan suplemen zat besi. Pemberian suplemen zat besi dapat diberikan sejak 12 minggu setelah kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan 6 minggu setelah kelahiran untuk mencegah terjadinya anemia postpartum. (Saraswati, 2014)

4) Yodium

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

5) Seng/zink

berfungsi dalam metabolisme komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesis DNA dan

RNA, ibu hamil membutuhkan 15 mg zink per hari.

(Kamariyah,2014)

6) Natrium

Berfungsi mempertahankan keseimbangan cairan, asam basa, iritabilitas muskuler, dan mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf

(Kamariyah, 2014). Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram per minggu sehingga ibu hamil cenderung mengalami edema. (Saraswati, 2014)

d. Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Ibu hamil membutuhkan 200-400 μg per hari. Asam folat berfungsi mencegah cacat tabung saraf (*Neural tube defects*) spina bifida. Kekurangan asam folat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. . (Saraswati, 2014)

e. Vitamin

1) Vitamin yang dapat larut dalam lemak adalah :

a) Vitamin A

Berfungsi membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, kulit, organ dalam, dan fungsi rahim. (Kamariyah, 2014). Kebutuhan yang dibutuhkan ibu hamil 200 RE (Retinol Ekivalen) per hari (Hutahaena, 2013)

b) Vitamin D

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

c) Vitamin E

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

2) Vitamin yang dapat Larut dalam Air

a) Vitamin C

Berfungsi meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan 250 mg per hari Vitamin C. (Varney et all, 2010)

b) Vitamin B6

Berfungsi dalam pembuatan asam amino dalam tubuh . (Hutahaena, 2013). Hamil membutuhkan 2,2 mg vitamin B6 per hari (Kamariyah, 2014)

E. Hubungan Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa

kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan. Jika ada riwayat abortus sebelumnya, koitus di tunda sampai usia kehamilan di atas 6 minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang pekiraan tanggal persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks/uterus. Pada beberapa keadaan seperti kontraksi/tanda0tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, keputihan, ketuban pecah, perdarahan pervaginam, abortus iminiens atau abortus habitualis, kehamilan kembar dan penyakit menular sebaaiknya koitus jangan dilakukan.(Saraswati, 2014)

F. Imunisasi

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk

Melindungi dari zat asing (infeksi).

Disini vaksin dibagi beberapa jenis, yaitu :

1. Toksoid dari vaksin mati.
2. Vaksin virus mati.
3. Virus hidup.
4. Preparat globulin imun.

Toxoid adalah preparat dari racun bakteri yang dirubah secara kimiawi/endotoksinyang dbuat oleh bakteri. Vaksin mati berisi mikroorganisme yang dibuat tidak aktif denganpanas atau bahan kimia. Vaksin virus hidup dibuat dari strain virus yang memberikan perlindungan tetap tidak cukup kuat untuk menimbulkan penyakit. Preparat imun globulin adalah protein yang terbuat dari darah manusia yang dapat menghasilkan perlindunganantibody pasif/ temporer. Vaksin ini untuk melawanpenyakit hepatitis B, rabies, varisela.(Saraswati, 2014)

Vaksin dinilai keefektifan dan potensinya dalam membahayakan kehamilan .vaksin mati aman untuk ibu hamil , tidak ada bukti vaksin mati mempunyai efek pada janin/meningkatkan resiko keguguran. Vaksin hidup jangan pernahdiberikan kepada ibu hamil. satu-satunya imunisasi yang dianjurkan penggunaanselama hamil adalah tetanus. Vaksin campak, rubela, gondongan sebaiknya diberikan sebelum kehamilan/segera setelah kelahiran . wanita hamil mendapat vaksinasi primer polio hanya bila resiko terpajan sangat tinggi (polio tidak aktif).

Ibu dianjurkan untuk meminta imunisasi Tetanus Toksoid (TT) kepada petugas. Imunisasi ini mencegah tetanus pada bayi. Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan). (Saraswati, 2014)

G. Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama. Kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu 1x pada TM I, 1x pada TM II, 2x pada TM III. (Saraswati, 2014)

2.1.10 Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

1) Support keluarga

a. Trimester I

- a) Memberi pengertian bahwa perubahan yang terjadi merupakan hal yang normal dapat terjadi pada setiap ibu hamil

- b) Bertukar pengalaman yang menyenangkan

- c) Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk meringankan beban kerja istri.

b. Trimester II

- a) Bersama-sama dengan ibu untuk merencanakan persalinan
- b) Ikut mewaspadai adanya komplikasi
- c) Bersama-sama mempersiapkan suatu rencana persalinan dan tanda-tanda bahaya apabila terjadi komplikasi

c. Trimester III

- a) Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan
- b) Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinannya
- c) Bersama-sama memantapkan persiapan dengan tetap waspada terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.

2) Support dari tenaga kesehatan

a. Trimester I

- a) Menjelaskan dan meyakinkan pada ibu bahwa apa yang terjadi padanya adalah sesuatu yang normal

- b) Membantu untuk memahami setiap perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikologis
- c) Yakinkan bahwa ibu akan mulai merasa lebih baik dan berbahagia pada trimester II

b. Trimester II

- a) Mengajarkan pada ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda-tanda bahaya
- b) Bersama ibu dan keluarga dalam merencanakan kelahiran dan rencana kegawat daruratan

c. Trimester III

- a) Memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu Adalah normal
- b) Menenangkan ibu
- c) Membicarakan kembali dengan bagaimana tanda-tanda persalihan yang sebenarnya
- d) Meyakinkan bahwa anda akan selalu berada bersama ibu untuk membantu melahirkan bayinya.

3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

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

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

4) Persiapan sibling

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

2.1.11 Kunjungan Antenatal Care

Pelayanan *antenatal care* bisa disebut lengkap apabila dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan *antenatal care* yaitu minimal 6 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pelayanan sebagai berikut:

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

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

Pelayanan yang dilakukan meliputi :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Nilai stustus gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)

- d. Ukur tinggi fundus uteri
- e. Menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- g. Beri tablet tambah darah (tablet besi)
- h. Pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus (pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah (HB), protein urin, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA)
- i. Tata laksana/ penanganan kasus
- j. Temu wicara atau konseling
 - 1) Kesehatan ibu
 - 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
 - 3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
 - 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
 - 5) Asupan gizi seimbang
 - 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
 - 7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemio meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
 - 8) Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif

- 9) KB pasca persalinan
- 10) Imunisasi
- 11) Peningkatan kesehatan intelegisia pada kehamilan
(*Brainbooster*). (Kementrian Kesehatan, 2015)

2.1.12 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Pada Trimester III

1. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester Ketiga

a. Heartburn

1) Penyebab

- a) Relaksasi sfingter kardia
- b) Penurunan motilitas GI
- c) Peningkata produk progesterone
- d) Pergeseran lambung

2) Edukasi pada pasien

- a) Menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit-sedikit tetapi sering dengan selang waktu
- b) Mengingatnya agar menghindari makanan yang berlemak serta digoreng dan produk makan/minuman yang mengandung kafein
- c) Menganjurkan kepada pasien untuk mempertahankan posisi tubuh yang tegak paling sedikit 45 menit sesudah makan

d) Menganjurkan kepada pasien untuk menanyakannya dahulu kepada dokter atau bidan yang merawatnya sebelum minum obat antacid yang dibeli bebas.

b. Konstipasi (sembelit)

1) Penyebab

- a) Suplemen zat besi
- b) Pergeseran intestinum oleh janin
- c) Kelambanan usus akibat peningkatan kadar progesterone dan metabolisme steroid

2) Edukasi pada pasien

- a) Menganjurkan kepada pasien untuk berolah raga setiap hari dengan intensitas yang sedang
- b) Menasehati pasien untuk minum lebih banyak cairan dan makan lebih banyak makanan berserat
- c) Mendorong pasien untuk mempertahankan pola urinasi yang teratur yang tidak mengabaikan perasaan ingin membuang air kecil
- d) Mengingat kepada pasien untuk tidak memakai suplemen minyak mineral karena suplemen ini dapat menyebabkan depleksi asupan vitamin yang larut lemak

c. Penyakit hemoroid

1) Penyebab

- a) Tekanan pada vena pelvis oleh uterus yang membesar sehingga mengganggu sirkulasi darah vena
- b) Peningkatan tekanan yang terjadi sekunder karena konstipasi

2) Edukasi pada pasien

- a) Menjelaskan cara-cara untuk mencegah konstipasi
- b) Mengingatkan pasien agar tidak berdiri terlalu lama dan tidak mengenakan pakaian yang ketat
- c) Menganjurkan kepada pasien untuk menggunakan salep wasir atau salep anestesi jika dibolehkan
- d) Mendorong penggunaan kompres *witch hazel*
- e) Mengajarkan kepada pasien untuk melakukan *sitz baths* atau kompres air hangat
- f) Menganjurkan kepada pasien untuk berbaring pada sisi kiri tubuhnya dengan kedua kaki sedikit ditinggikan

d. Nyeri punggung

1) Penyebab

- a) Penyesuaian postur tubuh akibat keamilan yang timbul karena peningkatan lengkungan lumbosacral oleh pembesaran uterus

2) Edukasi pada pasien

- a) Mengajarkan pasien bagaimana menggunakan mekanika tubuh yang benar
 - b) Mendorong pasien untuk mempertahankan postur tubuh yang baik
 - c) Menganjurkan kepadanya untuk mengenakan sepatu dengan tumit yang rendah hingga sedang
 - d) Menyarankan untuk berjalan dengan panggul dimiringkan kedepan
 - e) Menasehati pasien untuk melakukan pemanasan local pada punggungnya jika diperlukan
 - f) Menganjurkan kepada pasien agar memakai kasur yang keras atau menyisipkan papan dibawah kasur agar lebih keras
 - g) Mengajarkan kepada pasien bagaimana melakukan latihan gerakan panggul atau latihan memiringkan panggul
- e. Kram otot tungkai
- 1) Penyebab
 - a) Tekanan oleh uterus yang membesar
 - b) Sirkulasi yang buruk
 - c) Fatigue
 - d) Keseimbangan rasio kalsium-fosfor

2) Edukasi pada pasien

- a) Jika diperlukan membantu pasien melakukan diet yang mengubah asupan kalsium dan fosfor
- b) Menganjurkan istirahat yang frekuen dengan kedua tungkai sedikit ditinggikan
- c) Menganjurkan kepada pasien untuk mengenakan pakaian yang hangat
- d) Menganjurkan kepadanya apa yang harus dilakukan saat mengalami kram tungkai: menarik jari-jari kaki kearah tungkai sementara lutut ditekan dibawah

f. Sesak nafas

1) Penyebab

- a) Disebabkan oleh tekanan uterus pada diafragma

2) Edukasi pada pasien

- a) Anjurkan kepada pasien untuk mempertahankan postur tubuh yang benar khususnya ketika berdiri
- b) Anjurkan kepada pasien menggunakan posisi semi fowler ketika tidur dan memakai bantal tamahkan sebagai penyangga

- c) Menganjurkan aktifitas dan istirahat yang seimbang

g. Edema pergelangan kaki

1) Penyebab

a) Vena return yang buruk dari ekstremitas bawah; diperparah oleh duduk atau berdiri yang lama dan oleh hawa panas

b) Retensi cairan

2) Edukasi pada pasien

a) Menyarankan kepada pasien agar berbaring miring pada sisi kiri tubuh ketika berada ditempat tidur untuk meningkatkan laju filtrasi glomerulus (GFR) ginjal.

b) Menganjurkan kepada pasien untuk menghindari pakaian yang ketat dan menjepit

c) Menasehatinya untuk meninggikan kedua tungkai pada saat beristirahat

d) Mendorongnya untuk melakukan gerakan dorsifleksi kaki ketika berdiri atau duduk dalam waktu lama

e) Menganjurkan kepada pasien untuk bangkit dan bergerak sekitar setiap 1 hingga 2 jam sekali ketika duduk dalam waktu lama (MSN & SAPUTRA, 2014)

2.1.13 Asuhan Kebidanan Masa Pandemi Pada Ibu Hamil

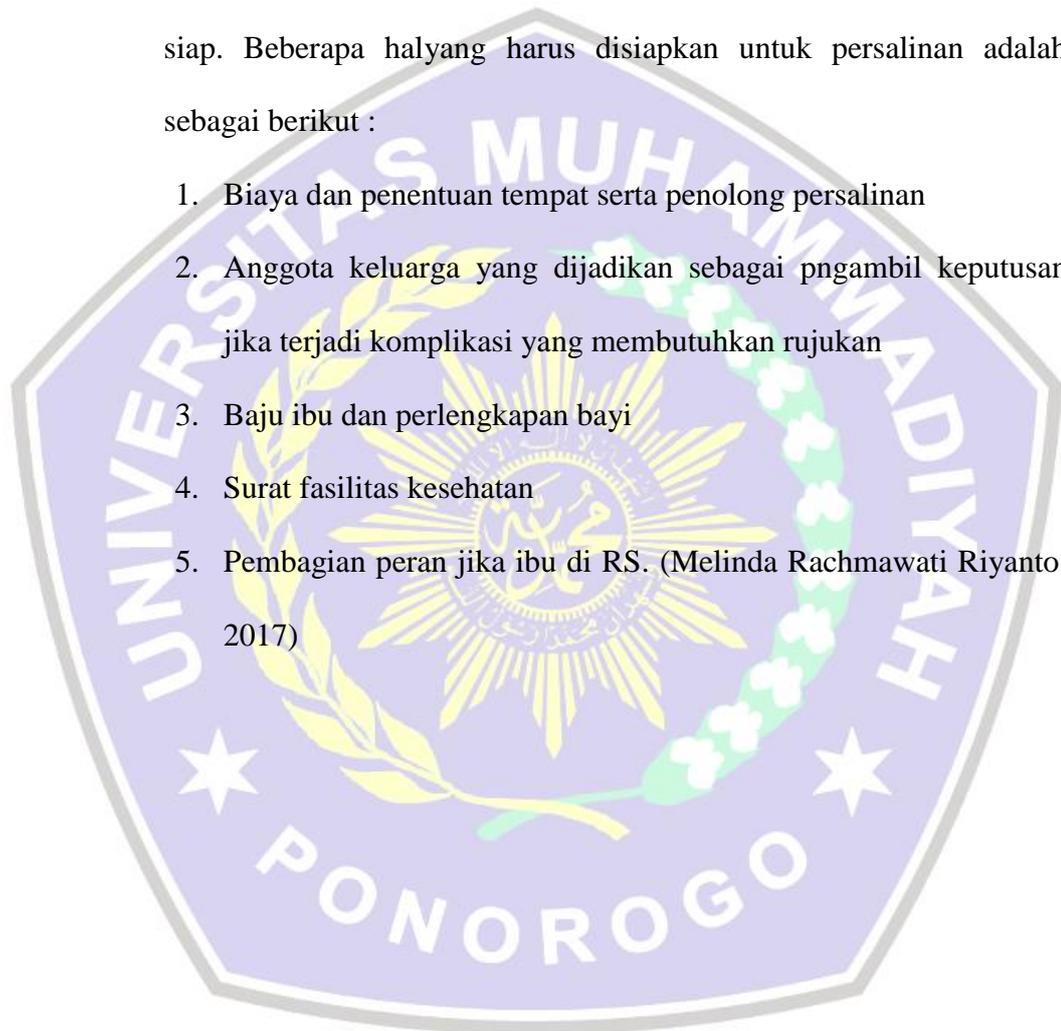
a) Untuk pemeriksaan hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama. Selama perjalanan ke fasyankes tetap melakukan pencegahan penularan COVID-19 secara umum.

- b) Pengisian stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
- c) Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari.
- d) Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko / tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.
- e) Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerakan janin (minimal 10 gerakan per 2 jam).
- f) Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikkan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil / yoga / pilates / aerobic / peregangan secara mandiri dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
- g) Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
- h) Kelas Ibu Hamil ditunda pelaksanaannya sampai kondisi bebas dari pandemik COVID-19.(Kemenkes, 2020)

2.1.14. Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari. Karena hal ini agar tidak terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa hal yang harus disiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

1. Biaya dan penentuan tempat serta penolong persalinan
2. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pngambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan
3. Baju ibu dan perlengkapan bayi
4. Surat fasilitas kesehatan
5. Pembagian peran jika ibu di RS. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)



2.2.2 Asuhan Kehamilan

a) Tujuan pelayanan kebidanan

1. Pengawasan serta penanganan wanita hamil dan saat persalinan.
2. Perawatan dan pemeriksaan sesudah persalin.
3. Perawatan neonatus-bayi.
4. Pemeliharaan dan pemberian laktasi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Dari tujuan pelayanan kebidanan tersebut dapat dijabarkan

Beberapa istilah tersebut :

1. Antenatal care
pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.
2. Prenatal care
pengawasan intensif sebelum kelahiran.
3. Antenatal care
pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada ibunya.

Sebagai batasan pemeriksaan antenatal (pengawasan antenatal) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan memberikan ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

b) Tujuan Pengawasan antenatal Secara

pengawasan antenatal bertujuan untuk:

1. Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
2. Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
3. Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
4. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.
5. Dengan memerhatikan batasan dan tujuan pengawasan antenatal.

(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

c) Jadwal Pemeriksaan Antenatal

1. Pemeriksaan pertama. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
2. Pemeriksaan ulang:
 - a. Setiap bulan sampai usia kehamilan 6 sampai 7 bulan.
 - b. Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan.
 - c. Setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.
3. Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan tertentu. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

PERSALINAN

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

1) Definisi Persalinan

kala II adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala II juga di sebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Dari dua pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses yang alamiah dari pembukaan lengkap hingga pengeluaran janin tanpa bantuan alat apapun. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.2.2 Jenis Persalinan

1. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri. (Kurnia, 2017)
2. Persalinan buatan

Persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dariluar misalnya ekstraksi dengan forcep/ dilakukan operasi section caesaria. (Kurnia, 2017)

3. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian poticin dan prostaglandin. (Kurnia, 2017)

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

1. Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ketika kehamilan kurang dari 22 minggu dan BB kurang dari 500 gram. (Kurnia, 2017)
2. Imatur adalah partus dengan umur kehamilan 22-28 minggu dan BB 500-1000 gram. (Kurnia, 2017)
3. Prematur adalah partus dengan umur kehamilan 28-37 minggu dan BB 1000-2500 gram. janin dapat hidup tapi alat-alat vital (otak, jantung, paru, ginjal) belum sempurna, sehingga mengalami kesulitan untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. (Kurnia, 2017)
4. Aterm adalah partus dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan BB 2500 gram atau lebih. (Kurnia, 2017)

5. Posterm/ serotinus adalah partus dengan umur kehamilan >42 minggu. (Kurnia, 2017)
6. Presipitatus adalah persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam, dapat disebabkan oleh abnormalitas, kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat, atau pada keadaan yang sangat jarang dijumpai, tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses persalinan yang sangat kuat. (Kurnia, 2017)

2.2.3 Teori Terjadinya Persalinan

1) Rasio Estrogen Terhadap Progesteron

Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga ekspulsi fetus tidak terjadi. Sedangkan estrogen dapat meningkatkan kontraksi uterus karena estrogen meningkatkan jumlah otot-otot saling berhubungan satu sama lain (gap junction) antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan saat permulaan inpartu. (Kurnia, 2017)

2) Teori plasenta menjadi tua

Menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim. (Kurnia, 2017)

3) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta. (Kurnia, 2017)

4) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus. (Kurnia, 2017)

5) Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya kontraksi progesterone karena matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai. (Kurnia, 2017)

6) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otak tidak terbentuk) sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus. (Kurnia, 2017)

7) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. (Kurnia, 2017)

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi Persalinan

a. Power (kekuatan)

merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu.

Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi his pembukaan, his pengeluaran, his pelepasan plasenta dan his pengiring. (Kurnia, 2017)

b. Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi menjadi dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal – hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir adalah 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. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

a. Jalan lahir terbagi atas :

1. Bagian keras (tulang-tulang panggul dalam obstetric)

yaitu:

a) Tulang ilium (tulang usus)

- b) Tulang ishium
- c) Tulang pubis
- d) Tulang sakrum (*os sacrum*)
- e) Tulang koksigis (*os coccygis*)
- f) Pintu atas panggul. (Kurnia, 2017)

Dalam obstetric terdapat 4 jenis panggul, yaitu :

1) Jenis ginekoid

Panggul jenis ini bentuk yang paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulayt seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan. Kurang lebih ditemukan 45% wanita.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2) Jenis android

Bentuk pintu atas panggul jenis ini hampir menyerupai segitiga. Panggul jenis ini pada umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai jenis panggul ini 15% wanita.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

i. Jenis platepoid

Panggul jenis ini memiliki bentuk seperti panggul jenis ginekoid, tetapi mengalami penyempitan pada arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

ii. jenis antropoid

Panggul jenis ini memiliki bentuk yang lonjong seperti telur, panggul jenis ini ditemukan pada 35% wanita. (Kurnia, 2017)

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

a. Bidang-bidang panggul

Menurut (Jenny J.S. Sondak, 2013), bidang hodge dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, yaitu:

1) Bidang Hodge I: bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.

2) Bidang Hodge II : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.

3) Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.

4) Bidang Hodge IV : bidang yang sejajar dengan Hodge I, II, III, terletak setinggi os coccygis (Kurnia, 2017)

c. Passenger (Janin dan plasenta)

Cara Penumpang (Passenger) atau janin bergerak sepanjang jalanlahir dipengaruhi ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Kepala janin dapat mengalami cedera pada persalinan yang dapat membahayakan janin, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain disebut moulage atau molase sehingga kepala bayi bertambah kecil. (Kurnia, 2017)

d. Kekuatan (Power)

1. Kekuatan Primer (Kekuatan Involunter) antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (effacement) dan berdilatasi sehingga janin turun. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)
2. Kekuatan Sekunder (Kontraksi Volunter). Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

c. Posisi Ibu (Positioning)

- a. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh : posisi berdiri, bejalan, duduk, jongkok), membantu dalam penurunan janin dan dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

d. Respons Psikologis (Psychology Response)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh :

- b. Dukungan ayah bayi / pasangan selama proses persalinan.
c. Dukungan kakek – nenek (saudara dekat) selama persalinan.
d. Saudara kandung bayi selama persalinan. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

e. Pysche (respon psikologi ibu)

Kesiapan emosional (cemas, stress, dan takut) terhadap persiapan persalinan, support system (dukungan sosial dan lingkungan) berpengaruh terhadap proses persalinan. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

f. His

1) Macam-macam His

- a. pendahuluan atau his palsu

His yang sebenarnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi (braxton hicks). His pendahulu ini

bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri perut bagian bawah dan lipatan paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan (Rohani dkk, 2011)

b. His persalinan

His merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwa. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani dkk, 2011)

c. Jenis-jenis His

1) His pembukaan: his menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadipembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:

- a. Intervalnya makin lama makin pendek. (Citra Kunia putri dan trisna insan Noor, 2013)

b. Kekuatannya makin besar dan kala kelahiran diikuti dengan refleks mengejan. (Citra Kunia putri dan trisna insan Noor, 2013)

c. Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula. (Citra Kunia putri dan trisna insan Noor, 2013)

2) His pengeluaran: his yang mendorong bayi keluar, disertai dengan keinginan mengejan, sangat kuat, teratur, dan terkoordinasi bersama antara his kontraksi atau perut, kontraksi diafragma, serta ligamen. (Citra Kunia putri dan trisna insan Noor, 2013)

3) His pelepasan plasenta: his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta. (Citra Kunia putri dan trisna insan Noor, 2013)

4) His pengiring: kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari. . (Citra Kunia putri dan trisna insan Noor, 2013)

d. Sifat His

1. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

2. Kontraksi otot rahim dimulai dari tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar keseluruhan bagian uterus
3. Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi
4. Didominasi oleh fundus kemudian menjalar keseluruhan otot rahim
5. Kekuatan seperti mekanisme memeras isi rahim
6. Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim. (Citra Kurnia putri dan trisna insan Noor, 2013)

2.2.5 Mekanisme Persalinan Gerakan

a. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal/ pada posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. Engagement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara. Bilangan perlimaan kepala janin yang dapat dipalpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari 2/5 kepala janin dapat

dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged*.(Kurnia, 2017)

b. Descent

Penurunan kepala janin tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat.(Kurnia, 2017)

c. Flexion (Fleksi)

Pada umumnya terjadi flexi penuh/sepurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul membantu penurunan kepala selanjutnya. (Kurnia, 2017)

d. Internal Rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis.(Kurnia, 2017)

e. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati

bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut : oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.(Kurnia, 2017)

f. External Rotation (Restitution)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.(Kurnia, 2017)

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar : bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak : badan (toraks,abdomen tungkai) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, dan kaki.(Kurnia, 2017)

2.2.6 Tanda-tanda Persalinan

Terjadi lightening. Menjelang minggu ke-36, pada primigravida

terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya

berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering berkemih.

Tanda persalinan sudah dekat pada persalinan :

- 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 perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)
- b. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Pembukaan menyebabkan lendir dan perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)
- c. Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.2.7 Tahapan Persalinan

- a. Persalinan Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala 1 dibagi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

1. Fase Laten

Persalinan dimulai dari pembukaan servik kurang dari 4 cm, berlangsung selama 8 jam.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2. Fase Aktif

Persalinan servik membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif di bagi menjadi 3 yaitu :

a. fase akselerasi

dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b. Fase dilatasi maksimal

dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c. Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Kondisi ibu dan bayi

harus dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin: setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 30 menit, nadi: setiap 30 menit, pembukaan servik: setiap 4 jam, tekanan

darah dan temperatur: setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit, ibu dipulangkan dan dipesankan untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur dan lebih sering.

(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

1. Fisiologis Kala I

Kontraksi uterus pada persalinan merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Perubahan-perubahan fisiologis kala I adalah :

- a. Perubahan hormon.
- b. Perubahan pada vagina dan dasar panggul :

Kala I (ketuban meregang vagina bagian atas), setelah ketuban pecah (perubahan vagina dan dasar panggul), perubahan serviks (pendataran, pembukaan).

- c. Perubahan Uterus

Segmen atas rahim menjadi aktif, berkontraksi, dinding bertambah tebal.

Segmen bawah rahim / SBR menjadi pasif dan semakin tipis.

2. Keadaan Psikologis ibu bersalin Kala I

- a. Perasaan tidak enak.
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
- c. Sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal.
- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan.
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
- f. Apakah bayinya lahir normal atau tidak.
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya.
- h. Ibu merasa cemas. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

3. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin Kala I

Kebutuhan ibu selama kala I yaitu kebutuhan akan rasa aman dan nyaman, nutrisi, kebutuhan privasi, kebutuhan dukungan emosional, sosial dan spiritual. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Tabel 2.2 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada Fase Laten	Frekuensi pada Fase Aktif
Tekanan Darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu Badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 – 60 menit	Setiap 30 – 60 menit
Denyut Jantung Janin	Setiap 30 – 60 menit	Setiap 30 menit
Denyut Jantung Janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan Serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Walyani, 2015

b. Persalinan Kala II

1. Perubahan fisiologis

Asuhan Persalinan Kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II yaitu : His menjadi lebih kuat dan lebih sering (faetus axis), pressure, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, lahirnya fetus.(Melinda Rachmawati

Riyanto, 2017)

2.2.8 Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

- a. Terjadi Kontraksi Uterus Pada awal persalinan, kontraksi uterus berlangsung setiap 15- 20 menit dengan durasi 15-20 detik setelah itu kontraksi akan terjadi setiap 5-7 menit dengan durasi 30-40 detik. Selama fase aktif, kontraksi uterus menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang yakni 40 detik hingga mencapai 60 detik menjelang akhir fase aktif. (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)
- b. Perubahan – perubahan Uterus. Keadaan segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR). Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR, dimana SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong janin keluar. Sedangkan SBR mengadakan relaksasi dan dilatasi.(Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)
- c. Perubahan pada serviks. Ditandai pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba bibir portio, segmen bawah rahim (SBR) dan serviks.(Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)
- d. Perubahan pada vagina dan dasar panggul. Karena suatu regangan dan kepala sampai vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus menjadi terbuka,

perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.(Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)

2.2.9 Respon Fisiologis Persalinan

Emotional distress, nyeri menurunkan kemampuan mengendalikan emosi dan cepat marah, lemah, takut, kultur (Respon terhadap nyeri, Posisi, Pilihan kerabat yang mendampingi, Perbedaan kultur harus diperhatikan).(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

a. Tanda dan Gejala Persalinan Kala II

Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada rektum/ vagina, perineum menonjol, vulva vagina,spinterani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir darah.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

b. Diagnosa Persalinan Kala II

Diagnosis kala II dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan servik telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.2.10 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, bagi segi/perasaan maupun fisik. Seperti :

- a. Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan : mendampingi Ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi, dan memijat ibu. (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)
- b. Menjaga kebersihan diri : Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi, jika ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan, kenyamanan bagi ibu. (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)
- c. Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan/ketakutan ibu, dengan cara : menjaga privasi ibu, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu, mengatur posisi ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih sesering mungkin. (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)

A. Tanda Bahaya Kala II

a. Tanda bahaya bagi janin

takikardia, bradikardia, deselerasi, meconium staining, hiperaktif.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

b. Tanda-tanda bahaya

Distosia bahu/shoulder dystocia adalah tertahannya bahu depan diatas simfisis, ketidak mampuan melahirkan bahu pada persalinan normal. Insidens 1-2 per 1000 kelahiran, 16 per 1000 kelahiran bayi > 4000 g. Komplikasi Distosia bahu :

1. Bayi

kematian, Asfiksia dan komplikasinya, Fraktur- klavikula, humerus dan Kelumpuhan pleksus brachialis.

2. Ibu

Perdarahan postpartum, Ruptur uteri.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

c. Faktor risiko

Kehamilan lewat waktu, obesitas pada ibu, bayi makrosomia, riwayat distosia bahu sebelumnya, kelahiran lewat operasi, persalinan lama, diabetes

yang tidak terkontrol.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

B. Menolong Persalinan

Persalinan adalah peristiwa normal yang berakhir dengan

kelahiran normal tanpa adanya intervensi. Penolong persalinan akan selalu membimbing, memberi dukungan terus menerus, membesarkan hati ibu dan saran-saran (memberikan instruksi cara meneran).

Hindari manuver Valsava karena akan menyebabkan pasokan oksigen ke janin berkurang. Ibu atau klienlah yang mengatur dan mengendalikan saat meneran bukan penolong.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Kala II persalinan merupakan pekerjaan yang sangat sulit bagi ibu. Suhu tubuh ibu akan meninggi, ibu mengedan selama kontraksi dan kelelahan. Petugas harus mendukung ibu atas usahanya untuk melahirkan bayinya. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

a. Persiapan persalinan

1. Persiapan Ruangan

1. Ruangan hangat dan bersih, sumber air bersih dan mengalir, air DTT, air bersih dengan jumlah yang cukup dan tersedia alat-

alat untuk kebersihan, kamar mandi yang bersih dan jangan lupa di DTT, tempat cukup luas, ibu mendapatkan privasi, penerangan yang cukup baik, tempat tidur bersih, tempat yang bersih, meja yang bersih.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2. Persiapan Penolong

cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, pakai sarung tangan, perlengkapan perlindungan pribadi (APD).(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

3. Persiapan Perlengkapan Persalinan

4. Partus set, haeting set, tempat sampah, tempat pakaian kotor, alat pemeriksaan vital sign, obat-obatan, alat suntik, bahan habis pakai dan pakaian bayi.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

5. Persiapan Ruangan untuk Kelahiran Bayi.

Ruangan harus bersih dan hangat (bebas dari tiupan angin, sediakan lampu, selimut).(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

6. Persiapan Ibu dan Keluarga

pendampingan oleh keluarga, libatkan keluarga dalam asuhan ibu, support ibu dan keluarga, tentramkan hati ibu selama kala II, bantu ibu memilih posisi yang nyaman saat bersalin, ajarkan ibu teknik meneran yang benar, anjurkan minum ibu selama kala II, membersihkan perineum ibu, pengosongan kandung kemih, amniotomi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.2.11 Patograf

Penerapan partograf WHO ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memerhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan diharapkan partus terlantar atau partus kasep semakin berkurang untuk dapat menurunkan angka kematian maternal dan perinatal.

a. Dasar partograf WHO

1. Fase aktif mulai pembukaan 3 cm.
2. Fase laten lamanya 8 jam.
3. Pada fase aktif pembukaan untuk primigravida dan multigravida sama tidak boleh kurang dari 1 cm/jam. Pemeriksaan dalam hanya dilakukan dengan interval waktu 4 jam. Keterlambatan persalinan selama 4 jam,

memerlukan intervensi medis, dengan mempertimbangkan indikasi, dan keadaan umum ibu maupun janinnya.

b. Kontraindikasi pelaksanaan partograf WHO

Untuk dapat menjamin keberhasilan partograf WHO dengan baik maka partograf tidak dipergunakan pada kasus: Wanita hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, perdarahan antepartum, pre- eklamsia berat dan eklamsia, persalinan prematur, persalinan bekas seksio sesaria atau bekas operasi rahim (uterus), persalinan dengan hamil ganda, kelainan letak, pada keadaan gawat janin, dugaan kesempitan panggul, persalinan dengan induksi, hamil dengan anemia berat.

Kasus-kasus di atas digolongkan sebagai kehamilan risiko tinggi sehingga perlu segera dilakukan rujukan, untuk mendapatkan pertolongan yang memadai.

c. Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf WHO
Keuntungan partograf.

1. Tersedia cukup waktu melakukan rujukan (sekitar 4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada.
2. Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk mengambil tindakan sehingga tercapai well born baby dan well health mother.

3. Terbatasnya melakukan pemeriksaan dalam, dapat mengurangi infeksi intrauterin.

Kerugian partograf :

1. Kemungkinan terlalu cepat melakukan rujukan, yang sebenarnya dapat diselesaikan di Puskesmas atau setempat.
2. Partograf diharapkan dapat menyelesaikan pertolongan persalinan pada garis waspada dengan jalan:
3. Rujukan semakin baik sehingga tidak merugikan penderita.
4. Pertolongan medis dapat dilakukan dengan lebih sempurna sehingga angka kesakitan dan kematian dapat diturunkan.
5. Mendapatkan tindakan medis sesuai dengan keadaan dan di tangan yang tepat.
6. Secara nasional partograf diharapkan membantu menurunkan angka kematian maternal dan perinatal sebagai cermin kemampuan memberikan pelayanan dan pengayoman medis yang menyeluruh dan lebih bermutu. Bidan diharapkan agar mempelajari dan mempergunakan pertolongan persalinan dengan partograf WHO sehingga lini pelayanan kesehatan ibu terdepan dapat berperan lebih baik. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

d. Pengenalan Partograf WHO

Partograf WHO mencatat beberapa hal sebagai berikut:

1. Identitas umum penderita

- a) Nama
- b) Usia
- c) Alamat
- d) Masuk rumah sakit

2. Identitas biologis obstetri

- a) Gravida (G), Para (P), Abortus (A)
- b) Ketuban: pecah, pukul? warna?
- c) Mules (His): sejak pukul? tanggal?

e. Catatan penilaian

1. Denyut jantung janin

Batas normal antara 120 dan 160 dibuat garis tebal, di luar batas tersebut menuliskan asfiksia. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap jam selama satu menit.

2. Ketuban

Pencatatan ketuban dengan tanda U (ketuban masih utuh), J (air ketuban jernih), M (air ketuban bercampur mekonium), K (air ketuban minimal atau kering). Bila air ketuban bercampur mekonium atau sangat sedikit harus dicurigai kemungkinan "gawat janin" sehingga dilakukan pengamatan denyut jantung janin.

3. Molase tulang kepala janin

Molase tulang kepala janin menunjukkan terjadi pemaksaan tekanan. Tanda yang dicantumkan pada kolom molase adalah: 0 (tanpa terjadi molase), + (tulang kepala menyentuh satu sama lain), ++ (tulang kepala tumpang tindih), +++ (tulang kepala tumpang tindih berat).

f. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada dua tanda berikut ini :

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 His dalam waktu 10 menit.

2. Perubahan servik berupa pendataran dan atau dilatasi servik Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase:

- a) Persalinan Kala I Fase Laten

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

- 2) Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam.

3) Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif.

b) Persalinan Kala I Fase Aktif

1) Fase ini dimulai saat dilatasi servik mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi servik lengkap.

2) Selama fase aktif, dilatasi servik berlangsung semakin progresif.

3) Kecepatan dilatasi servik + 1 cm per jam.

Pada multipara dilatasi servik rata-rata selama fase aktif kira-kira 1.5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam.

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

3. Penatalaksanaan Awal Persalinan Kala I Fase Laten:

a) Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan adalah observasi rutin. Pemeriksaan ulang dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan

minum seperti biasa dan disarankan untuk berjalan-jalan. Parturien mungkin masih belum perlu masuk kamar persalinan.

b) Fase laten tidak boleh melebihi waktu 8 jam, dengan demikian maka diagnosa saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan dan tidak perlu.

g. Kurva partograf WHO

1. Pada sumbu vertikal kurva partograf akan dijumpai informasi tentang pembukaan (dari 0-10 cm), penurunan kepala janin (antara 5 jari di atas simfisis [PAP] sampai tidak teraba melalui palpasi abdomen). Penulisan penurunan kepala janin adalah: 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5, atau 0/5.
2. Pada sumbu horizontal kurva partograf WHO terdapat penjabaran "waktu" sampai 24 jam. Artinya persalinan yang dinyatakan "mulai" dengan/ atau tanpa tindakan, berlangsung dalam waktu 24 jam. Batas fase laten 8 jam diberi garis tebal. Fase aktif terjadi pada pembukaan 3 cm dan mencapai 10 cm dalam 8 jam.
3. Garis-garis pada kurva partograf WHO: Batas fase laten 8 jam diberi "garis tebal". Fase aktif mulai pembukaan 3 cm dan mencapai 10 cm dalam 8 jam berlangsung linea; garis

ini disebut "garis waspada". Perjalanan pembukaan diharapkan berada di kiri garis waspada. Perjalanan pembukaan di sebelah kanan garis waspada dievaluasi penyebabnya sehingga dapat dilakukan rujukan. Setelah 4 jam, sejajar dengan garis waspada, dibuat garis lurus yang disebut "garis tindakan". Bila pembukaan memotong garis tindakan, artinya tindakan harus sudah diambil: dapat dilakukan observasi, pemecahan ketuban, induksi persalinan, atau tindakan terminasi kehamilan.

4. rujukan dilakukan jika terjadi penyimpangan jalannya pembukaan, yakni kondisi pembukaan berada di antara garis waspada dan garis tindakan harus segera mendapat pertolongan yang adekuat.

h. His

1. His maksimal 5 kali/10 menit. Lamanya His dihitung sejak mulai sampai menghilang dalam detik.
2. Jumlah dan mulainya His dapat dicantumkan dalam kolom. Tingginya kolom menunjukkan jumlah kontraksi tiap 10 menit. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

i. Pengisian Lembar Partograf

Selama Persalinan Partograf hanya digunakan untuk persalinan yang tidak mempunyai penyulit dan harus segera diambil tindakan definitif bila berhadapan dengan

perubahan pola partograf. Perjalanan pembukaan yang wajar sesuai dengan pola, menempel pada garis waspada.

Pembukaan yang cepat berarti kala satu diperpendek dan garis pembukaan berada di sebelah kiri garis waspada. Perlambatan pembukaan yang sudah masuk fase aktif berada di sebelah kanan garis waspada. Penyimpangan memberi peluang untuk melakukan evaluasi kembali hubungan 3P dan keadaan umum ibu serta melakukan rujukan. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

a. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini.

1. Uterus menjadi bundar.
2. terus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
3. Tali pusat bertambah panjang.
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu :

1. Fase pelepasan plasenta

a. Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

b. Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2. Fase pengeluaran plasenta

a. Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simpisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat

masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

b. Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas (cara ini tidak digunakan lagi).

c. Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol di atas simpisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira- kira 100-200 cc (Mochtar, 2010).

d) Kala IV (Kala Pengawasan/observasi/pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Ada tujuh pokok penting dalam pengawasan kala IV yaitu:

1. Kontraksi rahim

baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi.

2. Perdarahan

ada atau tidaknya, banyak atau biasa.

3. Kandung kemih

harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan untuk berkemih dan kalau tidak bisa lakukan kateter.

4. Luka – luka

jahitan baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.

5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.

6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernafasan dan masalah lain.

7. Bayi dalam keadaan baik.

8. Komplikasi dalam persalinan

- a. Komplikasi pada kala satu dan kala dua dalam persalinan sebagai berikut:

1. Riwayat seksio sesaria (sc) sebelumnya.

2. Persalinan prematur.

Persalinan prematur adalah persalinan yang dimulai pada awal usia kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu ke 37. Penatalaksanaan pada persalinan prematur didasarkan pada

pertama kali dengan mengidentifikasi wanita yang beresiko mengalami ini.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

3. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau sebelum adanya tanda – tanda inpartu. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

4. Amnionitis dan karioamnionitis

amnionitis adalah inflamasi kantong dan cairan amnion. Karioamnionitis adalah inflamasi korion selain infeksi cairan amnion dan kantong amnion.

Penatalaksanananya antara lain:

- a. Fasilitas kesehatan.
- b. Induksi oksitosin atau augmentasi untuk memperpendek fase laten dalam persalinan.
- c. Hidrasi dengan cairan intravena.
- d. Pemantauan tanda-tanda vital setiap jam.
- e. Pelaporan kedokter pediatrik.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

5. Prolaps tali pusat

Tindakan berikut dilakukan jika terjadi prolaps tali pusat:

a. Tempatkan seluruh tangan anda kedalam vagina wanita dan pegang bagian presentasi janin keatas sehingga tidak menyentuh tali pusat dipintu atas panggul.

b. Jangan mencoba mengubah letak tali pusat pada kondisi apapun.

c. Segera panggil bantuan dan panggil dokter atau segera rujuk ke fasilitas yang memadai. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

6. Disporposi sefalopelvik

Adalah disporposi antara ukuran janin dan ukuran pelvis, yaitu ukuran pelvis tidak cukup besar untuk mengakomodasikan keluarnya janin indikasi kemungkinan disporposisefalopelvik.

a. Ukuran janin besar.

b. Tipe dan karakteristik khususnya tubuh wanita secara umum.

c. Riwayat fraktur pelvis.

d. Pelvia platiperoid.

7. Maltipresentasi atau malposisi

a. Difungsi uterus.

1. Disfungsi uterus hipotonis

Tanda dan gejala difungsi uterus hipotonis:

- a. Kontraksi saat ini tidak nyeri sekali, kemajuan persalinan berhenti.
- b. Komplikasi uterus tidak adekuat, durasi singkat dan intensitas ringan.
- c. Tidak ada kemajuan dilatasi servik atau penurunan janin.

2. Disfungsi uterus hipertonic

Tanda dan gejala disfungsi uterus hipertonic:

- a. Kontraksi terasa sangat nyeri selama periode persalinan dan keparahan kontraksi saat palpasi.
- b. Kontraksi sering tonisitas tidak teratur.
- c. Tidak ada kemajuan pendapatan dan dilatasi servik.

(Melinda Rachmawati

Riyanto, 2017)

8. Persalinan presipitatus

Adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari awalnya kelahiran, dan melahirkan diluar rumah sakit adalah situasi kegawatdaruratan yang membuat terjadinya peningkatan resiko komplikasi dan hasil yang tidak baik pada klien/janin.

a. Penyebab dari persalinan presipitatus diantaranya:

1. Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir.
2. Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat.
3. Pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya.

rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses yang sangat kuat itu.(Melinda

Rachmawati Riyanto, 2017)

b. Tanda dan gejala persalinan presipitatus:

1. Dapat mengalami ambang nyeri yang tidak biasanya atau tidak menyadari

kontraksi abdominal. Kemungkinan tidak ada kontraksi yang dapat diraba, bila terjadi pada ibu yang obesitas. Ketidaknyamanan punggung bagian bawah (tidak dikenali sebagai tanda kemajuan persalinan). Kontraksi uterus yang lama/hebat, ketidakadekuatan relaksasi uterus diantaranya kontraksi. Dorongan involuter lintula mengejan.

c. Bahaya persalinan presipitatus

1. Pada ibu

Partus presipitatus jarang disertai dengan komplikasi maternal yang serius jika servik mengadakan penipisan serta dilatasi dengan mudah, vagina sebelumnya sudah teregang dan perineum dalam keadaan lemas (relaksasi). Namun demikian, kontraksi uterus yang kuat disertai servik yang panjang serta kaku, dan vagina, vulva atau perineum yang tidak teregang dapat menimbulkan ruptur uteri atau laserasi yang luas pada serviks, vagina, vulva

atau perineum. Dalam keadaan yang terakhir, emboli cairan ketuban besar kemungkinan akan terjadi. Uterus berkontraksi terus menerus kemungkinan besar akan terjadi perdarahan.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2. Pada neonatus

- a. Kontraksi uterus yang amat kuat dan sering dalam interval relaksasi yang sangat singkat akan menghalangi aliran darah uterus dan oksigenasi darah janin.
- b. Tekanan yang diberikan oleh jalan lahir terhadap proses ekspulsi kepala janin dapat menimbulkan trauma intrakranial meskipun keadaan ini seharusnya bayi yang akan dilahirkan itu tidak bertambah buruk dengan pemberian anastesi umum kepada ibunya, tetapi tindakan ini dapat merusak kerja otak bayi.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

9. Plasenta tertinggal

Adalah plasenta yang belum terlepas dan mengakibatkan perdarahan tidak terlihat, manajemen untuk kasus ini adalah manual plasenta.

a. Perdarahan kala tiga

1. Retensio plasenta

Adalah plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Manajemen untuk kasus ini adalah dengan manual plasenta dan segera merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang memadai (RS).

2. Inversio plasenta

Adalah keadaan uterus benar – benar membaik dari bagian dalam keluar sehingga bagian dalam fundus menonjol keluar melalui orifisum servik, turun dan masuk kedalam introitus vagina, dan menonjol keluar melewati vulva.

(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

10. Klasifikasi plasenta

Klasifikasi plasenta merupakan proses fisiologis yang terjadi dalam kehamilan akibat deposisi kalsium pada plasenta. Klasifikasi pada plasenta terlihat mulai kehamilan 29 minggu dan semakin meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan, terutama setelah kehamilan 33 minggu.

Pada pemeriksaan USG deposisi kalsium terlihat sebagai bercak-bercak ekogenik yang tidak memberikan gambaran bayangan akustik. Deposisi kalsium terutama terdapat dibagian basal dan septa plasenta, sehingga didaerah tersebut gambaran klasifikasi terdapat lebih kasar. Proses klasifikasi plasenta sering kali terjadi lebih dini pada preeklamsia dan PJT dan sebaliknya, klasifikasi plasenta terjadi lebih lambat pada ibu dengan diabetes melitus dan inkompatibilitas rhesus. Klasifikasi plasenta tidak mempunyai arti klinis yang penting. Tidak ada bukti signifikan yang menyatakan bahwa klasifikasi pada plasenta bersifat patologis. Klasifikasi plasenta lebih sering terjadi pada ibu

dengan paritas rendah, perokok dan ibu dengan kadar kalsium serum yang cukup tinggi. Terdapat kontroversi mengenai korelasi derajat klasifikasi plasenta dengan kematangan paru janin, pascamaturitas, pertumbuhan janin terhambat atau lambat, resiko pendarahan retroplasenta, maupun morbiditas dan mortalitas perinatal. Proses klasifikasi plasenta tidak berhubungan dengan fungsi perfusi jaringan plasenta. Fungsi hemodinamik plasenta janin (terutama fungsi oksigenasi) dapat dipelajari lebih akurat melalui penilaian resistensi vaskular plasenta dengan pemeriksaan doppler. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.2.12 Asuhan Kebidanan Masa Pandemi pada Ibu Bersalin

- a) Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko.
- b) Ibu tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan. Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan.
- c) Ibu dengan kasus COVID-19 akan ditatalaksana sesuai tatalaksana persalinan yang dikeluarkan oleh PP POGI.
- d) Pelayanan KB Pasca Persalinan tetap berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya. (Kemenkes, 2020)

NIFAS

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Kala puerperium (nifas) yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal. Dijumpai dua kejadian penting pada puerperium, yaitu involusi uterus dan proses laktasi.

Dapat disimpulkan bahwa Masa Nifas adalah masa setelah melahirkan sampai 42 hari, dengan diikuti involusi uterus dan masa laktasi.

2.3.2 Kebutuhan Masa Nifas

Pada masa pasca perinatal, seorang ibu memerlukan :

- a. Informasi dan konseling tentang Perawatan bayi dan pemberian ASI, apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul, kesehatan pribadi, hygiene, dan masa penyembuhan, kehidupan seksual, kontrasepsi, nutrisi.
- b. Dukungan dari Petugas kesehatan, kondisi emosional dan psikologis suami serta keluarganya.

- c. Pelayanan kesehatan untuk kecurigaan dan munculnya tanda terjadinya komplikasi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

- a. Puerperium dini yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan
- b. Puerperium intermedial yaitu suatu masa kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.3.4 Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

- a. adaptasi psikologi pada masa nifas

preode ini di uraikan oleh reva rubin terjadi pada tiga tahap yaitu:

1. Periode Taking in

Periode ini terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, dan ibu masih pasif dan sangat tergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya ibu akan mengulang-ulang pengalaman waktu bersalin dan melahirkan.

2. Periode Taking Hold

Berlangsung 2-4 hari postpartum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meninggalkan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilannya untuk merawat bayinya, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu sedikit sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

3. Periode Letting Go

Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayinya dan harus beradaptasi dengan kebutuhan bayinya. Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.

b. Depresi postpartum

Banyak ibu mengalami let down setelah melahirkan sehubungan dengan seriusnya pengalaman waktu melahirkan dan keraguan akan kemampuan mengatasi secara efektif dalam membesarkan anak. Umumnya, depresi ini sedang dan mudah berubah dimulai 2-3 hari setelah melahirkan dan dapat dilatasi 1-2minggu kemudian.

c. Postpartum blues atau baby blues

Kondisi ini adalah preode emosional stres yang terjadi antara hari ketiga dan ke sepuluh setelah persalinan yang terjadi 80% pada ibu postpartum. Karakteristik kondisi adalah iritabilitas meningkat, perubahan mood, cemas, pusing, serta perasaan sedih dan sendiri. Ada beberapa faktor yang berperan menyebabkan kondisi ini yaitu:

- 1) Perubahan kadar hormon yang terjadi secara tepat.
- 2) Ketidaknyamanan yang diharapkan (bayudara bengkak, nyeri persalinan).
- 3) Kecemasan setelah pulang dari rumah atau tempat bersalin.
- 4) Menyusui ASI.
- 5) Perubahan pola tidur.

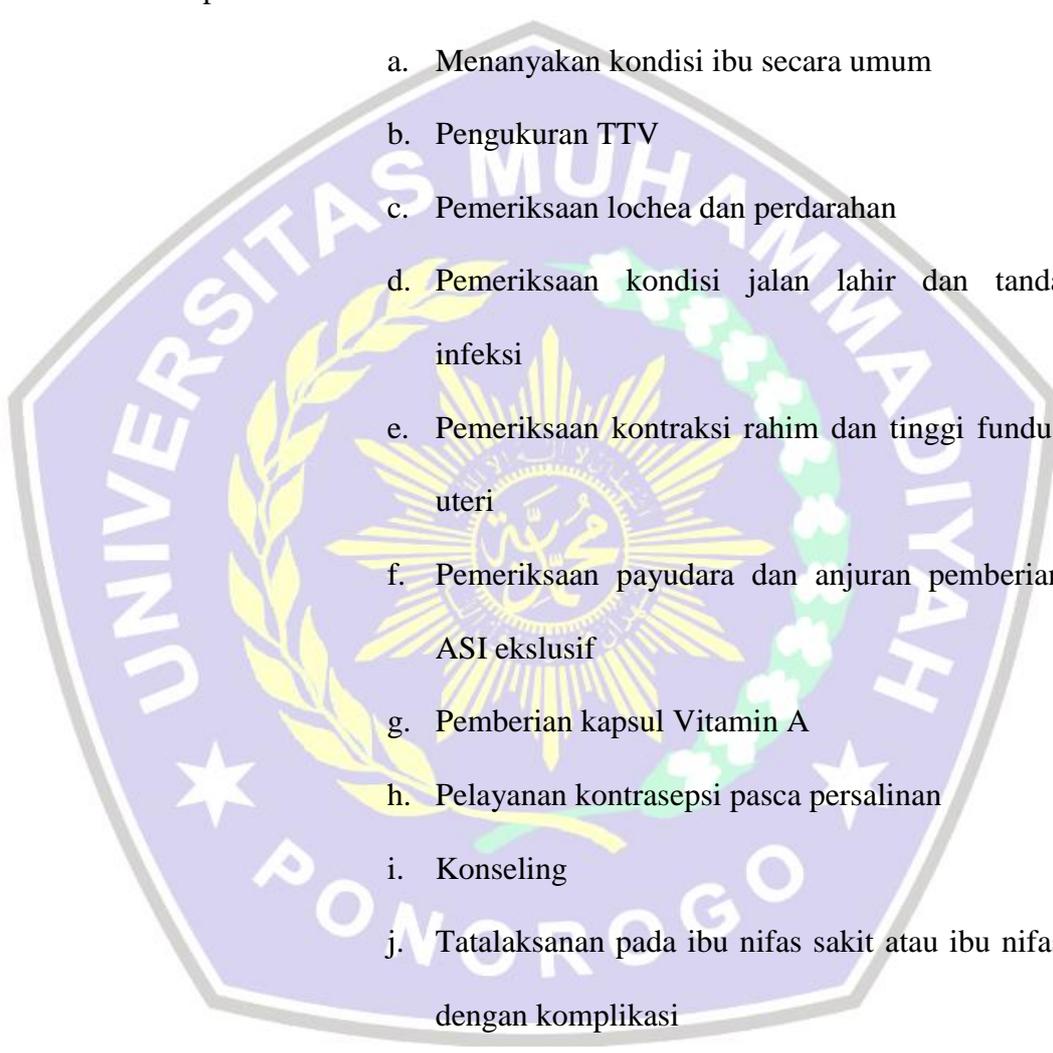
2.3.5 Kunjungan Masa Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan 4 kali, yaitu :

- a. KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
- b. KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
- c. KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;

d. KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan. (Kemenkes RI, 2015)

1. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu nifas meliputi:

- 
- a. Menanyakan kondisi ibu secara umum
 - b. Pengukuran TTV
 - c. Pemeriksaan lochea dan perdarahan
 - d. Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
 - e. Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
 - f. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
 - g. Pemberian kapsul Vitamin A
 - h. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
 - i. Konseling
 - j. Tatalaksanaan pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
 - k. Memberikan nasehat berupa:
 - 1) Makan-makanan yang mengandung karbohidrat, protein, sayur, dan buah-buahan

- 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas
- 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin
- 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar, harus menjaga kebersihan luka bekas operasi
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan
- 7) Perawatan bayi yang benar
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres
- 9) Lakukan simulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

(Kemenkes RI, 2015)

2.3.6 Perubahan Sistem Reproduksi

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusi. (Ilmu Kebidanan, Prof, Dr. dr. Sarwono Prawirohardjo, SpOG) Uterus atau rahim yang berbobot 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah persalinan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Seorang bidan dapat membantu ibu untuk memahami perubahan-perubahan ini.

a. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

1. Iskemia Miometrium. Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

2. Autolysis. Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

3. Efek Oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Segera setelah proses persalinan puncak fundus kira-kira dua pertiga hingga tiga perempat dari jalan atas diantara simfisis pubis dan umbilicus. Kemudian naik ke tingkat umbilicus dalam beberapa jam dan bertahan hingga satu atau dua hari dan kemudian secara berangsur-angsur turun ke pelviks yang secara abdominal tidak dapat terpalpasi di atas simfisis setelah sepuluh hari. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Tabel 2.3 Proses involusi uteri

Waktu Evolusi	Tinggi Fundus	Berat Uterus
Plasenta Lahir	Sepusat	1000
7 hari	Pertengahan pusat simfisis	500
14 hari	Tidak teraba	350
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu	50
56 hari	Normal	30

Sumber : Manuaba, dkk,(2010)

b. Involusi tempat plasenta

Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu.

c. Perubahan pada serviks

Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh 1 jari.

d. Lochea

Lochea adalah cairan sisa lpaisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta. Pengeluaran Lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya :

4. Lochea rubra (cruenta), berisi darah segar dan sisa – sisa selaput keuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan.
5. Lochea sanguinolenta, berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan.
6. Lochea serosa, berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
7. Lochea alba, cairan putih, setelah 2 minggu.
8. Lochea Parulenta, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
9. Lokioistatis, lochea tidak lancar keluaranya.

e. Perubahan pada Vulva, Vagina dan Perineum

Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina akan muncul kembali sementara labia manjadi lebih menonjol. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus

tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

2.3.7 Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

a. Perdarah Sekunder

adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama pascapersalinan. Penyebab terdapat sisa plasenta atau selaput ketuban (pada grandemultipara dan kelainan untuk implantasi plasenta), infeksi endometrium dan sebagian kecil terjadi dalam bentuk mioma uteri bersamaan dengan kehamian dan inversion uteri.

b. Infeksi Masa Nifas

Beberapa bakteri menyebabkan infeksi pasca persalinan, termasuk infeksi alat genitalia.

c. Payudara Bengkak

Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat. Putting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak.

d. Abses Payudara (mastitis)

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Gejala yang ditemukan adalah payudara menjadi merah,

bengkak, kadang disertai rasa nyeri dan panas, serta suhu tubuh meningkat. Dibagian dalam terasa ada massa padat dan bagian luar kulit menjadi merah.

2.3.8 Pengawasan Akhir pada Masa Nifas

Pemeriksaan akhir kala nifas (postpartum) sangat penting karena dapat digunakan untuk melakukan pemeriksaan khusus sebagai berikut:

- a. Melakukan pemeriksaan Pap smear untuk mencari kemungkinan kelainan sitologi sel serviks atau sel endometrium.
 - b. Menilai seberapa jauh involusi uterus.
 - c. Melakukan pemeriksaan inspekulo, sehingga dapat menilai perlukaan postpartum.
 - d. Mempersiapkan untuk mempergunakan metode KB.
- (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.3.9 Asuhan kebidanan pada masa pandemi pada ibu Nifas

- a) Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya di masa nifas (lihat Buku KIA). Jika terdapat risiko/ tanda bahaya, maka periksakan diri ke tenagakesehatan.

b) Kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu :

a. KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;

b. KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;

c. KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;

d. KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.

c) Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online(disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), denganmelakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas,ibu dan keluarga.(Kemenkes, 2020)

Bayi Baru Lahir

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan. Neonatus yaitu bayi baru lahir atau berumur 0 sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Masa neonatus terdiri dari neonatus dini yaitu bayi berusia 0-7 hari, dan neonatus lanjut yaitu bayi berusia 7-28 hari. (Iin, 2015)

Neonatus atau bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir normal dengan berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan konginetal (cacat bawaan) yang berat. (Iin, 2015)

2.4.2 Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi Bayi Baru lahir

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

1. Sistem Pernapasan

Upaya bernafas pertama seorang bayi adalah untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan olveolus paru. Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat cukup surfaktan dan aliran darah ke paru.

Produksi surfaktan dimulai pada usia 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru matang sekitar 30-40 minggu kehamilan. (Iin, 2015)

A. Sistem Pernafasan Janin :

Di dalam Rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikal, sebagian masuk vena cava inferior melalui duktus venosus arantii. Darah dari vena cava inferior masuk ke atrium kanan dan bercampur dengan darah dari vena cava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan dipompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstermitas kanan dan ekstermitas kiri. Sebagian kecil darah yang berasal dari atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan bersamaan dengan darah yang berasal dari vena kava superior, karena tekanan dari paru-paru belum berkembang, maka sebagian besar dari ventrikel kanan yang seharusnya mengalir melalui duktus arteriosus botali ke aorta desenden dan mengalir ke seluruh tubuh,

sebagian kecil mengalir ke paru-paru dan selanjutnya ke atrium kiri melalui vena pulmonalis. Darah dari sel-sel tersebut yang miskin oksigen serta penuh dengan sisa pembakaran dan sebagiannya akan dialirkan ke plasenta melalui arteri umbilikal, demikian seterusnya. (UMPO, 2013)

B. Sistem pernapasan bayi baru lahir:

Pada saat tali pusat dipotong. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua hal ini membantu darah dengan kandungan O₂ sedikit mengalir ke paru-paru untuk oksigenasi ulang. Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernafasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Dengan pernafasan, kadar

O₂ dalam darah akan meningkat, mengakibatkan ductus arteriosus berkonstriksi dan menutup. Vena umbilikus, ductus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2-3 bulan. (UMPO, 2013)

2. Sistem metabolisme dan pengaturan suhu

Di lingkungan yang dingin, pengaturan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seseorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuhnya. Pengaturan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat untuk memproduksi panas. Mekanisme hilangnya panas terjadi melalui:

a. Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. (Iin, 2015)

b. Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya

lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.(Iin, 2015)

c. Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, suhu ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.(Iin, 2015)

d. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walau tidak bersentuhan secara langsung). (UMPO, 2013)

3. Sistem Gastrointestinal

Kebutuhan nutrisi dan kalori janin terpenuhi langsung dari ibu melalui plasenta, sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus negative. Setelah lahir gerakan usus aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri aktif. (UMPO, 2013)

4. Sistem Ginjal

Janin membuang toksin dan homeostatis cairan/elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostatis cairan/elektrolit. Lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam. (UMPO, 2013)

5. Sistem Hati

Fungsi hati adalah metabolisme karbohidrat, protein, lemak, dan asam empedu. Bila menemukan bayi kuning lebih dari 2 minggu dan feses berbentuk dempul ada kemungkinan terjadi atresia bilier yang memerlukan operasi segera sebelum usia 8 minggu. (UMPO, 2013)

6. Sistem Neurologi

Bayi telah dapat melihat dan mendengar sejak baru lahir sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan. Setelah lahir ukuran sel saraf tidak bertambah. (UMPO, 2013)

7. Sistem imunologi

Setelah lahir imunitas neonates mulai berkembang sejak usia gestasi 4 bulan. Setelah lahir imunitas neonates cukup bulan lebih rendah dari orang dewasa. Usia 3-12 bulan adalah keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi. Neonatus kurang bulan memiliki kulit yang masih rapuh, membrane

mukosa yang mudah cedera, pertahanan tubuh lebih rendah sehingga beresiko mengalami infeksi yang lebih besar. (UMPO, 2013)

2.4.3 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2.500-4.000 gram.
2. Panjang badan 48-52 cm.
3. Lingkar dada 30-38 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.
5. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
6. Pernafasan \pm 40-60 kali/menit.
7. Kulit kemerah-merah dan licin karena jaringan subkutan cukup.
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
9. Kuku agak panjang dan lemas.
10. Genitalia pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
11. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
12. Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
13. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Iin, 2015)

2.4.4 Asuhan kebidanan masa pandemi pada bayi baru lahir :

Bayi baru lahir tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0 –6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau Kunjungan Neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik

dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu :

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

14. h) Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum padabuku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit.(Kemenkes, 2020)



2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan Bayi Baru lahir dimulai sejak proses persalinan hingga kelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehidupan).

1. Pengkajian

Pengkajian fisik adalah suatu cara untuk mendapatkan informasi tentang anak dan keluarganya dengan menggunakan semua pancaindra baik subjektif maupun objektif. (Saraswati, 2014)

a) Data subyektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Sebuah alat pengenal yang efektif efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnyasampai waktu bayi dipulangkan.Pada alat/ gelang identifikasi harus tercantum (nama bayi, , nyonya, tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unut, nama lengkap ibu.(Saraswati, 2014)

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, milliariasis , muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash. (Saraswati, 2014)

3) Riwayat kesehatan bayi baru lahir

Yang penting dan perlu dikaji dalam riwayat kesehatan bayi baru lahir adalah

a. Faktor maternal

Meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isomunisasi.

(Saraswati, 2014)

2.4.5 Kunjungan Bayi Baru Lahir (Neonatus)

1) Kunjungan neonatal ke-1 (KN-1)

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

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

2) Kunjungan neonatal ke-2 (KN-2)

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

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
- b. Berikan ASI eksklusif
- c. Cegah infeksi

d. Rawat tali pusat

3) Kunjungan neonatal ke-3 (KN-3)

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

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

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. (Saraswati, 2014)

b. Eliminasi

a. 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. (Saraswati, 2014)

b. 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. (Saraswati, 2014)

c. Pola aktifitas dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu di antara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui. (Saraswati, 2014)

d. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat. (Saraswati, 2014)

b) Data obyektif

1) pemeriksaan umum

❖ 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). (Saraswati, 2014)

A. 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. Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi. Menghitung respirasi selama satu menit penuh sambil mengamati gerakan perut dan dada. Tingkat normal untuk respirasi adalah 40-60 napas / menit.

(Saraswati, 2014)

2. Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit. Bila > 160 kali per menit (takikardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila < 100 kali per menit (bradikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur, atau kekurangan O₂. (Saraswati, 2014)

3. Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,50C sampai 37,50C.

(Saraswati, 2014)

2.4.6 Pencegahan Infeksi

a. Pencegahan Infeksi pada tali pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena urine, kotoran bayi, atau tanah. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan ramuan, abu dapur dan sebagainya pada tali pusat sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang berakhir dengan kematian neonatal. (Olive, 2013)

b. Pencegahan Infeksi Pada Kulit

Cara untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah dengan meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk serta terkandung dalam air susu ibu. (Olive, 2013)

c. Pencegahan Infeksi pada Mata Bayi Baru Lahir

Dalam waktu satu jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (tetrasiiklin 1%, eritromisin 0,5%, atau nitras argensi 1%). (Olive, 2013)

d. Imunisasi

Vaksinasi telah mengurangi morbiditas dan mortalitas yg disebabkan penyakit menular pada masa kanak-kanak, seperti Pertusis dan campak. Untuk melindungi bayi, satu pendekatan mungkin tidak cukup, harus dengan banyak strategi imunisasi, sehingga meningkatkan vaksinasi harus menjadi Prioritas kesehatan masyarakat dan harus diterapkan dalam metode terpadu. (Olive, 2013)

Imunisasi hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah risiko tinggi, pemberian imunisasi hepatitis B dianjurkan pada bayi segera lahir. (Olive, 2013)

- e. Melakukan Penilaian dan Inisiasi Pernafasan Spontan
Skor Apgar didefinisikan sebagai ukuran fisik kondisi bayi yang baru lahir, Skor Apgar memiliki Poin maksimal, dengan dua kemungkinan untuk setiap detak jantung, Otot, respons terhadap stimulasi, dan pewarnaan kulit. (UMPO, 2013)

Tabel 2.4 Komponen Penilaian Apgar Score

KOMPONEN	SEKOR		
	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak Ada	<100 x/menit	>100 x/menit
Kemampuan Bernapas	Tidak Ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat
Tonus Otot	Lumpuh	Ekstrimistas agak fleksi	Gerakan aktif
Refleks	Tidak Ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Warna Kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerah-merahan/ekstrimistas biru.	Seluruh tubuh kemerahan.

f. Membebaskan Jalan Nafas

Apabila bayi tidak langsung menangis setelah dilakukan inisiasi pernapasan spontan penolong segera membersihkan jalan nafas, yaitu:

1. Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat.
2. Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
3. Bersihkan hidung,rongga mulut, dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
4. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering kasar.

5. Alat penghisap lender mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah di tempat.
6. Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
7. Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (Apgar Score).
8. Warna Kulit, adanya cairan, atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan. (UMPO, 2013)

g. Pencegahan Kehilangan Nafas

Cara mencegah kehilangan panas adalah sebagai berikut:

1. Keringkan bayi dengan seksama.
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat.
3. Selimuti kepala bayi.
4. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. (Olive, 2013)

h. Merawat Tali Pusat

Pada saat kelahiran, bayi masih menempel pada ibu melalui tali pusat, yang merupakan bagian dari plasenta. Bayi itu biasanya dipisahkan dari plasenta dengan cara menjepit tali pusat dengan dua klem, Satu penjepit ditempatkan dekat pusar bayi dan yang kedua ditempatkan lebih jauh di sepanjang tali pusat, kemudian

dipotong di antara dua klem. Tugas ini berlangsung selama kala tiga tahap persalinan, yang merupakan periode lahirnya bayi kemudian lahirnya plasenta. (Olive, 2013)

i. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat. (Emadwiandr, 2011)

j. Pencegahan Perdarahan

Memberikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal cukup bulan perlu diberikan vitamin per oral 1 mg/hari selama 3 hari, dan bayi berisiko tinggi diberi vitamin K parental dengan dosis 0.5-1 mg IM. (Emadwiandr, 2011)

k. Identifikasi Bayi

Alat pengenal untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera pascapersalinan. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi,nyonya), tanggal lahir,nomor bayi,jenis kelamin,unit,nama lengkap ibu. Setiap tempat tidur harus

diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi. (Emadwiandr, 2011)



KELUARGA BERENCANA

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

1. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya pemerintah untuk menekan laju pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. (Saraswati, 2013)

Program Keluarga Berencana Nasional tidak hanya berorientasi kepada masalah pengendalian pertumbuhan penduduk tapi untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan penduduk Indonesia. (Manuaba, 2010)

a) Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra: berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi: adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindarkan atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. (Manuaba, 2010)

b) Tujuan Keluarga Berencana

a. Tujuan Umum

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra: berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi: adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindarkan atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

b. Tujuan Khusus

Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi, menurunkan jumlah angka kelahiran bayi, meningkatkan kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

c) Penapisan Klien

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntikkan, atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada :

a. Kehamilan.

b. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus.

c. Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengalaman dan pengelolaan lebih lanjut. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

5. Metode Keluarga Berencana

Dalam melakukan pemilihan metode kontrasepsi perlu diperhatikan ketetapan bahwa makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR/IUCD. Metode KB yang dapat dilaksanakan adalah metode sederhana (kondom, pantang berkala, pemakaian spermisid, sanggama terputus), metode kontrasepsi efektif (MKE) (hormonal [suntikan KB dan susuk KB], AKDR), metode MKE kontap (bidan dapat memberi petunjuk tempat dan waktu kontap dapat dilaksanakan), metode menghilangkan kehamilan (bidan dapat menunjuk tempat pelayanan untuk menghilangkan kehamilan yang tidak dikehendaki). (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2.5.2 Jenis dan waktu yang tepat untuk ber-KB

- ✓ Postpartum (KB suntik, Norplant (KB susuk}/implanon AKDR, Pil KB hanya progesteron Kontap, Metode sederhana).
- ✓ Postmenstrual regulation (KB suntik).
- ✓ Pasca-abortus (KB susuk atau implanon).
- ✓ Soot menstruasi (AKDR, Kontap, Metode sederhana Masa interval).
- ✓ KB suntik (KB susuk atau implanon, AKDR, Metode sederhana).
- ✓ Post-koitus (KB darurat). (Manuaba, dkk, 2010)

a. Rencana Kelengkapan Keluarga

Bagi pasangan yang berencana membatasi kehamilan dapat menggunakan yang meliputi metode sederhana (kondom, spermisida, koitus in-teruptus [sanggama terputus], pantang berkala) dan metode efektif dengan hormonal (pil KB: progesterone only pill, pil KB kombinasi, pil KB sekuensial, after morning pill; suntikan KB: depoprovera setiap 3 bulan, Norigest setiap 10 minggu, Cydofem setiap bulan susuk KB setiap lima tahun), mekanis dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) (Copper T, Medusa, Seven Copper), atau metode KB darurat.

Dalam melakukan pemilihan metode kontrasepsi perlu diperhatikan ketentuan bahwa makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah AKDR/IUCD). (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

b. KB metode sederhana

Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain. Yang termasuk metode KB sederhana adalah kondom, pantang berkala, sanggama terputus, dan spermisid. Metode sederhana akan lebih efektif bila, penggunaannya diperhitungkan dengan masa subur.

1. Kondom

Cara kerja kondom adalah menampung spermatozoa sehingga tidak masuk ke dalam kanalis serviks. Konsep kerja kondom

adalah menghalangi tertumpahnya sperma ke dalam vagina sehingga spermatozoa tidak mungkin masuk ke dalam rahim dan seterusnya. Kegagalan kondom terjadi bila karet kondom bocor atau robek, dan menarik penis setelah lemah sehingga sebagian sperma dapat masuk vagina. Keuntungan kontrasepsi kondom adalah murah, mudah didapatkan (gratis), tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan.

2. Pantang berkala

Dalam memberikan nasihat kepada peserta KB dengan menggunakan pantang berkala, harus diketahui patrun menstruasinya. Syarat utama metode pantang berkala adalah patrun menstruasi teratur dan kerja sama dengan suami harus baik. Bila melakukan senggama spermatozoa yang baru ditumpahkan dalam vagina banyak mengalami kematian.

Hanya sekitar masa subur yaitu pada hari ke-12 sampai ke-19 menstruasi, spermatozoa dapat masuk ke dalam rahim melalui kanalis servikalis. Bila suami istri melakukan senggama dua kali, setiap minggu kehamilan dapat terjadi setiap saat. Metode pantang berkala dikenal 2 sistem, yaitu menggunakan sistem kalender dan menggunakan penilaian suhu basal.

3. Pantang berkala dengan sistem kalender

Sistem ini dikenal dengan nama sistem Ogino-Knaus, nama orang yang meneliti terjadinya ovulasi sekitar 12 sampai 16 hari sebelum menstruasi. Kelemahan sistem ini sulit menilai menstruasi yang akan datang. Metode ini memerlukan sistem menstruasi yang teratur sehingga dapat memperhitungkan masa subur untuk menghindari kehamilan dengan tidak melakukan hubungan seks. Masa subur wanita dapat dihitung dengan melakukan perhitungan minggu subur sebagai berikut:

- ✓ Menstruasi wanita teratur antara 26 sampai 30 hari.
- ✓ Masa subur dapat diperhitungkan, yaitu menstruasi hari pertama ditambah 12 yang merupakan hari pertama minggu subur dan akhir minggu subur adalah hari pertama menstruasi. ditambah 19.
- ✓ Puncak minggu subur adalah hari pertama menstruasi di tambah 14. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

4. Pantang berkala dengan sistem suhu basal

Telah diketahui bahwa penurunan suhu basal sebanyak 0,5 sampai 1 derajat Celcius pada hari ke-12 sampai ke-13 menstruasi, ketika ovulasi terjadi pada hari ke-14. Setelah menstruasi suhu akan naik lebih dari suhu basal sehingga siklus

menstruasi yang disertai "ovulasi" terdapat temperatur "bifasik". (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

5. Senggama Terputus

Konsep "metode senggama terputus" adalah mengeluarkan kemaluan menjelang terjadinya ejakulasi. Kekurangan metode ini adalah mengganggu kepuasan kedua belah pihak; kegagalan hamil sekitar 30 sampai 35% karena semen keluar sebelum mencapai puncak kenikmatan, terlambat mengeluarkan kemaluan, semen yang tertumpah di luar sebagian dapat masuk ke genitalia; dan dapat menimbulkan ketegangan jiwa kedua belah pihak. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

6. Spermisida

Spermisida adalah zat kimia yang dapat melumpuhkan sampai mematikan spermatozoa yang digunakan menjelang hubungan seks. Setelah pemasangan sekitar 5 sampai 10 menit, hubungan seksual dapat dilakukan agar spermasid dapat berfungsi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

c. KB Metode Efektif

1. Kontrasepsi Hormonal

A. Pil KB dengan tujuan meningkatkan efektivitas, mengurangi efek samping, dan meminimalkan keluhan peserta KB. Patrun menstruasi normal serta durasi antara 4 sampai 6 hari. Wanita tergolong durasi menstruasi kurang dari 4 hari, memerlukan pil

KB dengan efek estrogen tinggi. Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah. Dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung, tegang, retensi air dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan banyak saat menstruasi, meningkatkan pengeluaran leukorea, menimbulkan perlunakan serviks. Sedangkan dengan komponen progesteron menyebabkan payudara tegang, akne (kukulan), kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram, liang senggama kering. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

❖ Tabel 2.5 Keuntungan dan Kerugian Memakai KB Pil

Keuntungan	Kerugian
Minum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%.	Harus minum pil secara teratur
Dapat dipakai terhadap beberapa masalah : a.keteganganmenielang menstruasi, b.nyeri saat menstruasi, c. pengobatan pasangan mandul.	Dalam waktu paniang dapat menekan fungsi ovarium
Pengobatanpenyakit endometriosis	Penyulit ringan (BB bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah).
Dapat meningkatkan libido	Memengaruhi fungsi hati dan ginjal

Sumber : (Manuaba, dkk, 2010)

❖ Berbagai pabrik farmasi mengeluarkan pil KB sebagai berikut:

1. Pil kombinasi

Sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesteron dan estrogen.

2. Pil sekuensial

Pil ini mengandung komponen yang disesuaikan dengan sistem hormonal tubuh. Dua belas pil pertama hanya mengandung estrogen, pil ketigabelas dan seterusnya merupakan kombinasi.

3. Progesteron

Pil ini hanya mengandung progesteron dan digunakan ibu postpartum.

4. After morning pill. Pil ini digunakan segera setelah hubungan seksual. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Waktu pemberian KB suntikan adalah pasca-persalinan (segera ketika masih di rumah sakit, jadwal suntikan berikutnya), pasca-abortus (segera setelah perawatan, jadwal waktu suntikan diperhitungkan), dan interval (hari kelima menstruasi, jadwal waktu diperhitungkan). Jadwal waktu suntikan berikutnya diperhitungkan dengan pedoman Depoprovera (interval 12 minggu), Norigest (interval 8 minggu), dan Cyclofem (interval 4 minggu).

B. Kontrasepsi hormonal susuk (Norplant atau Implan). Susuk KB disebut alat KB bawah kulit (AKBK). Kini sedang diuji coba susuk KB satu kapsul yang disebut implanon. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Teknik Pemasangan susuk KB :

1. Prinsip pemasangan susuk KB adalah dipasang pada lengan kiri atas dan pemasangan seperti kipas mekar dengan 6 kapsul.
2. Rekayasa tempat pemasangan dengan tepat seperti kipas terbuka.
3. Tempat pemasangan di lengan kiri atas, dipatirasa dengan lidokain 2%.
4. Dibuat insisi kecil, sehingga trokar dapat masuk.
5. Trokar ditusukkan subkutan sampai batasnya.
6. Kapsul dimasukkan ke dalam trokar, dan didorong dengan alat pendorong sampai terasa tertahan.
7. Untuk menempatkan kapsul, trokar ditarik keluar.
8. Untuk meyakinkan bahwa kapsul telah ditempatnya, alat pendorong dimasukkan sampai terasa tidak ada tahanan.
9. Setelah 6 kapsul dipasang, bekas insisi ditutup dengan plester.

Setiap kapsul susuk KB mengandung 36 mg Levonorgestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya

sebanyak 80 mcg. Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesteron yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendir serviks dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi.

(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

d. Kontrasepsi mekanis

I. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Telah dikembangkan AKDR generasi ketiga yang mengandung Cu atau hormonal diantaranya Seven copper, Multiload, Cupper T 380, Medosa, dan Progestasert (AKDR dengan progesteron). BKKBN menggunakan Cupper T 380 A sebagai standar yang dibuat oleh PT Kimia Farma. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Mekanisme kerja lokal AKDR sebagai berikut:

- AKDR merupakan benda asing dalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag, dan limfosit.
- AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa.
- Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi.

- Ion Cu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

II. Keuntungan dan kerugian AKDR

- ❖ Keuntungan : Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat , pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit, kontrol medis yang ringan, penyulit tidak terlalu berat, pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik.
- ❖ Kerugian : masih terjadi kehamilan dengan AKDR, terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia). Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan hilang senggama terasa lebih basah. Dapat terjadi infeksi, tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik. Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) tidak dapat dipasang pada keadaan terdapat infeksi genetalia karena akan menimbulkan eksaserbasi (kambuh) infeksi, keadaan patologis lokal (furunkel, stenosis vagina, infeksi vagina), dugaan keganasan serviks, perdarahan dengan sebab yang tidak jelas, pada kehamilan (terjadi abortus, mudah perforasi, perdarahan, infeksi). (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

III. Teknik pemasangan AKDR

Persiapan :

- a). Penderita tidur telentang di meja ginekologi
- b). Vulva dibersihkan dengan kapas lisol, betadin, hibiscrub atau lainnya.
- c). Dilakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan besar dan arah rahim.
- d). Duk steril dipasang di bawah bokong.
- e). Spekulum cocor bebek dipasang, sehingga serviks tampak.
- f). Serviks-porsio dibersihkan dengan kapas betadin atau lisol atau lainnya.
- g). Dilakukan sondage untuk menentukan dalam-paniang rahim dan arah posisi rahim. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

IV. Pemasangan, beberapa jenis pemasangan AKDR :

1. Jenis lippes loop.
2. Jenis Copper atau Seven Copper.
3. Jenis Multiload atau Medusa.

V. Komplikasi pemasangan Lippes loop adalah perforasi yang dapat terjadi pada saat pemasangan atau terjadi kemudian dalam bentuk translokasi. Gejala perforasi AKDR adalah penderita merasa nyeri sampai dapat terjadi syok. Pemasangan Copper T atau Seven Copper.

AKDR seven copper atau Copper T telah tersedia dalam keadaan steril, dan baru dibuka menjelang pemasangan.

1. Bungkus seven copper atau Copper T dibuka.
2. AKDR-nya dimasukkan ke dalam introduktor melalui ujungnya sampai batas tertentu dengan memakai sarung tangan steril.
3. Introduktor dengan AKDR terpasang dimasukkan ke dalam rahim sampai menyentuh fundus uteri dan ditarik sedikit.
4. Pendorong selanjutnya mendorong AKDR hingga terpasang.
5. Introduktor dan pendorongnya ditarik.

Copper T 380 A merupakan primadona BKKBN karena teknik pemasangan mudah dan tidak sakit, efektivitas tinggi, kejadian ekspulsi rendah, tidak mudah menimbulkan perforasi, tidak banyak menimbulkan komplikasi, tidak banyak menimbulkan trauma, kembalinya kesuburan berjalan lancar.

(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

e. Metode KB Darurat

Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dapat diberikan pada hubungan seks yang tidak terlindung dalam waktu 72 jam sampai 7 hari, sehingga dapat menghindari kehamilan. Kontrasepsi darurat digunakan bila berhadapan dengan hubungan seks tanpa perlindungan, hubungan seks dengan perkosaan, hubungan seks dengan kondom yang bocor atau pecah, dan hubungan seks dengan menggunakan diafragma yang pecah atau penempatan salah. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Metode hormonal. Dengan pemberian derivat estrogen; pemberian antiprogestins mifepristone; metode Yuzpe dengan pil kombinasi estrogen dan progesteron; metode Postinor (pemberian levonorgestrel); pemberian Danazol. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Cara kerja kontrasepsi darurat hormonal :

1. Komponen estrogen dosis tinggi atau derivatnya menghindari konsepsi dengan cara:

a. Komponen estrogen dosis tinggi atau derivatnya menghindari konsepsi dengan cara:

- ❖ Estrogen dosis tinggi mengubah lapisan dalam rahim (endometrium) tetap dalam keadaan fase proliferasi, sehingga tidak memungkinkan nidasi dan hasil konsepsi.
- ❖ Dengan peristaltik tuba yang meningkat, spermatozoa tidak mungkin dapat mencapai ovum untuk melakukan konsepsi.
- ❖ Dalam fase proliferasi, endometrium tidak dapat menimbulkan suasana "kapasitasi" sempurna sehingga mengurangi kemampuan konsepsi spermatozoa.

b. Komponen progesteron atau derivatnya dalam dosis tinggi menghindari terjadinya konsepsi dan nidasi dengan cara:

- ❖ Mengentalkan lendir serviks, endometrium, dan tuba fallopii, sehingga mengurangi kemampuan bergerak spermatozoa untuk mencapai ovum, sehingga tidak mungkin terjadi konsepsi.

❖ Pada endometrium, terjadi perubahan sehingga kurang memberikan peluang untuk terjadinya nidasi. Penyulit kontrasepsi darurat hormonal disebabkan komponen estrogen dan derivatnya yang menyebabkan keluhan atau penyulit seperti terasa mual, muntah, payudara tegang dan nyeri, dan menoragia (perdarahan menstruasi yang banyak). Keluhan ini terjadi pada jam atau hari pertama penggunaan kontrasepsi darurat hormonal yang dapat diatasi dengan memberikan obat anti muntah. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

Dalam jangka waktu kurang dari 72 jam kontrasepsi darurat hormonal efektif bertindak sebagai alat untuk menghindari kehamilan. Sedangkan insersi AKDR sebaiknya dilakukan bila hubungan seks tanpa proteksi berlangsung lebih dari 72 jam (3 hari) tetapi kurang dari 7 hari. Cara kerja kontrasepsi hormonal terutama untuk menghindari konsepsi, sedangkan insersi AKDR terutama untuk menghindari nidasi selain menghalangi terjadinya konsepsi. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

f. Menghentikan Kehamilan

Menghentikan kehamilan dilakukan dengan kontap (kontrasepsi mantap), untuk pria dengan vasektomi dan wanita dengan tubektomi. Tubektomi pada wanita dapat dilakukan dengan melalui sayatan dinding

perut (minilaparotomi, laparoskopi, bersama dengan operasi besar kandungan atau kebidanan dan bedan) atau melalui sayatan.(Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

1. Kontrasepsi Mantap Wanita

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi merupakan metode KB yang paling efektif, murah, aman, dan mempunyai nilai demografi yang tinggi. Kontap sampai saat ini belum masuk program gerakan keluarga berencana nasional Indonesia, namun pelayanan kontrasepsi mantap dapat diterima masyarakat, dan makin lama makin besar jumlahnya dengan usia semakin muda. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

2. Kontrasepsi Mantap Pria

Operasi pria yang dikenal dengan nama vasektomi merupakan operasi ringan, murah, aman, dan mempunyai arti demografis yang tinggi, artinya dengan operasi ini banyak kelahiran dapat dihindari. Perkembangan metode operasi pria ini berkembang dan dapat diterima secara masal dengan hitungan 1 metode operasi pria berbading 7 sampai 8 operasi wanita. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

F. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Menurut Hellen Varney dikutip dari Mangkuji, Betty dkk (2012; h.4) Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam

rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

1. Langkah – langkah Manajemen Kebidanan Langkah-langkah manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyelesaian masalah yang menuntut bidan untuk lebih kritis di dalam mengantisipasi masalah Mangkuji, Betty dkk (2012; h. 5-6) menguraikan bahwa beberapa langkah manajemen kebidanan sebagai berikut:

- A. Langkah I (Pengumpulan)

data dasar Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan antara lain:

- ❖ Keluhan pasien.
- ❖ Riwayat kesehatan klien.
- ❖ Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan.
- ❖ Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- ❖ Meninjau data laboratorium.

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini,

bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap.

B. Langkah II (Interpretasi data dasar)

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah.

Daagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

C. Langkah III (Identifikasi) diagnosis/masalah potensial

Pada langkah ini, mengidentifikasi masalah atau masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian daagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi.

Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis/masalah tersebut tidak terjadi.

Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosa/masalah tersebut benar-benar diagnosis/masalah potensial:

- ❖ Potensial perdarahan post partum, apabila diperoleh data ibu hamil kembar, polihdramnion, hamil besar akibat menderita diabetes.

- ❖ Kemungkinan distosia bahu, apabila data yang ditemukan adalah kehamilan besar.

D. Langkah IV

Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang diperoleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi. Contohnya pada kasus kegawatdaruratan kebidanan, seperti perdarahan yang memerlukan tindakan KBI dan KBE.

E. Langkah V (Perencanaan)

Pada langkah ini, direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan

yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien.

F. Langkah VI (Pelaksanaan)

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke 5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ini, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama.

G. Langkah VII: Evaluasi Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan oleh bidan adalah:

1. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
2. Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif. (Melinda Rachmawati Riyanto, 2017)

3. Asuhan kebidanan masa pandemi pada pelayanan KB:

Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas, dan tetap mematuhi protokol kesehatan.(Kemenkes, 2020)

2.5.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan sebagai berikut :

1) Pengkajian data

A. Data Subyektif

1. Biodata

a. Umur

Wanita dan laki-laki usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan. (Saifuddin, 2011)

b. Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkannya itu kontak, suntikan KB, susuk KB, atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR. (Saifuddin, 2011)

2) Keluhan utama/ alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin adalah ibu berusia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

- a. Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung stroke.
- b. Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/100 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- c. Penyakit stroke, penyakit jantung coroner, kanker payudara tidak diperbolehkan memakai kontrasepsi pil progestin. (Saifuddin, 2011)

4) Riwayat kebidanan

a. Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL, pendarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap

haid). Penggunaan KB hormonal progestin diperbolehkan pada dengan riwayat haid teratur dan tidak ada pendarahan abnormal dari uters. Bagi ibu dengan riwayat dismenorhea berat, jumlah darah haid yang banyak, haid yang ireguler atau pendarahan bercak (spotting) tidak dianjurkan menggunakan IUD. (Saifuddin, 2011)

b. Riwayat kehamilan , persalinan dan nifas yang lalu

Bila mini-pil gagal dan terjadi kehamilan, maka kehamilan tersebut jauh lebih besar kemungkinannya sebagai kehamilan ektopik, ini serupa dengan IUD, maka tibu tidak diperkenankan menggunakan pil KB progestin dan IUD. Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopic, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR. Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi. Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga Hb 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi. (Saifuddin, 2011)

c. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat diginakan pada aseptor, paska penggunaan kontrasepsi jenis

apapun (pil,implant,AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut. Pasien yang mengalami problem ekspulsi AKDR, ketidak mampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari AKDR, ketidakmampuan memeriksa ekor AKDR sendiri merupakan kontraindikasi untuk KB IUD. (Saifuddin, 2011)

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Depro medroksi progesteron asetat (DMPA) merangsang pusat kendali nafsu makan dihipotalamus, yang menyebabkan aseptor lebih banyak dari biasanya. (Ii, 2012)

b. Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot. (Ii, 2012)

c. Istirahat / tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala. (Ii, 2012)

d. Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido. (Ii, 2012)

e. Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambahkan resiko dengan terjadinya miokardinfark, stroke dan keadaan trombo embolik.ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rimfapisin) atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin. (Ii, 2012)

B. Data Obyektif

Obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dibagi adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg. Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna.

(Sulistyawati, 2009)

2. Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Pada peserta kontrasepsi hormonal umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan belum jelas, mungkin terjadi karena bertambahnya lemak tubuh.

(Sulistyawati, 2009)

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan alat kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan.

(Sulistyawati, 2009)

3. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi. Timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin.

(Sulistyawati, 2009)

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat mengalami anemia yang memungkinkan pendarahan hebat. Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat mengalami anemia yang memungkinkan pendarahan hebat. (Sulistyawati, 2009)

c) Payudara

Seperi kontrasepsikan suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinomaseperti karsinoma payudara atau serviks, namun progestin termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium. Keterbatasan dalam penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara. terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant. (Heryani R, 2010)

d) Abdomen

Tidak ada tanda-tanda kehamilan tidak ada hiperpigmentasi linea alba dan tidak ada striae dan tidak ada pembesaran uterus, tidak ada benjolan pada adneksa.

Untuk penggunaan KB hormonal (suntik, pil, dan implant) tidak ada nyeri tekan, klien tidak menderita KET, kanker endometrium / IPD. (Heryani R, 2010)

e) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan pendarahan, pendarahan bercak dan amenorrhea. Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, pendarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan pendarahan hebat pada waktu haid. (Heryani R, 2010)

f) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR. (Heryani R, 2010)

2. Diagnosis Kebidanan

$P \geq 1$, umur anak terkecil berapa hari, calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/kontrasepsi progestin, tidak ada/ada indikasi untuk menggunakan MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik,prognosa baik terjadi kehamilan. (Heryani R, 2010)

3. Perencanaan

- a. Diagnosa : $P \geq 1$, umur anak terkecil berapa hari, calonpesertaKB MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi progestin, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan : ibu menjadi peserta KB

Kriteria :

1. Ibu memilih alat kontrasepsi,
2. Ibu memakai metode sesuai pilihannya.

Intervensi menurut (Saifudin, 2010):

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan,
Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB,

kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

Rasional : penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

- 4) Bantulah klien menentuksn pilihannya.

Rasional : klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.



Rasional : penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukunagn dari pasangan klien.

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan alat kontrasepsi pilihannya.

Rasional : penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Persilahkan klien dan suami mengisi informed consent.

Rasional : setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang di tanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- 8) Konseling prapelayanan KB paska salin meliputi cara kerja,



cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

Rasional : jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

9) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional : pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

10) Berikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi.

Rasional : ibu dan keluarga bisa bertanya kembali dan mengerti masalah yang dialami.

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi. (Heryani R, 2010)

2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada kehamilan

A. Data Subyektif

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.(emadwiandr, 2013)

b) Usia

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun.(emadwiandr, 2013)

c) Agama

sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.(emadwiandr, 2013)

d) Pendidikan terakhir

sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi.(emadwiandr, 2013)

e) Pekerjaan

data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.(emadwiandr, 2013)

f) Suku/bangsa

data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.(emadwiandr, 2013)

g) Alamat

selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.(emadwiandr, 2013)

2. Keluhan Utama

keluhan ringan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

a. Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.(emadwiandr, 2013)

b. Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.(emadwiandr, 2013)

c. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.(emadwiandr, 2013)

d. Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.(emadwiandr, 2013)

e. Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.(emadwiandr, 2013)

f. Kram tungkai

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

(emadwiandr, 2013)

g. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar. (emadwiandr, 2013)

3. Riwayat kesehatan

a. Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemia dan penyakit menular seksual.

(emadwiandr, 2013)

b. Hipertensi esensial

Hipertensi yang banyak dijumpai adalah hipertensi esensial jinak dengan tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 160/100 mmHg. Terdapat kemungkinan

bahwa kehamilan yang disertai hipertensi esensial sewaktu-waktu dapat menjadi pre-eklamsi tidak murni yang disertai gejala protein urine serta odema. (emadwiandr, 2013)

c. Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah. Anemia dalam kehamilan disebut “potensial danger to mother and child” (potensial membahayakan ibu dan anak), oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan. (emadwiandr, 2013)

d. Gonorea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria. (emadwiandr, 2013)

e. Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan

dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin. (emadwiandr, 2013)

f. Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat. (emadwiandr, 2013)

g. Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. (emadwiandr, 2013)

h. Asama

Pengaruh asma pada ibu dan janin akan sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen (O₂) atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi

keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin). (emadwiandr, 2013)

4. Riwayat kesehatan keluarga

Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan.(emadwiandr, 2013)

5. Alasan Datang

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

6. Riwayat menstruasi

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

7. Riwayat Obstetri

- a. Gravida/para
- b. Tipe golongan darah
- c. Kehamilan yang lalu:
 - a. Tanggal persalinan

- b. Usia gestasi
- c. Tempat lahir
- d. Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstrasi)
- e. Masalah obstetri, medis dan sosial lain, dalam kehamilan, dalam persalinan, dalam nifas, berat badan bayi, jenis kehamilan, kelainan kongenital bayi dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian yang mempengaruhi persalinan.
(Hari,dkk, 2011)

8. Riwayat kehamilan yang lalu

Adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (sering), toxasemia gravidarum.(emadwiandr, 2013)

9. Pola Fungsi Kesehatan

a. Nutrisi

nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat keahamilan:

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori

yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

d. Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320

mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah.

e. Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.(emadwiandr, 2013)

10. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi

(terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. (emadwiandr, 2013)

b. Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil. (emadwiandr, 2013)

11. Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuluskeleta: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh. (Saifuddin, 2009)

12. Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa bantal untuk

menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah. (Saifuddin, 2009)

13. Pola seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri. (Manuaba, 2010)

14. Personal Hygien

Menjaga kebersihan diri terutama lipatak kulit(ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saifuddin, 2009)

15. Riwayat ketergantungan

- a. Merokok Wanita yang merokok selama masa hamil juga meresikokan janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplamenta dan penurunan oksigenasi. Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir

dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami efek jangka panjang. Peningkatan insiden Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), penyakit meningokokus, pneumonia, asma, bronkitis, demam dan infeksi telinga. (emadwiandr, 2013)

b. Alkohol

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

c. Obat Terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko.

Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian.

(Marmi, 2011)

16. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status

pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa. (Sulistyawati, 2010)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmetis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul. (emadwiandr, 2013)

1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati,2010)

a) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran

maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati,2010)

b) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia. (Manuaba, 2012)

2) Nadi

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

3) Suhu

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

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit.

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm.

(b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan 4kg pada kehamilan TM I, 0,5kg/minggu pada kehamilan TM II dan TM III. Totalnya sekitar 15-16 kg selama kehamilan (Sulistyawati, 2012).

Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita

dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah $51 / (1,57)^2 = 20,7$ (Megasari dkk, 2015: 65). Nilai IMT mempunyai rentang dalam tabel berikut:

Tabel 2.6

Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kategori Ambang Batas IMT untuk Indonesia

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

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

(c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

Kurang Energi Kronis (KEK). (Manuaba,2012)

1. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

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

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2012). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

c) Mata

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

Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011).

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah.

Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan

kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

f) Leher

Normal apabila tidak ada pemebesara kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis. (Marmi,2014).

g) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.
- 2) Kesimetrisan gerak napas
- 3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 4) Auskultasi paru(bunyi napas normal, rales, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *sprlitting*, gesekan, *thrill*)

- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara(seimbang atay tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan

putting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH). (emadwiandr, 2013)

h) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih.

- 1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi*.
- 2) Ukuran janin
- 3) Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) –n x 155= TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka n-12. Bila kepala di atas *ischiadica* maka n-11 =11. (Ummi Hani,2011).

Tabel 2.7

Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Tabel 2.8
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan
TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm(± 2 cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm(± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2014

4) Letak dan Presentasi

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

- (a) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus
- Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak

keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010). Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopard I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawah ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.9

TFU berdasarkan leopard pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Jannah, 2017:84

(b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010). Menurut (Marmi, 2011) langkah-langkah leopold II yaitu:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
- (2) Tentukan dimana punggung anak.

Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012)

(c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2011), langkah-langkah memeriksakan leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

(d) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum

masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen.
(emadwiandr, 2013)

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah menentukan Leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.(emadwiandr, 2013)

(e) Perlimaan

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

- (1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis
- (2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- (3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- (5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- (6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan,2008).

1)Bidang hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro-

iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis.

2)Bidang hodge II

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

3)Bidang hodge III

Bidang setinggi ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge

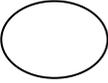
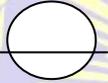
4)Bidang hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I). (emadwiandr, 2013)



Tabel 2.10

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaan

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

Sumber : Saifuddin,2013

(f) Osborn Test

Menurut (Winkjosastro, 2011) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsi

kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah

PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase) Winkjosastro, 2011).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk

lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif . (emadwiandr, 2013)

i) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid.

j) Genetalia

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

k) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika

berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia. Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (emadwiandr, 2013)

5) Penurunan bagian terbawah janin

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut Marmi, 2011 dapat dilihat dalam table berikut:

6) Pemeriksaan Denyut Jantung

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus).

Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada

presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit. (emadwiandr, 2013)

2. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemriksaan Darah

1) Hemoglobin

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

Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% . (Manuaba,2010).

2) Golongan Darah

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

penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus*. (Fraser et al, 2015).

3) HbsAg

HbsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HbsAg merupakan satu-satunya pertanda serologik selama 3-5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HbsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis, HbsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HbsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (*carrier*). Sekitar 10% penderita yang memiliki HbsAg positif *carrier*, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun-tahun. Pemeriksaan HbsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. transisi hepatitis B melalui transfusi sudah hampir tidak terdapat lagi berkat screening HbsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait transfusi sudah menurun, angka kejadian hepatitis B tetap tinggi. Hal ini terkait dengan transmisi virus

hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang beresiko tinggi terkena infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan, ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat transfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi,2011).

4) HIV / AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratorium Anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perlu melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Bila ternyata ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2017).

b) Pemeriksaan Protein Urine

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

c) Pemeriksaan Reduksi

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

d) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli(2011), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: *gestationalsac*) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= *Groun Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

e) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter. (Romauli, 2011).

f) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini. Periksal dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksal dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksal dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2014).

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

- 1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
 - 2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
 - 3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan. (Manuaba, 2010)
- g) Pemeriksaan Panggul Luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*,

collin, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2010).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2010).

2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2010).

3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2010).

4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. Untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang

dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2010).

h) Non Stress Tes (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerak janin (Marmi, 2011).

Pemeriksaan detak jantung janin dihubungkan dengan gerak janin. Terjadinya akselerasi menunjukkan kesejahteraan janin optimal intra uteri (Manuaba, 2010).

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

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

Diagnosa : $G_{1/}>1P_{APIAH}$ usia kehamilan 20-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan. (Manuaba, 2012)

D. Perencanaan

Dianosa Kebidanan: G₁/>1P_{APIAH} usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan .

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:
 - Tekanan darah :100/70 mmHg
 - Nadi :76-88x/menit
 - Suhu :36,5-37,5⁰C
 - Respirasi Rate :16-24x/menit
4. Pemeriksaan Laboratorium
5. Hb \geq 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
6. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
7. TFU sesuai dengan usia kehamilan
8. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut (Varney, Kriebs dan Gegor, 2012) yaitu

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

- b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

- c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan hygien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

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

- d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi:Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehata dengan segera.

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

- e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akam menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

f)Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

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

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

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

Potensi masalah:

1) Masalah I: Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut (Vrney, Kriebs dan Gegor, 2012)

(a) Jelaskan penyebab edema

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

(b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak di tinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena dalam panggul

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas

- (e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

2) Masalah 2: Nokturia

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

Kriteria :

- (a) Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari
- (b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut (Manuaba, 2010)

- (a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

- (b) Anjurkan ibu untuk mrnghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, the, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- (c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut (Pantiawati,2009)

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

(b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras

(c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

(d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur.

R/ Mengidentifikasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

Intervensi menurut (Varney, Kriebs dan Gegor, 2012)

(a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses

(b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

(c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat melancarkan peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk pencernaan.

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memivu terjadinya hemoroid.

(e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5) Masalah 5 : Kram pada kaki

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

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

Intervensi menurut (Romauli, 2011)

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan *massage*.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurai penekanan yang lama pada kaki sehingga sirkulasi darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa re;aksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6) Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan ketidaknyamanan dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria : 1. Frekuensi pernapasan 14-24x/menit
2. Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut (Salehah, 2012)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

(b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penerkanan diafragma

(c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

(d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menmbah kebutuhan O₂.

(e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7) Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria : 1. Pusing berkurang
2. Kesadaran *composmentis*
3. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut (Rukiyah, 2010)

(a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

(b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari beridri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8) Masalah 8 : Nyeri punggung

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010)

(a) Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebrata lumbosakral dengan pengencangan otot-otot punggung.

(c) Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

(e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

9) Masalah 9 :Varices

Tujuan :Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah.

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

Intervensi menurut (Varney, Kriebs dan Gegor, 2010)

(a) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan risiko terjadinya varises.

(b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang kaki saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

(d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

R/ Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

(e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

10) Masalah 10 : Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria : 1. Tidak kembung
2. Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut (Sulistiyawati, 2012)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya nyeri dan panas ulu hati sehingga tidak cemas lagi

(b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbung merangsang dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meingkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

(d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan jalin dalam rahim

(e) Hindari berbaring setelah makan

R/ Bila setelah makan langsung berbarig maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan mual.

(f) Hindari minum selain air putih

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

(g) Tidur dengan kaki ditegakan

R/ Memperlancar aliran darah *uteroplasenter*. sehingga janin tidak mengalami *fetal distress*.

(h) Beikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

11) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria :1.Ibu tampak tenang dan rileks
2.Ibu tampak tersenyu,
3.Suami dan keluarga member dukungan

Intervensi menurut (Romauli, 2011)

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

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

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

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

12) Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria :1.Ibu tampak tenang dan rileks

2. Ibu tampak tersenyum

3. Suami dan keluarga member semangat

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010)

(a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

(b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

(c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membanca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

(d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *expansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower*

memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

- (e) Kolaborasi pemeriksaan labolatorim terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/*vertigo* mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- (f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- (g) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

- (h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

- (i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

- (j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

- (k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

- (l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

E. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7) evaluasi ditulis 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.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian data

a. Data subyektif

1) Identitas

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti klien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda.

(Ii, 2009)

b) Usia

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20–30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2–5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20–29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30–35 tahun. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mengakibatkan wanita rentan terhadap komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklamsia, usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, sectio caesarea (SC), kelahiran preterm, intrauterine growth retardation (IUGR), anomali kromosom, dan kematian janin.(Ii, 2014)

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan. (Ii, 2014)

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat. (Ii, 2014)

e) Alamat

Sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data alamat juga dapat memberikan gambaran jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistyawati A, 2010)

2) Keluhan utama

Menurut (Manuaba, 2012) 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 braktivitas atau jalan makin bertambah.
- b) Pengeeluaran lendir dan darah. Dengan his persalinan yang terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan perdataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada

kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagai besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. Gejala utama pada kala II menurut (Manuaba, 2012) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50-100 detik
 - 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
 - 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan
 - 4) Mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser
- 3) Riwayat kesehatan
- a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang menyebabkan edema pada paru. Gejala pertama pada edema paru yaitu ari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Peningkatan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his

atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah ibu ke janin. Menurut (Ii, 2014)

stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium yaitu:

1. Kelas I : tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa
2. Kelas II : waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan)
3. Kelas III : gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung
4. Kelas IV : dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampau besar (Wiknjosastro, 2009). Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I dan II. (Manuaba, 2010)

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, koriamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea.(Fraser, *et all*, 2010)

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 perdarahat postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba,2012)

d) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, koriamnionitis, persalinan prematur.(Fraser, *et all*, 2010)

e) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan. (Ii, 2014)

f) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya erjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu,

kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan. (Ii, 2014)

g) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau kese;uruhan jaringan ginjal. (Saifuddin, 2011)

4) Riwayat kebidanan

1. Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2014).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi, 2014):

1) Menarche

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

2) Siklus haid

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

3) Hari pertama haid terakhir (HPHT)

dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang di pakai adalah rumus neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1.

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

a) Riwayat kehamilan yang lalu:

informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011)

b) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstrasi vakum, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011)

c) Riwayat nifas yang lalu:

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peninngkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus

yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga dapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut "nyeri ikutan" (after pain) terutama pada multipara. (Manuaba, 2012)

6) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang

- a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.
- b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, dan III. Untuk mengetahui adanya gangguan seperti: muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.
- c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak.
- d) Dimana ibu memeriksakan kehamilan Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilarn.
- e) Sejak hamii berapa bulan ibu menieriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu.

Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan. berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak

perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu. (Nurhidayah, 2014)

7) Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, jenis KB yang Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date Of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggapi kehamilan".

Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan. (Nurhidayah, 2014)

8) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif. (Nurhidayah, 2014)

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat

berkopresi antara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Manuaba, 2010). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin seiaama 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.(Nurhidayah, 2014). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif. lakukan periksa dalam untus memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

(a) Kapan terakhir tidur

(b) Berapa lama

(c) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011).

e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

(a) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.

(b) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati, 2010)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009).

f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

g) Riwayat ketergantungan

(a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011).

(b) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol jann dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan

mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang di akndungnya (Marmi, 2011).

(c) Obat terlarang

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

g) Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009)

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran kompesmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (Cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli 2011).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan kompesmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) Sulistyawati,2011).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata S-10 mmHg, Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney,et a! 2007). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anesietik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkat tekanan darah (Fraser, et al, 2009).

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 (Vamey, et.al 2007). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser, et al 2009).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertingga selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih 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, et.al, 2014).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi perapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Vamey, et.al, 2014)

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, kontur, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah. gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, et al, 2007:35). Serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2014)

b) Muka

Ukuran, bentuk, kontur kesimetrisan wajah dan lokasi struktur wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila (Romauli, 2011).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva 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, 2011)

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tojolan, warna sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik persarhan, rabas, warna mukosa (Varney. et.al. 2010).

e) Telinga

Observasi pemeriksaan yang dilakukan adalah, pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tojolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna sumbatan, lesi, dan rabas, adanya benda asing pada saluran pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak jaringan paut, perforasi). (Sulistyawati, 2012)

f) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut. (Saifuddin, 2010)

g) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15.0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010)

h) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau

infeksi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Wiknjosastro, 2008)

i) 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, 2008)

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifudin, 2010)

Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandug kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presntasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periopde pascapartum awal. (Marmi, 2012)

Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Marmi, 2012)

j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa bloody slym tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban adanya luka parut divagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinum atau tindakan epissotomi sebelumnya. (Marmi, 2012)

k) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-hetul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu. (Marmi, 2012)

l) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, 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 membesar. (Marmi, 2012)

3) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya Engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan mmenentukan letak bokong dan kepala presentasi janin (fraser dan cooper, 2011).

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

1) Menurut (Sulistyawati, 2012) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur keñamilan dalam minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.11

Usia Kehamilan Dalam Minggu

Usia kehamilan (minggu) Perkiraan fundus uteri

28 28 cm + 2 cm

32 32 cm + 2cm

36 36 cm + 2 cm

Sumber: (Sulistyawati, 2011)

2) usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut (manuaba, 2012) dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.12

Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

TFU Usia kehamilan

1/3 di atas pusat 28 mgg

½ pusat-prosesus xifoideus 34 mgg

Setinggi arcus costae 36 mgg

Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus 40 mgg

Sumber :Manuaba 2010:100

3) Menurut mochtar (1998) dalam Kuscahyani (2012,90) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.13

Usia Kehamilan Dalam Minggu Dan TFU Dalam Cm

Usia kehamilan (minggu) TFU

22-28 24-25 cm diatas simfisis

28 26,7 cm diatas simfisis

30 29,5-30 cm diatas simfisis

32 29,5-30 cm diatas simfisis

34 31 cm diatas simfisis

36 32 cm diatas simfisis

38 33 cm diatas simfisis

40 37,7 cm diatas simfisis

Sumber Kuscahyani 2012

c) Cara menghitung TFU

Menurut kustmardji (2008:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (simfisis osis pubis) sampai ke puncak

rahim (fundus uteri) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc. Donald dapat dikatakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (simfisis osis pubis) ke puncak rahim (fundus uteri) dalam centimeter di kurangi 11 atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurangi 12, jika kepala di bawah spina ischiadika maka di kurangi 11.

d) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ (Tafsiran Berat Janin) dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumus: $TBJ : (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155. \dots \text{gram}$

N : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila atas (-12) dan bila dibawah (-11).

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.14

Tbj normal untuk usia kehamilan TM III

Usia kehamilan (bulan) Berat badan (gram)

7 1000

8 2000

9 2500

10 3000

Sumber : Manuaba, 2012

e) Penurunan

Bagian terbawah janin Menurut (Ii, 2009)penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari (perlimaanan)

f) Penurunan Kepala

Menurut Bidang Hodge (Manuaba, 2010) Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun ke dasar panggul, hodge menentukan bidang penurunan sebagai berikut

- 1) H I :Bidang yang sama dengan pintu atas panggul
- 2) H II :Bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawah simfisis
- 3) H III : Bidang sejajar dengan HI setinggi spina ischiadica
- 4) H IV : Bidang sejajar dengan HI setinggi ujung tulang kelangkung (os sacrum)

Dengan menentukan penurunan sesuai dengan bidang Hodge dapat ditetapkan kemungkinan persalinan melalui vaginal, atau persalinan dengan operasi sectio caesarea. Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diatas bidang H II. Persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan. Persalinan pervaginam yang aman dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas H III

g) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali permenit. Bila demikian, baringkan ibu kesisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi.

h) His

His kala II, his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba.2012). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala 1

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksinya uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatan) hingga serviks membuka lengkap (10cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. (Manuaba, 2010)

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi. (Manuaba, 2010)

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. (Manuaba, 2010)

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah itu. (Manuaba, 2010)

i) Pemeriksaan dalam

Menurut (Manuaba, 2010) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan 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 mekonium.
 - a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

- c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf
 - d) Jika mickonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
 - e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - f) Jika kctuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- 3) Adanya luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- 4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
 - 5) Memastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
 - 6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.
 - 7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjukan (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat peryusupan atau tumpang tindih talang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuan jalan lahir apakah sesuai.

j) Pemeriksaan panggul

Menurut (Ii, 2009) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan sebagai berikut

- 1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.
- 2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan bberarti ada kesempitan panggul
- 3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol kedalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- 4) Sudut arcus pubis > 90 bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- 5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

k) Pemeriksaan penunjang

1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa. dan protein urin (Ii, 2009)

2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli.2011).

3) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011)

4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama

aktomardiograf, atau fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

2. Diagnosa kebidanan

a. G>1P/> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur habitus fleksi, puka/puki, preskep. H... kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik. inpartu:

1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Ii, 2009)

2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Ii, 2009)

3) Kala II dengan kemungkinan masalah

a) Kekurangan cairan

b) infeksi

c) Kram tungkai (Ii, 2014)

b. Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No 938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan)

c. P> 1 Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut (Sulistyawati, 2010)

d. P> 1 kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinnn masalah yang terjadi menurut.

1) Atonia uteri (Sukarni,2013)

2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni,2013)

3. Perencanaan

a. PAPIAH UK 37-40 minggu, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep. H., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik inpartu kala I fase laten/aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1) Ku baik, kesadaran kompesmentis.

2) TTV dalam batas normal

T: 100/60-130/90 mmHg

S:36,5-37 C

N : 80-100 x/menit

R: 16-24 x/menit

3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam

5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida 1 jam.

6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif

7) Kala II pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida c15 menit

8) Plasenta lahir spontan, lengkap.

9) perdarahan <500 cc

intervensi menurut (Ii, 2014)

1) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung
R / ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan

2) Anjurkan ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persediaan mengejan.

R/ persiapan energi untuk persalinan

3) bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri.

R/ mempercepat penurunan kepala janin

4) anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- 5) Observasi TTV
 - a) DIJ setiap 30 menit sekali
 - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit
 - c) Nadi setiap 30 menit
 - d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala III atau jika ada indikasi
 - e) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam
 - f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali
R/ mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin
- 6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih tiap 2 jam
R/ bila kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his
- 7) Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal
 - a) Mengenali tanda dan gejala kala II
R/ Dengan melihat tanda gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat
- (1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II
 - a. ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
 - b. Ibu merasa adanya tekanan pada anus.
 - c. Perineum menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir untuk mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dai kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.

b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(3) Pakai clemek plastik.

R/ Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2011)

4. Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir dan para penolong persalinan).

5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Ii, 2009)

6. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptu partio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a. Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin , 0.5 % langkah 9)

R/ Upaya pencegahan infeksi

8. Mengganti sarung tangan jika terkontam (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin).

R/ Upaya pencegahan infeksi.

9. Dengan menggunakan teknik aseptik. melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi

10. Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur persio dan keadaan janin yang baik yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

a. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

b. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

11. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % .

Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan

klorin 0.5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Upaya pencegahan infeksi

12. Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) /menit

R/ Memantau keadaan janin

- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

13. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan ibu bantu ibu dalain menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Ii, 2009)

14. Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

R/ Mempermudah ibu untuk meneran.

15. Laksanakan binbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

- a. Bimbing ibu untuk meneran dengan benar secara efektif
- b. Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- c. Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama),
- d. Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi.
- e. Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
- f. Beri cukup asupan cairan peroral (minum),
- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda
- h. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida)

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

R/ Mempermudah ibu untuk meneran

- d) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi

R/ Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi. serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong

17. Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ memudahkan petugas untuk mengelap bayi ketika sudah lahir

18. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.

R/ mempermudah tindakan stenen

19. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ mempermudah petugas dalam tindakan

20. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ sebagai salah satu alat pelindung diri dan pencegahan infeksi

e) Persiapkan pertolongan kelahiran

R/ Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perinium.

21. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vuiva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Ii, 2009)

22. Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

R/ Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Ii, 2009)

a. Jika talipusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.

23. Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara spontan

Lahirnya bahu

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

24. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai

R/ Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

25. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk dan memegang lengan dan siku sebelah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan menelusuri dan mengang lengan dan siku sebelah atas

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku, dan tangan bahu belakang saat bagian-bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perenium

26. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya.

R/ Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

f) Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

27. Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu

- a. Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- c. Apakah kulit bayi berwarna merah?

28. Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk kering yang lainnya.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

29. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal)

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

30. Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontrak dengan baik

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

31. Dalam 1 menit setelah bayi baru lahir, lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin)

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

32. Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5cm distal dari klem pertama.

R/ memudahkan tindakan PTT

33. Pemotongan dan ikat tali pusat

a. Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntungan tali pusat diantara tali pusat tersebut.

b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

c. Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan (larutan clorin)

34. Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan bonding attachment antara bayi dan ibu.

35. Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi

Kala III

g) Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro.2008) penanganan tali pusat untuk melahirkan tali pusat.

36. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5cm dari vulva ibu

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi

37. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, diteri atas simfisis, dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.

R/ Tangan bidan berada diatas perut pasien untuk mengetahui adanya kontraksi

38. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus. Mengeluarkan plasenta.

39. Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingg plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sanbil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso kranial)

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
 2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 4. Ulangi penegangan tali pusat i5 menit berikutnya.

5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

R/ Melakukan PTT akan memungkinkan bidan dapat melahirkan plasenta secara aman segera setelah plasenta terjadi. Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

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

R/ Teknik ini dilakukan untuk mencegah robekan kulit ketuban

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

R/ Mencegah perdarahan yang berlebihan, dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri

Kala IV

h) Menilai perdarahan

42. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Sisa selaput ketuban atau bagian plasenta yang tertinggal didalam uterus akan menyebabkan perdarahan dan infeksi

43. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

i) Melakukan prosedur pasca salin

44. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ Mencegah perdarahan yang berlebih

45. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

R/ Mencegah hipotermi

a. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam (45) waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

b. Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

46. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/ pengukuran bayi. beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

R/ imunisasi berguna untuk daya tahan tubuh untuk bayi

47. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral

a. Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu- waktu bisa disusukan.

b. Letakkan kemabali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

R/ imunisasi berguna untuk daya tahan tubuh untuk bayi

48. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

a. 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan

c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

49. Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi

R/ Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

50. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/ memperkirakan kehilangan darah pada ibu.

51. Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.

R/ mencegah terjadinya syok pada ibu akibat kehilangan darah

a. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

52. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36°C-37,5°C)

R/ Memantau keadaan bayi

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

R/ Upaya pencegahan infeksi

54. Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai

R/ Upaya pencegahan infeksi

55. Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering

R/ Upaya pencegahan infeksi(Ii, 2009)

56. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ merangsang produksi ASI pada ibu(Ii, 2009)

57. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0.5 % selama 10 menit.

R/ Upaya pencegahan infeksi(Ii, 2009)

58. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0.5 % selama 10 menit .

R/ Upaya pencegahan infeksi(Ii, 2009)

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

R/ Upaya pencegahan infeksi(Ii, 2009)

Dokumentasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV

R/ mendapatkan informasi selama persalinan untuk mengambil keputusan

Asuhan pemantauan pada kala IV

a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.

b) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.

c) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.

d) Mengajarkan pada ibu untuk memijat uterus jika uterus menjadi lembek. (Ii, 2009)

Kemungkinan masalah saat persalinan:

1) Masalah kala I

1. Cemas dalam menghadapi proses persalinan.

a. Tujuan:

Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

b. Kriteria:

ibu tampak tenang

c. Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersaiinan memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya

3) Jelaskan prosedur dan batas tindakan yang diberlakukan

R/ Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan

2. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

a. Tujuan:

Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

b. Kriteria

Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas, ibu merasa tenang

c. Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menenangkan dan menenangkan ibu.

3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi

4) Pengipasan atau menggunakan anduk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas pada punggung

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan. (Ii, 2009)

2) Masalah kala II

2. Kekurangan cairan

a. Tujuan

Tidak terjadi dehidrasi

b. Kriteria:

Nadi 76-100x/menit, urin jernih, produksi urine 30cc/jam

c. Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

3) Segera nujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi

3. Kram tungkai (Ii, 2009)

a. Tujuan:

Tidak terjadi kram tungkai

b. Kriteria

Sirkulasi darah lancar

c. Intervensi;

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah.

2) Atur posisi dorso fleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4. Nyeri karena kontraksi uterus

a. Tujuan:

Ibu mcrasa nycri terhadap proses persalinan

b. Kriteria:

a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu merasa berkurang

c. Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologi dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan

R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(a) Berikan usapan punggung

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi

5. Infeksi (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

1) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)

2) Suhu 36-37,50C

3) KU baik

4) Cairan ketuban cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring memepercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

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

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

3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

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

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

3) Masalah kala III

1. Retensio plasenta (Ii, 2009)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut (Ii, 2009)

1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta
Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

4) Masalah kala IV

1. Atonia uteri(Ii, 2009)

Tujuan : Antonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut (Ii, 2009)

- 1) segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- 2) jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin
- 3) jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah
- 5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

2. Robekan vagina, perineum tau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atu serviks dapat teratasi Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik
- 2) Perdarahan < 500cc

Intervensi (Ii, 2009)

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
 - (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
 - (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darutrat obstetri.
 - (d) Dampingi ibu ketempat rujukan

3. Sub involusi uterus

Tujuan: Sub involusi uterus dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik
- 2) Tidak terjadinya infeksi

intervensi (sriningsih, 2018)

- 1) Pemberian antibiotika

2) Pemberian uteronika. Dilakukan dengan memberikan injeksi methergin ditambah dengan ergometrin peroral

3) Pemberian tranfusi

4) Dilakukan kerokan bila disebabkan karena tertinggalnya sisa-sisa plasenta

(d) Implementasi

Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan criteria:

- a. Mempe:hatikan keurikan kien sebagai makhluk bio-nsiko-spiritual kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (imform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien pasien
- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar

j. Meneatat semua tindakan yang dilakukan

(e) Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Ii, 2009). Menurut Kepmenkes RI No 938/Menkev Sk/VIL/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.dengan kriteria

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan tentang standar asuhan kebidanan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondii klien/pasien

(f) Dokumentasi

Kepmenkes RI No. 938/Menkes SK VI11/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekim medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis 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 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 diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan nifas, asuhan kebidanan pada neonatus, dan asuhan pada keluarga berencana kehamilan pada bersalinan.



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian data

berdasarkan Simatupang (2008) pengkajian adalah dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. (Nurhidayah,2104)

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari – hari, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

b) Umur

Di catat dalam tahun untuk diketahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdo'a (Ambarwati, 2010).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat

memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010).

e) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2010).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010).

2) Keluhan Utama

Menurut Varney et al (2007), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1. After pain

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2. Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan

cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3. Pembesaran payudara

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

4. Nyeri luka perineum

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

5. Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

3) Riwayat Kesehatan

Data – data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

1. Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010).
2. Penyakit TBC
Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010).
3. Sifilis
Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010).

4. Penyakit asma

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

5. Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012)

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Riwayat Nifas Sekarang

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

(Sukarni, 2013)

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Haid

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, namun dari data yang di peroleh bidan, bidan mempunyai gambaran tentang dasar dari organ reproduksinya antara lain menarche, siklus, lamanya, volume, keluhan.

b) Riwayat nifas yang lalu. (Saifuddin, 2009).

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

c) Riwayat KB

Untuk mengetahui KB apa yang pernah digunakan, jika ber KB lamanya berapa tahun, alat kontrasepsi apa yang digunakan. (Manuaba, 2010).

6) Pola kebiasaan sehari – hari

a) Pola nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010).

b) Personal hygiene

Untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian. (Ambarwati, 2010).

c) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB maupun BAK dalam sehari apakah mengalami kesulitan atau sudah pergi ke kamar mandi sendiri. dalam keadaan normal ibu dapat BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan, sedangkan BAB biasanya tertunda 2 sampai 3 hari setelah melahirkan (Sujiyatini, 2009)

d) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur (Wulandari, 2010)

e) Pola seksual

Diisi untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan dalam seminggu (Sulistiyawati, 2009).

f) Pola kebiasaan

a. Makanan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari) (Heryani R, 2010: 57)

b. Minum

Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Heryani R, 2010)

B. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik, palpasi, auskultasi, dan perkusi serta pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium. Data obyektif meliputi :

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui kesadaran umum ibu baik, sedang, atau jelek (Nursalam,2014), pada kasus ibu hamil dengan letak lintang keadaanya umum baik(Saiffudin,2010)

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, apatis, somnolen, atau koma pada ibu hamil letak lintang kesadarannya composmentis (Saiffudin,2010).

c) Tekanan Darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi (Saiffudin, 2010). Batas normal 120/80 mmhg (Perry, 2015).

d) Suhu

Untuk menilai kondisi metabolisme dalam tubuh menghasilkan panas secara kimiawi melalui metabolisme darah (alimul, 2016) untuk mendeteksi dini adanya gangguan termoregulator di hipotalamus normalnya 36 – 37,5 C (Perry, 2015).

e) Denyut Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit, batas normal 60-100 kali/ menit (Wiknjosastro,2012).

f) Respirasi

Untuk mengetahui kelainan pada organ – organ saluran nafas normalnya 20-28 kali per menit (Perry, 2015).

g) Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu hamil kurang dari 145cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak (Varney,2011).

h) Berat Badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan rata – rata 0,3 – 0,5kg perminggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama hamil 9-12kg (Saiffudin, 2010).

i) Lila

Untuk mengetahui lingkaran lengan atas ibu hamil apakah normal atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak, batas normal 23,5 cm (Varney,2011).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati,2012)

b) Muka

Tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat, dan tidak ada oedema. (Romauli, 2011).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna

putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011).

d) Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, adanya secret atau tidak (Sulistyawati:2012)

e) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusi berdarah atau tidak (Sulistyawati,2012).

f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011)

g) Leher

Untuk mengetahui adakah pembesaran kelenjar limfe atau parotitis (Sulistyawati, 2012)

h) Payudara

Pembesaran puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI sudah keluar, adakah

pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal. (Saifuddin, 2010).

i) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2010). Menurut (Varney et al, 2007), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan

mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

c) Genetalia dan perineum

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2010). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2010).

d) Ekstermitas bawah

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010).

1) Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut (Sulistyawati, 2012):

a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

m) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan

sahli dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010).

2. Analisis Data

Analisis/assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan objektif, mencakup diagnosa/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010).

3. Diagnosa Kehamilan

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, rujukan.

Menurut (Depkes RI, 2007), unsur – unsur dalam diagnose kebidanan yaitu :

- a. Kondisi pasien/klien yang terkait dengan masalah

- b. Masalah utama dan penyebab utama
- c. Masalah potensial
- d. Prognosa

Langkah merumuskan diagnose kebidanan ini berlaku untuk semua asuhan Diagnose P...A...hari...post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati A,2012). PAPIAH, Post partum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, et.al, 2007)

4. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, Postpartum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Sulistyawati A, 2012)

Tujuan : masa nifas berjalan dengan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria hasil :

Menurut (Manuaba dkk, 2010) adalah :

- a. Keadaan Umum : kesadaran Composmentis
- b. Konstraksi uterus baik (bundar dan keras)

Tanda – tanda vital :

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5%

RR : 16-24 x/menit (sulistyawati, 2012)

c. Laktasi normal

Kolostrum menggunakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, merupakan bahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira – kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2012)

a. Involusi Uterus Normal

involusi uteri adalah proses kembalinya uterus ke ukuran dan bentuk seperti sebelumhamil yang tidak sempurna. Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan salah satu dari penyebabumum perdarahan pascapartum. (Rahayu, 2016)

Tabel 2.11

Perubahan Uterus selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot	Diameter	Serviks
Pada akhir Persalinan	Setinggi pusat	900 – 1000 gram	12,5 cm	Lembut/ Lunak
12 jam	Sekitar 12 – 13cm dari atas symphysis atau 1 cm dibawah pusat/ sepusat	-	-	-
3 hari	3cm dibawah pusat selanjutnya turun 1cm/hari	-	-	-
Hari ke-7	5 – 6 cm dari pinggir atas symphysis atau pertengahan pusat dan symphysis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200gram	5,0 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Rahayu A.P. 2016

b. Lochea Normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

Intervensi

- a. Lakukan pemeriksaan pemeriksaan KU,TTV, laktasi, involusi, dan Lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi (saiffudin, 2010)

- 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 (Saiffudin, 2010).

- c. Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas).

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan / mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsung seperti semula (Mochtar,2012).

- d. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012).

- e. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marni,2012)

Kemungkinan masalah

- a. Masalah 1 : konstipasi

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi dapat teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak
intervensi menurut (Sulistyawati, 2012), antara lain

1) Jelaskan fisiologis konstipasi yang dialami ibu

R/ Ibu memahami dan ibu tidak cemas lagi.

2) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8
gelas/hari

R/ Cairan dapat memperlancar kerja peristaltic
usus

3) Anjurkan ibu segera BAB bila terasa.

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu
defekasi, tidak mengukur dapat menghindari
pembekuan feses.

4) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake
cairan, serta dalam diet.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak
terlalu padat

5) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas
(terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum air panas/ dingin sehingga
dapat merangsang BAB.

b. Masalah 2 : Retensi Urine

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan masalah retensi urine dapat teratasi.

Kriteria hasil : Ibu bisa BAK setelah 2 jam postpartum

Intervensi menurut (Utami dkk, 2014)

1) Lakukan pemasangan kateter tetap selama 24 jam

R/ menjaga kandung kemih agar tetap kosong

2) Lakukan *Bardertraining* dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a) Berikan edukasi kepada klien tentang pentingnya eliminasi BAK spontan setelah melahirkan.

R/ Retensio urine pada masa nifas dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari dan aktifitas menyusui karena ibu tidak akan merasa nyaman melakukan aktifitas dan nyeri perut bagian bawah karena kandung kemih yang penuh dan menyebabkan sub involusi uterus.

b) Berikan air minum

R/ hal ini di mungkinkan dengan adanya asupan cairan dapat menstimulasi kerja

ginjal, sehingga akan timbul keinginan
keinginan ibu postpartum untuk berkemih.

- c) Ukur tanda-tanda vital dan *Baldder training* dimulai dari 2 jam postpartum

R/ Hal ini dikarenakan perlu kondisi yang stabil untuk turun dari tempat tidur dan mengikuti program *Blader Training*. Untuk mempercepat pemulihan kondisi setelah melahirkan diperlukannya ambulasi dini dan berkemih setelah 2 jam postpartum untuk menghindari terjadinya pendarahan postpartum.

- d) Bawa klien ke toilet untuk BAK dengan posisi duduk dan menyiram perineum dengan air hangat.

R/ Hal ini dimungkinkan untuk merelaksikan kandung kemih sehingga ibu postpartum dapat bisa berkemih dengan nyaman.

- e) Buka kran air maksimal 15 menit dimulai sejak klien berada dittoilet

R/ hal ini merupakan salah satu stimulus yang dapat mempercepat berkemih

f) Observasi apakah sudah BAK/ belum

R/ hal ini dimungkinkan untuk mengetahui kemampuan ibu berkemih setelah melahirkan dalam batas normal atau terdapat masalah setelah melahirkan,

Ulang *baldder training* setiap 2 jam bila belum bisa BAK.

R/ Hal ini dimungkinkan untuk melihat perkembangan berkemih dalam setiap 2 jam.

c. Masalah 3 : Nyeri Pada luka Jahitan

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria Hasil : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktifitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut (Purwanti, 2012) antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum

R/ Untuk mengkaji jahitan Perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Ajurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/ mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 4) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap jam bila perlu)

R/ meningkatkan Ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

d. Masalah 4 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut (Bahiyatun, 2014) :

- 1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- 2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi terlungkup dan bantal dibawah perut

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu diberikan analgesic (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen),

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

e. Masalah 5 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

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

Intervensi menurut Manuaba (2010) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

1. Implementasi

bidan merencanakan asuhan kehidupan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2017).

2. Evaluasi

Adalah mengevaluasi keefektifannya dari asuhan yang diberikan ulang lagi proses manajemen dengan benar terhadap semua aspek asuhan yang diberikan namun belum efektif merencanakan kembali yang belum terencana (Rukiyah dkk, 2011)

3. Dokumentasi

Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, Dengan kriteria :

1) Data Subyektif

- a) Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba,2012).

1) Keluhan utama

Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), diaper *rush*. (Marni, 2012).

2) Riwayat Antenatal

Menurut varney *et all*, (2007) 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 bayi baru lahir.

3) Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikansi untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2011).

4) Riwayat Post Natal

Menurut Varney et al, (2009) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal

5) Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan *uninject*(Varney dkk, 2008)



Tabel 2.12

Jadwal pemberian imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepala bayi lain).
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi prematur dan HbsAg ibu negative, maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram.
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu.
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, Interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu.
4 bulan	DPT-2	Dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2
	Polio-2	Diberikan bersamaan dengan DTP-2
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan dengan DPT-3
	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi terbaiknya 5 bulan.
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber : Dewi, 2010)

1) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Nutrisi

Keutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan, taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg/hari. Secara umum bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marni,2012).

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.13

Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

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

Saifuddin, Abdul bari. 2009

2. Eliminasi

a) Buang Air Kecil

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali perhari, untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus di ganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

b) Buang Air Besar

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marni,2012).

3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir sampai 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marni, 2012).

Tabel 2.14

Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusar. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2011).

5. 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 menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (fraser *et all*, 2009).

b) Data Obyektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-meraha, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5C-37C (Wiknjosastro, 2009). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan(Saifuddin, 2010).

2) Tanda-tanda Vital

a) Pernafasan

Pernafasan cepat paada meni-meni pertama kurang lebih 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjosastro 2009). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi san

ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2010).

Tabel 2.15

Apgar Score

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

Sumber : (Saifuddin, 2009).

b) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5C (Varney *et all*, 2007) Suhu tubuh paling kurang di ukur satu kali sehari.

Bila suhu rektal di bawah 36C, bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yg mempunyai suhu 36C-32C, dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi.

Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap 1,5 jam sampai suhu tubuh diatas 36C (Wiknjosastro,2009).

c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit- 120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2009). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh,2008). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali permenitSertaberfluktasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser *et all*, 2009).

3) Antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan,hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007). Berat badan sebaiknya tiap hari di pantau penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009). Berikut disajikan tabel 2.16 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.16

Penurunan Berat Badan dan Kenaikan sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidak-tidaknya 160gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari)
1 bulan minggu pertama	Naik setidak-tidaknya 300gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap harinya dengan alat	
Minggu pertama	Setidaknya ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidak-tidaknya 20gram

Sumber : Wiknjosastro, 2008

b) Panjang badan

Panjang bayi di ukur dari ujung kepala sampai ujung tumit, dengan keyskinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008). Menurut Varney, Kriebs dan Gegor, (2007). Panjang bayi baru lahir terlentang rata menghadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan,

bidan kemudian dapat mengukur pangjang bayi dalam satuan sentimeter.

c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro(2009:119) meliputi :

- | | |
|---|-------------|
| (1) Diameter suboksipito-bregmatikus | : 9,5-10 cm |
| (2) Diameter oksipito-frontalis | :11-12 cm |
| (3) Diameter oksipito metalis | :13,5-15 cm |
| (4) Diameter submento-bregmatika | :9,5-10 cm |
| (5) Diameter biparietalis | :9,5-10 cm |
| (6) Diameter bitemporalis | :8-10 cm |
| (a) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus: | 33-34cm |
| (b) Sirkumferensia submento-bregmatika | :32-33 cm |
| (c) Sirkumferensia oksipito-frontalis | :33-35 cm |
| (d) Sirkumferensia mento-oksipitalis | :34-35,5 cm |
| d) Lingkar dada | :33-38 cm |
| e) Lingkar lengan | : 11 cm |

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Satuan yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, mouldingyang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak,

berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal* hematoma (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang perietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan subaponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marni, 2012).

b) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah posisi atau lemak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marni, 2012).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping

hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012)

d) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi,2012).

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaann saluran cerna (Saifuddin, 2010). Membran mukosa mulut lembabdan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi.(Fraser *et all*, 2009).

e) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709). Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2010).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dadadan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat Bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

h) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007).

i) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2012).

j) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007).

k) Genetalia

(1) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

(2) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012)

l) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (marmi, 2012)

m) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus tetap 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong beresiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008).

n) Kulit dan Kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerah-merahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2010). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut

dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat di bahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser *et al*, 2009).

o) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

(1) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012).

(2) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008).

(3) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012).

(4) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir diserts refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul iapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi 2012)

(5) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012)

(6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012)

(7) Refleks terkejut (*morc reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga

berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi, 2012)

(8) Refleks babinsky

Gorekan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012).

(9) Refleks menoleh (*tonikneck refleksi*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012).

(10) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

c) Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian,

menginterpretasikanya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan: Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis. Muntah dan gumoh, *oral rush*, *diaper rush* (Marmi, 2012).

d) Perencanaan

Diagnosa : Neonatus normal, usia 1-28 hari, aterm, lahir normal /tindakan/secso caesarea, jenis kelamin laki-laki/perempuan, KU baik

Tujuan : Bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Kriteria : Bayi merasa nyaman. Orang tua tidak khawatir.
Tidak terjadi komplikasi pada bayi

Intervensi :

a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan pertugas.

b. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis, pada bayi usia 1-28 hari.

R/ Dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan-perubahan fisiologis, ibu mampu merawat bayinya.

c. Jelaskan kebutuhan dasar pada bayi baru lahir,

R/ Jibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayinya

d. Jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ jika ditemui tanda bahaya orang tua segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

e. Ajarkan pada orang tua perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir.

R/ Orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

f. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan neonatal minimal 3x kunjungan yaitu : kunjungan ke 1 (KN1) pada 6-48 jam, (KN2) dilakukan pada 3-7 setelah bayi lahir, KN 3 pada waktu 8-28 hari.

R/ Untuk memantau keadaan neonatus (Walyani, 2014).

Potensial masalah

1) Masalah 1 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : a) tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2010).

b) Suhu bayi 36,5-37,5C (Marmi, 2012).

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah

(1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

(2) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

(3) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kemaian (Saifuddin, 2010)

2) Masalah 2 : Ikterik

Tujuan : ikterik tidak terjadi

Kriteria :

a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL

b) tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012).

Intervensi menurut Marmi (2012) antara lain:

(1) 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.

(2) 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.

(3) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kernikterus).

(4) 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 perau dari perau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

3) Masalah 3 : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012):

- a) Kadar glukosa dalam darah > 45 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letaargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut (Marmi, 2012) adalah :

- (1) Kaji bayi baru lahir dan atasi 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.

- (2) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (3) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (4) 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 tidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

(5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

4) Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

(1) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang-ulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(2) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R bahan katun dapat menyerap keringat.

(3) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(4) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

5) Masalah 5 : muntah dan gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012)

(1) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

(2) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

6) Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

1. Cuaca dingin

2. Jarang mencuci rambut

3. Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

1. Menyelimuti bayi dan memakaikan baju

R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat

2. Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa

R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu

3. Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %

R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

7) Masalah 7 : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi lagi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi : Menurut Marmi (2012)

1. Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

2. Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

3. Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral trush.

8) Masalah 8 : Diaper rash

Tujuan : Diaper rash dapat teratasi

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi : Menurut Marmi,2012

1. Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

2. Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ mencegah timbulnya diaper rash.

3. Bersihkan daerah genetalia 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 peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

4. Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

e) Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, Efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (kepmenkes RI, 2009).

f) Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkelanjutan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan secara setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
- d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

g) Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan / kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kehidupan.

Dengan kriteria :

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara kprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan juga untuk

semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.5 Konsep dasar asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

1. Pengkajian Data

A. Data Subyektif

1. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011)

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012)

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

6) Alamat

Untuk mengetahui pasien tinggal dimana. (Rahayu, 2017)

2. Keluhan utama/Alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut (Saifuddin, 2012) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3. Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010).

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $<180/110$ mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- 4) Untuk menurunkan morbilitas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling 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 (Hanafi, 2011).
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).

4. Riwayat kebidanan

a) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid). (Manuaba, 2010).

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR (Saifuddin, 2010). Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi (Saifuddin, 2010). Apabila pada persalinan terjadi perdarahn banyak hingga $Hb < 7 \text{ gr\%}$ maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi.(Saifuddin, 2010)

5. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor , paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015).

6. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot.

c) Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala.

d) Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi.

e) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

f) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin. (Sulistyawati, 2012).

B. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2010). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2014)

2. Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2010). Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2012).

3. Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progesterin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progesterin/

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progesterin (Saifuddin, 2012). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat.

c) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa). (Saifuddin, 2010)

d) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik(warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Saifuddin, 2010)

e) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

- a) Bau napas
- b) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
- c) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
- d) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies
- e) Gusi : perdarhan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.

- f) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.
- g) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran
- h) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil. (Saifuddin, 2010).

f) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Saifuddin, 2010)

g) Payudara

Pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong.

Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kanker payudara dimana (pembesaran payudara yang tidak simetris, tegang, ada benjolan abnormal, ada cairan abnormal, puting susu ada

tarikan ke dalam, kulit payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara.(Saifuddin, 2010)

h) Abdomen

Mengkerut seperti kulit jeruk, ada benjolan pada axilla). Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas (Saifuddin, 2010). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid.(Saifuddin, 2010)

i) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR.(Saifuddin, 2010)

j) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*Spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012)

4. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- (1) Memastikan bimanual serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus
- (3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

C. Diagnosis Kebidanan

$P \geq 1$, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik. (Saifuddin, 2010)

D. Perencanaan

1. Diagnosa : $P \geq 1$, umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik

Tujuan : Ibu menjadi peserta KB

Kriteria :

- a) Ibu memilih alat kontrasepsi
- b) Ibu memakai metode sesuai dengan pilihanya

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010):

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

Rasional: Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

- 4) Bantulah klien menentukan pilihanya.

Rasional: klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhanya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

Rasional: Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

Rasional: Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- 8) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

Rasional: Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

- 9) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional: Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

- 10) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

Rasional: Konseling pasca pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

a. Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut (Saifuddin, 2011) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*.

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- 3) 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

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut (Saifuddin, 2011) :

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c. Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting*
berkurang

Intervensi menurut (Saifuddin, 2011) adalah:

- 1) 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*.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut (Saifuddin, 2012) :

- 1) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

e. Masalah 5 : Kenaikan berat badan

Tujuan : Berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) antara lain :

1. Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

2. Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3. Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

4. Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

E. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2015). Dengan kriteria:

1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/ pasien
- 5) Menjaga privacy klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melaksanakan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga.

Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis 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 dan rujukan.

