

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Menurut Sarwono (2010), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi yaitu bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu (Muflihah dkk, 2014)

B. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi dua yaitu kehamilan menurut lamanya dan kehamilan dari tuanya. Kehamilan ditinjau dari lamanya, kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

- a) Kehamilan premature, yaitu kehamilan antara 28-36 minggu.
- b) Kehamilan mature, yaitu kehamilan antara 37-42 minggu.
- c) Kehamilan postmature, yaitu kehamilan lebih dari 43 minggu.

Sedangkan kehamilan ditinjau dari tuanya kehamilan dibagi menjadi 3 pula yaitu:

- a) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu), di mana dalam triwulan pertama alat-alat mulai terbentuk.
- b) Kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu), di mana dalam triwulan kedua alat-alat telah terbentuk tetapi belum sempurna.
- c) Kehamilan triwulan terakhir (antara 28 sampai 40 minggu), di mana janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah viable(dapat hidup) (Kuswanti & Melina, 2014)
- d) Kehamilan serotinus atau sering di sebut kehamilan postterm adalah keadaan yang menunjukkan kehamilan berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih dihitung dari hari pertama haid terakhir (Sri, 2017). Penyebab pasti serotinus sampai saat ini masih belum di ketahui. Namun factor yang mempengaruhi terjadinya serotinus adalah hormonal, dimana kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilan cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Faktor predisposisi terjadinya persalinan serotinus adalah paritas, umur, pendidikan, pekerjaan dan penyakit ibu (Wiknjosastro, 2011).

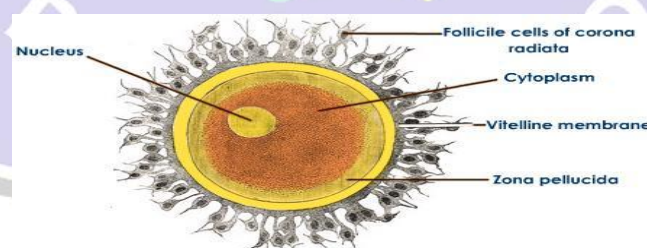
C. Fisiologi Kehamilan.

1. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian dibawah ini :

- a. Ovum yang diperlukan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b. Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah sitoplasma yang disebut vitellus.
- c. Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona petlusida. Nutrisi dialirkan kedalam vitellus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d. Konsepsi terjadi pada pars ampulla tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlalu lama di dalam ampulla tuba.
- e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi proses kapitalis, yaitu pelepasan lipoprotein dan sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi.

Struktur ovum



Gambar 2.1
Struktur Ovum

Sumber : (Sarwono,2013)

2. Nidasi dan Implementasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa terbentuk zigot yang didalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan didalam morula terbentuk ruangan dimana mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi “ primer vili korealis” melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke – 6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *Hartman*. (I. B. G. Manuaba, 2010a)

Implementasi dan Nidasi



Gambar 2.2

Implementasi dan Nidasi

Sumber : (Sarwono,2013)

3. Pembentukan Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasenta berlangsung sampai 12 – 18 minggu setelah fertilisasi. Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Visi korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pemuahan (I. B. G. Manuaba, 2010a)

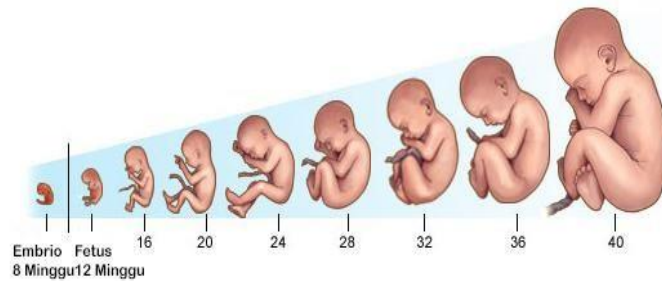
Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Usia Gestasi (Minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih tergegang. 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 namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13 - 16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, sudah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif. Jantung berdenyut 120-150x per menit.
17 - 24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai reflek.
25 - 28	Saat disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka.
29 - 32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50%-70 %). Tulang terbentuk sempurna, gerak nafas telah regular, suhu relatif stabil.
33 - 36	Berat janin 1500-2500 gr. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38 - 40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Tabel 2.1 Perkembangan Fungsi Organ Janin
Sumber : (Prawirohardjo, 2016)

Pertumbuhan Janin dalam 40 Minggu



Gambar 2.3
Pertumbuhan dan Perkembangan Janin
Sumber : (Sarwono, 2011)

D. Perubahan Fisiologi Kehamilan

a) Perubahan pada sistem reproduksi

a. Vagina dan Vulva

Hormon estrogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hyperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda Chadwick. (2015:3 Kumalasari, 2015)

b. Serviks Uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (Soft) yang disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warna menjadi livid yang disebut dengan tanda Chadwick.

c. Uterus

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan.

d. Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan diameter sebesar 3 cm. Setelah plasenta terbentuk korpus luteum graviditatum mengecil dan korpus luteum mengeluarkan hormone estrogen dan progesterone.

b) Perubahan Kardiovaskuler atau Hemodinamik

Karakteristik yang khas adalah denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10 sampai 15 denyut per menit pada kehamilan. Oleh karena diafragma makin naik selama kehamilan jantung digeser ke kiri dan ke atas. Sementara itu, pada waktu yang sama organ ini agak berputar pada sumbu panjangnya. Keadaan ini mengakibatkan apeks jantung digerakkan agak lateral dari posisinya pada keadaan tidak hamil normal dan membesarnya ukuran bayangan jantung yang ditemukan pada radiograf.

c) Perubahan pada system Pernafasan

Timbulnya keluhan sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena uterus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Volume tidal (volume udara yang diinspirasi/diekspirasi setiap

kali bernafas normal) meningkat. Hal ini dikarenakan pernafasan cepat dan perubahan bentuk rongga toraks sehingga O₂ dalam darah meningkat. (2015:3 Kumalasari, 2015)

d) Perubahan pada Ginjal

Selama Kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan. (Pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar.) Terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada Trimester III kehamilan dan di akhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih. (2015:3 Kumalasari, 2015)

e) Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (khloasma gravidarum).

Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan meng-hilang.

f) Perubahan system Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (Konstipasi). Wanita hamil sering mengalami Heartburn (rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan arena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan (2015:3 Kumalasari, 2015)

E. Perubahan Psikologis Kehamilan

a. Trimester I

Trimester pertama ini sering dirujuk sebagai masa penentuan. 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 (Kamariyah, 2014)

b. Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy serta pikirannya secara konstruktif. (Nugroho,dkk 2014)

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 kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek. Disamping itu, ibu juga mulai merasa cemas dan sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Dewi dkk, 2011). Cemas yang muncul pada kehamilan adalah reaksi terhadap perasaan takut yang mengganggu kehidupan sehari – hari dan mempengaruhi penyesuaian diri terhadap lingkungan (Nuraini.2015)

F. Tanda – Tanda Kehamilan

a. Tanda Persumtif Kehamilan

1) Amenore

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.

2) Mual Muntah

Keadaan ini biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut “morning sickness”

3) Ngidam (meninginkan sesuatu)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4) Pingsan

Bila berada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat.

Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.

5) Payudara tegang

Disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

6) Anoreksia Nervosa

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tetapi setelah itu nafsu makan muncul kembali.

7) Sering Kencing (miksi)

Keadaan ini terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua, umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

(Nugroho dkk, 2014)

8) Konstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan buang air besar.

b. Tanda Kemungkinan Hamil

1. Perut Membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif dari kehamilan 7 bulan sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat di mana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen.

2. Uterus Membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dalam rahim.

3. Tanda Hegar

Konsistensi rahim yang menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari serviks.

4. Tanda Chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebirubiruan (livide) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan tampak livide. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormone estrogen.

5. Tanda Piscaseck

Uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus.

6. Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang (Braxton hicks)

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi.

7. Teraba ballottement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin). (Kuswanti & Melina, 2014)

c. Tanda pasti Kehamilan

1. Gerakan janin dalam Rahim.
2. Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagianbagian janin.
3. Denyut jantung janin.
8. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat dopler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat cangguh, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi. (I. B. G. Manuaba, 2010a)

G. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya kehamilan yang terjadi pada masa kehamilan muda dan lanjut, meliputi perdarahan pervaginam, hiperemesis gravidarum, hipertensi, perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat, bengkak di wajah dan ekstremitas, demam tinggi, gerakan janin tidak terasa, nyeri abdomen yang hebat dan anemia.

1. Hyperemesis Gravidarum

Menurut (Ningsih, 2012) mual muntah yang timbul terjadi karena adanya perubahan berbagai hormon dalam tubuh pada awal kehamilan. Presentase hormon hCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan plasenta. Diperkirakan hormon inilah yang mengakibatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung. Sehingga semakin tinggi hormon hCG, semakin cepat pula merangsang muntah. Menurut (I. B. G. Manuaba, 2010b) mengemukakan dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu menimbulkan konsumsi O₂ menurun, gangguan fungsi sel liver hingga terjadi ikterus. Mual muntah yang berkelanjutan dapat menimbulkan gangguan fungsi alat-alat vital dan menimbulkan kematian. Hyperemesis gravidarum juga dikaitkan dengan peningkatan resiko untuk Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kelahiran Prematur, kecil usia kehamilan, serta kematian pada perinatal.

2. Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit (spotting) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan tanda Hartman dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (erosi). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat

diindikasikan terdapat tanda-tanda infeksi. Perdarahan pervaginampatologis dengan tanda-tanda seperti darah yang keluar berwarna merah dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang hebat. Perdarahan ini dapat disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

3. Anemia

WHO menetapkan standar hemoglobin (Hb 11%) pada ibu hamil, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Mengklasifikasikan anemia pada ibu hamil berdasarkan berat badannya dikategorikan sebagai anemia ringan dan berat. Anemia ringan apabila kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%. Anemia berat apabila kadar Hb dalam darah kurang dari 8 gr%. Komplikasi anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/ keguguran serta dampak pada janin menyebabkan berat lahir rendah.

4. Hipertensi

Hipertensi disebabkan oleh peningkatan tekanan darah yang dipengaruhi oleh faktor perubahan curah jantung, sistem saraf simpatis, autoregulasi, dan pengaturan hormon. Hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu: hipertensi kronis, preeklamsi, superimposed, hipertensi gestasional dan eklamsia. Hipertensi gestasional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/ 90 mmHg atau lebih untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi belum mengalami

proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transien apabila tidak terjadi preeklampsia dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu postpartum. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transien apabila tidak terjadi preeklampsia dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu postpartum. Hipertensi gestasional dapat memperlihatkan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan preeklampsia, seperti nyeri kepala, nyeri epigastrium, trombositopenia.

5. Sakit kepala yang berat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang karena sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala hebat menunjukkan gejala Preeklamsia.

6. Nyeri Abdomen Hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), abortus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain.

7. Bengkak Pada Muka dan Ekstremitas

Hampir separuh dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi daripada kepala.

8. Bayi kurang bergerak

Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18-20 minggu (primigravida, baru pertama kali hamil).

Jika janin tidur, gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 1 jam. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring / beristirahat, makan dan minum. Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah usia 22 minggu/ memasuki persalinan, maka perlu di waspadai terjadinya gawat janin atau kematian janin dalam uterus.

9. Demam Tinggi

Jika suhu ibu hamil berada pada $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamilan. Penanganannya dapat dengan memiringkan bahu ibu ke arah kiri, cukupi kebutuhan cairan ibu dan kompres hangat guna menurunkan suhu ibu. komplikasi yang ditimbulkan jika ibu mengalami demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kemih) serta infeksi saluran kemih atas. (Nugroho, dkk. 2014)

H. Komplikasi Pada Kehamilan

a. Perdarahan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Perdarahan antepartum sebagian besar disebabkan oleh plasenta previa, persalinan prematur, atau kelainan pada uterus

b. Preeklamsia / Eklamsia

Kondisi ibu yang disebabkan oleh kehamilan. Tanda – tanda oedema terutama tampak pada tungkai dan muka, tekanan darah tinggi, dan terdapat proteinuria pada pemeriksaan urine dan laboratorium.

c. Hidramnion

Kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari 2 liter. Keadaan ini mulai tampak pada trimester III. Pada kehamilan normal jumlah air ketuban adalah $\frac{1}{2}$ - 1 liter.

d. Kehamilan Ektopik

Kehamilan Ektopik ialah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Pada proses awal kehamilan apabila embrio tidak bisa mencapai endometrium untuk proses nidasi, maka embrio dapat tumbuh disaluran tuba dan kemudian akan mengalami beberapa proses seperti kehamilan pada umumnya. (Nugroho, dkk. 2014)

e. Infeksi virus pada kehamilan (TORCH)

Torch merupakan dari singkatan empat jenis penyakit infeksi yaitu: toxoplasma, rubella, cytomegalovirus, dan herpes. Jenis penyakit infeksi ini sangat berbahaya bagi janin ibu hamil karena menyerang imunitas tubuh. (Wahyu, 2013)

f. Plasenta Previa

Plasenta yang ada didepan jalan lahir. Implantasi tidak normal sehingga menutupi seluruh atau sebagian jalan lahir.

g. Solusio Plasenta

Terlepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah janin lahir.

I. Masalah Pada Kehamilan

1. Mual Muntah

Mual muntah biasanya dirasakan pada ibu hamil pada kehamilan muda atau dini. Biasanya disebabkan oleh respon terhadap hormon dan merupakan pengaruh fisiologis. Penatalaksanaan khusus bisa dengan diet atau memberikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera malpor jika ibu mengalami gejala *vomitus uterus* atau bertambah parah,serta mengingatkan pasien bahwa obat anti vomitus membuatnya mengantuk.

2. Pusing atau sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang karena sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsi.

3. Sering buang air kecil

Buang air kecil yang sering dirasakan ibu hamil muda atau berkelanjutan, disebabkan karena hormon progesteron dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim ada kepala janin yang turun kerongga panggul. Hal yang harus dilakukan yaitu dengan menyingkirkan kemungkinan adanya infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan atau minum 2 jam sebelum tidur, menghindari minuman yang mengandung kafein dan jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas sehari) perbanyak di siang hari dan melakukan senam kegel.

4. Kaki bengkak

Disebabkan karena adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan oleh ibu hamil adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami oleh ibu hamil pada kelopak mata, wajah, jari-jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan kabur (tanda preeklamsia) kurangi asupan makan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku

kecil untuk menopang kaki pada saat ibu duduk dan memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

5. Nyeri perut bawah

Pada umumnya yang dirasakan pada kehamilan usia lanjut disebabkan karena adanya progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah-ubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan ibu yaitu menghindari atau menyingkarkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat yang cukup, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat yang berat. Memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung. Dan menjelaskan ibu untuk tidur pada kasur yang tipis yang bawahnya ditaruh papan jika diperlukan.

6. Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada ibu hamil usia lanjut atau bulan-bulan akhir kehamilan dan disebabkan progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat diberi (dengan resep dokter). Asuhan yang dapat diberikan yaitu dengan nasihat makanan yang tinggi serat, buah dan sayur, ekstra cairan, hindari makanan berminyak dan anjurkan ibu untuk olahraga tanpa dipaksa (Kuswanti, 2014).

7. Nyeri punggung

Nyeri punggung adalah keadaan yang sering dirasakan oleh ibu hamil pada trimester ke III dimana pusat gravitasi yang ada pada tubuhnya berpindah ke

depan. Dapat disebabkan karena penambahan berat badan selama hamil, perubahan postur tubuh yang terjadi selama kehamilan dan riwayat nyeri punggung yang terdahulu serta terjadinya peregangan yang berulang. Selain itu juga disebabkan karena terlalu lama berdiri, membungkuk, menunduk, berdiri, berbaring, serta terlalu beratnya aktivitas sehari-hari yang dilakukan. (Harsono, 2013). Asuhan yang dapat diberikan yaitu Pijatan atau usapan pada punggung, kompres hangat pada punggung, Menghindari posisi yang dapat menyebabkan nyeri seperti membungkuk berlebihan, Hindari terlalu lama berdiri, duduk yang benar dan berjalan dengan rileks, serta menghindari mengangkat beban yang terlalu berat selama kehamilan.

(Harsono,2013)

J. Kebutuhan Dasar Kehamilan

a. Kebutuhan Fisik

Kebutuhan fisik pada ibu hamil sangat diperlukan, yaitu meliputi oksigen, nutrisi, personal hygiene, pakaian, eliminasi, seksual, mobilisasi dan body mekanik, exercise/senam hamil, istirahat/tidur, imunisasi, traveling, persiapan laktasi, persiapan kelahiran bayi, memantau kesejahteraan bayi, ketidaknyamanan dan cara mengatasinya, kunjungan ulang, pekerjaan, dan tanda bahaya dalam kehamilan. Tapi pada pembahasan ini batasan yang akan dibahas hanya meliputi oksigen, nutrisi, personal hygiene, pakaian, eliminasi, dan seksual saja.

b. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut di atas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan:

c. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori per hari, ibu hamil harusnya mengkonsumsi yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

d. Personal Hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Kehamilan merupakan suatu proses kehidupan seorang wanita, dimana dengan adanya proses ini terjadi perubahan-perubahan yang meliputi perubahan fisik, mental, psikologi dan sosial. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

e. Pakaian

Pada dasarnya pakaian apa saja bisa dipakai, baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu:

- 1) sabuk dan stoking yang terlalu ketat, karena akan mengganggu aliran balik.
- 2) sepatu dengan hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

i. Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pemakaian BH dianjurkan terutama pada kehamilan di bulan keempat sampai kelima sesudah terbiasa boleh menggunakan BH tipis/tidak memakai BH sama sekali.

f. Eliminasi

Trimester III: frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP, BAB sering obstipasi (senbelit) karena hormone progesteron meningkat.

g. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit, libido dapat menurun kembali ketika kehamilan memasuki trimester ketiga.(Nugroho, 2014)

K. Pelayanan ANC pada masa Pandemi Covid – 19

- a. Tidak ada keluhan bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah. Segera ke fasyankes jika ada keluhan / tanda bahaya.
- b. Ibu membuat janji melalui TeloponWA ANC pada trimester pertama 1x kolaborasi dengan dr untuk pemeriksaan kesesehatan.
- c. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dgn kewaspadaan Covid-19. Dapat berkoordinasi dengan RT/Rw/Kades tentang status ibu (ODP/POP,Covid +).
- d. ANC dilakukan sesuai standar (10T) don APD level1. Lakukan skrining faktor resiko. Jika temukan taktor resiko nujuk sesuai standar.
- e. Ibu hamilL pendamping dan tim kesehatan yang bortugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
- f. Tunda kelas Ibu hamil / dilakukan secara online.
- g. Konsultasi kohamian, KIE dan Konseling dapat dilakukan secara online (Pandu pengisian P4K).

L. Asuhan Pada Kehamilan Normal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo,2010).

Melakukan palpasi abdomen (uterus)

a) Leopold 1

- 1) Menghitung usia kehamilan dengan mengukur TFU
- 2) Menentukan bagian tubuh janin yang berada di fundus uteri

b) Leopold II

- 1) Menentukan situs janin (letak membujur, letak melintang atau letak sungsang)
- 2) Menentukan letak punggung janin (kanan / kiri) serta bagian kecil janin
- 3)

c) Leopold III

- 1) Menentukan bagian tubuh janin yang berada dibawah
- 2) Menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk PAP

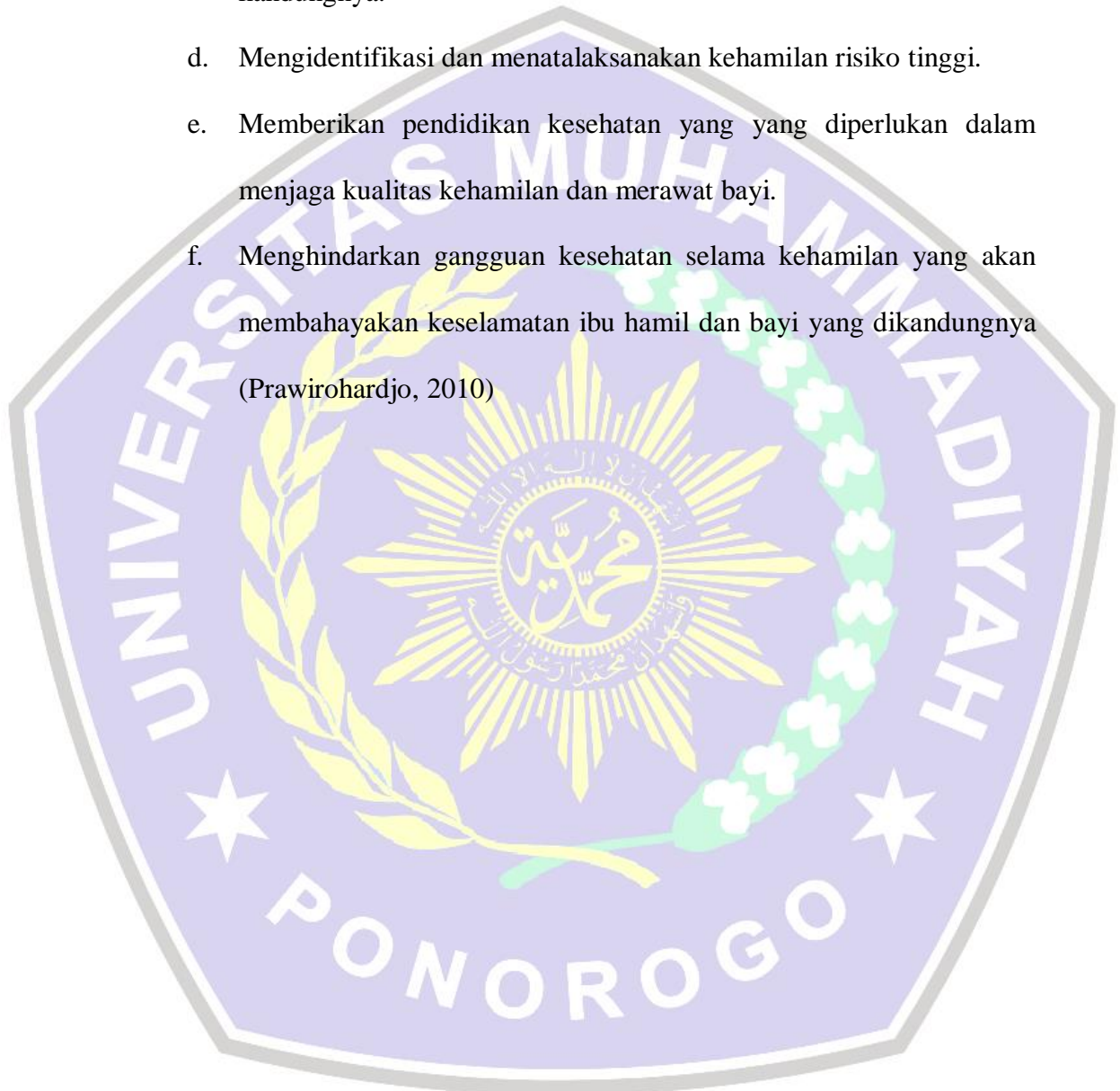
d) Leopold IV

- 1) Dilakukan bila hasil leopold III sudah masuk PAP
- 2) Menentukan seberapa dalam masuknya bagian tersebut kedalam PAP

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu:

- a. Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.

- b. Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
 - c. Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan bayi yang dikandungnya.
 - d. Mengidentifikasi dan menatalaksanakan kehamilan risiko tinggi.
 - e. Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
 - f. Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya
- (Prawirohardjo, 2010)



M. KSPR (Kartu Skore Poedji Rochayati)

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional (Bruno, 2019).

Fungsi dari KSPR adalah :

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

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga.

Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan

besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

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

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

1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik).

1. Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
2. Primi Tua : terlalu tua, hamil usia \geq 35 tahun
3. Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil $>$ 10 tahun
4. Anak terkecil $<$ 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
5. Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak \geq 4
6. Umur ibu \geq 35 tahun : terlalu tua
7. Tinggi badan \leq 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
8. Pernah gagal kehamilan
9. Persalinan yang lalu dengan tindakan 10. Bekas operasi sesar

2) Kelompok Faktor Risiko II

1. Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.

2. Preeklampsia ringan
 3. Hamil kembar
 4. Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
 5. IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
 6. Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 7. Letak sungsang.
 8. Letak Lintang.
- 3) Kelompok Faktor Risiko III
1. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
 2. Preeklampsia berat/eklampsia (Bruno, 2019).

N. Antropometri

Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek bisa menjadi faktor gangguan genetik. Tinggi badan baru diukur pada saat ibu melakukan kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil yaitu > 145 cm (Marmi, 2011).

b) Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian dari volume darah dan cairan ekstraseluler.

Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011).

c) LILA

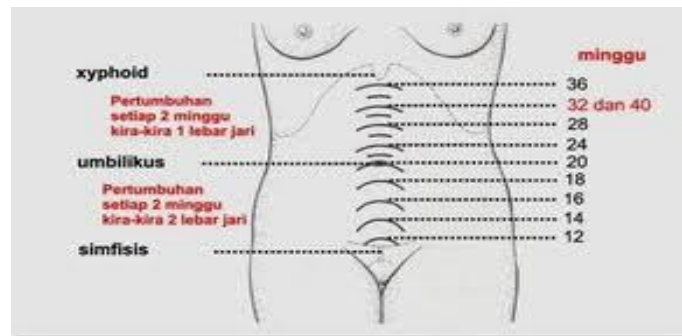
Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan bayi BBLR (Romauli 2011).

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisi
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoid (px).
36	3 jari dibawah prosesus xipoideus)
40	Pertengahan pusat prosesus xipoideus (px)

Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri

Sumber : Kumalasari, 2015

Tinggi Fundus Uteri



Gambar 2.4 Tinggi Fundus Uteri

Sumber : Kumalasari, 2015



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan. (I. B. G. Manuaba, 2010b).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. (Gulardi, dkk. 2016)

B. Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri.
- b. Persalinan Buatan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan forceps/ vakum, atau dilakukan operasi sectio caesarea.

- c. Persalinan Anjuran, yaitu persalinan yang dibantu dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin atau prostaglandin.

Umunya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, namun tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Sama halnya pada persalinan yang tidak segera dimulai dengan sendirinya namun baru dapat berlangsung

dengan dilakukan amniotomi/ pemecahan ketuban (Damayanti, 2014)

C. Teori penyebab persalinan menurut (Nurasiah, dkk.. 2014) :

1. Penurunan Hormon Progesteron

Pada akhirnya kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

2. Kerengangan Otot

Otot rahim akan merengang dengan majunya kehamilan oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

3. Peningkatan Hormon Oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan His.

4. Pengaruh Janin

Hipofyse dan kelenjar suprarenal pada janin merengang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

D. Tahapan Persalinan

Berikut adalah tahapan persalinan menurut (Gulardi, dkk. 2016) :

a. Kala 1 (Kala Pembukaan)

Inpartu dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks. Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sehingga serviks membuka lengkap 10 cm. Kala 1 persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu :

- 1) Fase laten, di mana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm.
- 2) Fase Aktif, Fase aktif pembukaan serviks 4-10 cm), dibagi dalam 3 subfase :
 - (a) *Periode akselerasi*: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (b) *Periode dilatasi maksimal*: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (c) *Periode deselerasi*: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan

berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda dan gejala kala II :

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.
- c. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam pertama postpartum (2015:3 Kumalasari, 2015). Beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan adalah:

- a. Kontraksi uterus harus baik,
- b. Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genitalia lain,
- c. Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap,
- e. Kandung kencing harus kosong.
- f. Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hematoma/ pembekuan darah,
- g. Resume/ observasi keadaan umum ibu dan bayi.

E. Tanda – Tanda Persalinan

1. Tanda – tanda persalinan menurut (2015:3 Kumalasari, 2015)

diantaranya:

- a. Rasa sakit karena adanya kontraksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkat kekuatan frekuensi dan durasi,

- b. Bloody show
 - c. Kadang – kadang ketuban pecah spontan,
 - d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.
 - e. Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya
2. Tanda Persalinan Palsu

Braxton Hicks adalah kontraksi palsu yang terjadi saat Rahim mengencang dan mengendur lagi secara tidak beraturan. Kontraksi palsu ini biasanya terjadi hilang timbul dalam waktu yang lama. Keadaan tersebut terjadi ketika adanya rangsangan pada uterus yang mengakibatkan uterus yang awalnya lunak menjadi keras (Hani. 2011) Kontraksi ini terjadi pada trimester tiga dan sering salah memperkirakan kontraksi Broxton Hicks yang kuat sebagai kontraksi awal persalinan. Kontraksi Broxton Hiks yang kuat disalah artikan sebagai tanda datangnya persalinan. Dan ini di kenal dengan persalinan palsu. Menghitung waktu awal kontraksi selama lebih dari satu jam dan jika kontraksi tersebut terjadi berdekatan satu sama lain dan berlangsung lama, mungkin persalinan.

F. Faktor yang mempengaruhi Persalinan

Menurut (Indrayani, 2016) Terdapat 5 faktor penting yang berpengaruh dalam proses persalinan, yaitu 3 faktor utama: power,

passanger, passage way, kemudian 2 faktor lainnya: position dan psikis.

Berikut uraian penjelasannya :

a. Power

Power adalah sumber kekuatan ibu yang membantu mendorong janin keluar, yang terdiri dari :

1. His (Kontraksi Otot)

His merupakan kontraksi otot rahim ketika persalinan yang terdiri dari kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis, atau biasa disebut kekuatan mengejan dan kontraksi ligamentum rotundum. Adanya his ketika melahirkan dipengaruhi oleh peran hormon yang meningkat guna menjalankan proses yang dialami setiap wanita. Menjelang persalinan terjadi penurunan hormon progesteron. Hormon ini berfungsi menyiapkan kondisi rahim supaya dapat di tempati calon janin. Pada awal kehamilan, progesteron sangat dibutuhkan agar tidak terjadi keguguran. Akan tetapi, menjelang persalinan fungsi tersebut sudah tidak diperlukan lagi sehingga produksinya menurun. Namun, disisi lain produksi hormon estrogen, oksitosin, dan prostaglandin meningkat pesat sehingga memperbaiki kekuatan his menjadi lebih adekuat. Peningkatan tersebut juga dipengaruhi hormon lain dari hipofise seperti somatomotropin, luteinizing hormone, relaksin, dan lainnya.

2. Hormon-hormon yang mempengaruhi proses persalinan :

a. Estrogen

Bersama hormon lainnya estrogen meningkat menjelang persalinan bekerja merangsang kelenjar mammae dan menyebabkan kontraksi rahim. Hormon dihasilkan oleh plasenta selama proses kehamilan sampai persalinan.

b. Oksitosin

Hormon ini banyak diproduksi menjelang persalinan, menyebabkan kontraksi otot-otot polos uterus yang berfungsi mendorong turunnya kepala bayi. Hormon oksitosin bertugas menyiapkan laktasi dengan membuka saluran ASI dari alveolus ke puting payudara. Produksi hormon ini akan bertambah apabila dilakukan stimulasi puting susu. Cara ini dilakukan jika kontraksi rahim tidak adekuat.

c. Prolaktin

Hormon yang dihasilkan dari kelenjar hipofise anterior bertugas menstimulasi pertumbuhan alveolus pada payudara. Pengeluaran hormon dipacu oleh estrogen.

Menjelang persalinan, prolaktin juga bertugas memproduksi air susu untuk bayi setelah dilahirkan.

d. Prostaglandin

Hormon ini bekerja untuk merangsang otot polos yang dihasilkan oleh rahim dan produksinya meningkat pada akhir kehamilan. Terkadang wanita mendapatkan prostaglandin dari sperma saat berhubungan seksual, sehingga pada akhir persalinan disarankan untuk melakukan hubungan seksual.

3. Tenaga mengejan

Power yang membantu mendorong bayi keluar kontraksi uterus akibat otot-otot polos rahim yang bekerja secara sempurna dengan sifat-sifat :

- a. Kontraksi simetris
- b. Fundus yang dominan
- c. Relaksasi yang baik dan benar
- d. Terjadi diluar kesadaran/kehendak
- e. Terasa sakit
- f. Terkoordinasi dengan baik
- g. Terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia, dan psikis.

b. *Passage way*

Keadaan jalan lahir, jalan lahir mempunyai kedudukan penting dalam proses persalinan untuk mencapai kelahiran bayi.

Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau *sectio sesarta*. Pada jalan lahir tulang dengan panggul ukuran normal kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesukaran, akan tetapi karena pengaruh gizi lingkungan atau hal-hal lain. Ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil daripada standar normal, sehingga biasa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam.

Pada jalan lahir lunak yang berperan pada persalinan adalah segmen bawah rahim, servik uteri dan vagina. Disamping itu otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.

c. *Passanger*

Passanger adalah janinnya sendiri, bagian yang paling besar dan keras pada janin adalah kepala janin, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

d. Position

Posisi ibu juga sangat berpengaruh terhadap adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan beberapa keuntungan. Merubah posisi memberikan kenyamanan, membuat rasa letih berkurang, dan melancarkan sirkulasi darah. Pada posisi tegak meliputi duduk diatas gym ball (pelvic rocking), berdiri, jongkok, berjalan. Posisi tegak memungkinkan untuk penurunan bagian terbawah janin. Kontraksi uteus yang lebih kuat dan efisien untuk membantu penipisan serta dilatasi serviks sehingga persalinan akan lebih cepat. (Indrayani, 2016)

Dengan posisi duduk tegak diatas Birthing Ball memiliki banyak kegunaan pada akhir kehamilan, karena Anda akan merasa lebih nyaman. Posisi duduk tegak rileks diatas gym ball(pelvic rocking) efektif untuk melonggarkan daerah pengeluaran bayi sehingga dapat mempercepat proses kelahiran bayi, juga sangat membantu ibu merasa lebih rileks, mengurangi ketegangan dengan mengalihkan fokus pikiran saat bersalin sehingga berkurang rasa sakit. Dalam proses persalinan, bola bisa menjadi alat penting, dan dapat digunakan dalam berbagai posisi. Duduk tegak diatas bola sambil mendorong seperti melakukan ayunan atau

membuat gerakan memutar panggul, dapat membantu proses penurunan janin. Bola memberikan dukungan pada perineum tanpa banyak tekanan dan membantu menjaga janin sejajar di panggul. Posisi duduk diatas bola, diasumsikan mirip dengan berjongkok membuka panggul, sehingga membantu mempercepat proses persalinan. Gerakan lembut yang dilakukan diatas bola sangat mengurangi rasa sakit saat kontraksi. Dengan bola ditempatkan di tempat tidur, klien bisa berdiri dan bersandar dengan nyaman diatas bola, mendorong dan mengayunkan panggul untuk mobilisasi. (Kuswandi, 2014)

e. Psikis

Respon psikologis ibu tentang proses persalinan. Faktor ini terdiri dari persiapan fisik maupun mental pada saat melahirkan, nilai serta kepercayaan sosialbudaya, pengalaman melahirkan, harapan terhadap persalinan, kesiapan ketika melahirkan, tingkatan pendidikannya, dukungan orang disekitar dan status emosional. Kepercayaan beragama dan spiritual dapat mempengaruhi ibu terhadap pemilihan penyedia asuhanlayanan kesehatan, penyebab nyeri, dan terhadap penyembuhan. Kepercayaan-kepercayaan tersebut dapat menjadi salah satu sumber kekuatan dan rasa nyaman ibu pada saat keadaan kritis

maupun tidak. Faktor psikologis ibu merupakan faktor utama saat menghadapi persalin karena tingkat kecemasan perempuan selama bersalin akan semakin meningkat. Perilaku dan penampilan perempuan serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang dukungan yang diberikan. Dukungan dari orang-orang terdekat akan semakin membantu memperlancar proses persalinan. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan membuat suasana yang nyaman, memberikan asuhan sayang ibu dengan sentuhan, massase punggung. (Indrayani, 2016)

G. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan mengacu pada serangkaian perubahan posisi dan sikap yang diambil janin selama perjalanannya melalui jalan lahir. Mekanisme persalinan yang dijelaskan disini adalah untuk presentasi vertex dan panggul ginekoid. Hubungan kepala dan tubuh janin dengan panggul ibu berubah saat janin turun melalui panggul. Hal ini sangat penting sehingga diameter optimal tengkorak ada pada setiap kala penurunan. Tahapan mekanisme persalinan ini diantaranya:

1. 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 pinggul. Engagemen 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.

Asinklitismus : apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kedepan dengan PAP



Gambar 2.5

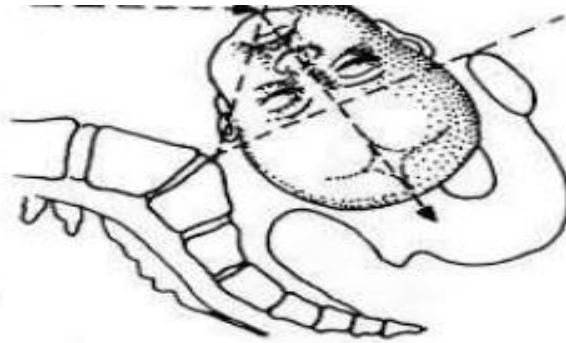
Asinklitismus : apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kedepan dengan PAP

Sumber : (Sarwoo,2013) diakses 07 Januari 2021

2. Penurunan (Descent)

Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.

Sintklitismus : bila arah kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP



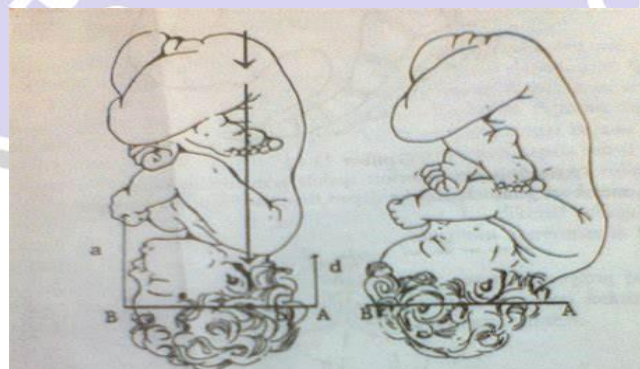
Gambar 2.6
Sinklitis : bila arah kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP

Sumber: (Sarwoo,2013) diakses 07 Januari 2021

3. Fleksi

Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin merupakan gerakan pasif, sebagian karena struktur disekitarnya, dan penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.

Fleksi kepala janin



Gambar 2.7

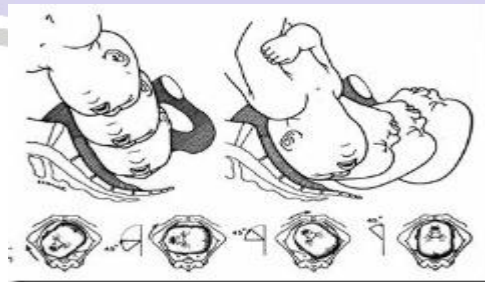
Fleksi kepala janin

Sumber : (Sarwono, 2013) diakses 07 Januari 2021

4. Rotasi Internal

Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagital kini terletak di diameter anterior posterior pintu bawah panggul (diameter terluas panggul). Resistensi adalah dinamika rotasi yang penting. Jika janin mencapai engagement dalam posisi oksipitoposterior, rotasi internal (putar paksi dalam) dapat terjadi dari posisi oksipitorposterior sampai posisi oksipitoranterior. Rotasi internal yang lama ini, bersama dengan diameter presentasi tengkorak janin yang lebih besar, menjelaskan peningkatan durasi persalinan akibat kelainan posisi ini. Posisi ini dikaitkan dengan ekstensi kepala janin yang akan meningkatkan diameter presentasi tengkorak janin pada pintu bawah panggul. Posisi ini dapat menyebabkan obstruksi persalinan dan memerlukan kelahiran dengan alat bantu atau bahkan perlu dilakukan sectio caesaria.

Putar paksi



Gambar 2.8

Putar paksi

Sumber : Sumber: (Sarwoo,2013) diakses 07 Januari 2021

5. Ekstensi

Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sakrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistensi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini dikenal sebagai crowning kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hampir bertindak sebagai titik tumpu wajah, dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. Ekstensi dan gerakan ini meminimalkan trauma jaringan lunak dengan menggunakan diameter terkecil kepala janin untuk kelahiran.

6. Restitusi

Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring).

7. Rotasi Eksternal

Agar dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior – posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal.

8. Pelahiran Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior – posterior. Bahu anterior berada di bawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, seringkali „traksi lateral“ ini dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dan bawah simfisis pubis. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior dipandu ke atas, pada perinum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke arah abdomen ibu. (Sarwono, 2013)

H. Tahap Persalinan

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Lama persalinan kala I pada primigravida dapat berlangsung 12 jam,

sedangkan pada multigravida 8 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif

a. Fase laten persalinan

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap.
- 2) Pembukaan servik kurang dari 4 cm.
- 3) Biasanya berlangsung dibawah hingga 8 jam.

b. Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi.

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.
- 2) Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- 3) Terjadi penurunan bagian terendah janin (Kurniarum, 2016).

2. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk keruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul

yang secara reflektoris atau otomatis menimbulkan rasa mencejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka (Sulistyawati, 2012).

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mencejan yang terpinpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam c

3. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses ini berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch atau jaringan ikat longgar yang melapisinya. Berikut beberapa tanda terlepasnya plasenta, diantaranya:

- a) Uterus menjadi berbntung longgar.
- b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta terlepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat semakin memanjang.
- d) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede (pelepasan plasenta seperti memeras jeruk dan dilakukan

untuk melahirkan plasenta yang belum lepas) pada fundus uterus (Sulistyawati, 2012).

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta menurut Nia Kurnia (2013) sebagai berikut :

a. Metode Schulze

Metode yang lebih umum biasanya yang terjadi, plasenta lepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupasnya dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan relaksasi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut mungkin terjadi karena ada saraf otot oblik dibagian atas segmen uterus.

b. Metode Matthews Duncan

Plasenta turun melalui samping dan masuk vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kucing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak terdapat dalam kantong. Pada metode ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal jauh lebih besar sebab selaput ketuban tersebut tidak terlepas semua selengkap metode schulze. Metode ini merupakan metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelapasan berlangsung lebih lama dan darah yang

hilang keluar sangat banyak (sebab hanya terdapat sedikit serat oblik dibagian bawah segmen).

Beberapa prasat untuk mengetahui pelepasan plasenta menurut Alifia dkk (2014) :

- 1) Kustner : dengan kita meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat diregangkan maka bila tali pusat masuk maka plasenta belum lepas, jika diam atau maju maka plasenta sudah lepas.
- 2) Stressman : tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergeser maka plasenta belum lepas, apabila tidak bergeser maka plasenta belum lepas.
- 3) Klein : Saat ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali maka belum lepas, apabila diam atau turun maka plasenta sudah lepas.

4. Kala IV

Segera plasenta lahir, jumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional terjadi karena persalinan dan kelahiran mereda dan saat itu ibu memasuki proses penyembuhan setelah kelahiran dan bonding atau ikatan. Uterus yang berkontraksi normal harus teraba keras jika lembek kontraksi uterus waspada terjadi adanya perdarahan (Rinata et al., 2016).

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam, pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan setelah persalinan, paling

sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan dalam kala IV antara lain meliputi sebagai berikut :

a) Tingkat kesadaran pasien

Disini menilai tingkat kesadaran pasien apakah pasien *composmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor*, semi koma, koma.

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan dalam waktu 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Pemantauan yang dilakukan yaitu tekanan darah (90-120/60-80 mmhg), suhu ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$), nadi (60-100 x/menit) dan pernafasan atau respirasi ibu (16-20x/menit).

c) Kontraksi uters

Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan yaitu mengobservasi kontraksi yang normal yaitu pada perubahan fundus uteri akan teraba keras, jika tidak terjadi kontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

d) Terjadi perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Nilai perdarahan, priksa perineum dan

vagina setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua (Sulistyawati, 2012).

Perdarahan kala IV dan kontraksi pada rahim kurang baik, segera disuntikkan 0,2 mg ergonovin atau metilergonovin intramuskuler, uterus dikeluarkan untuk mengeluarkan gumpulan darah dan dilakukan masase, jika perdarahan belum berhenti juga ditambah dengan suntikan metal ergonovine lagi. Tetapi sekarang intravena dan dipasang oksitosin drip to unit 500 cc glukosa, selama tindakan ini masa diteruskan. Jika masih ada juga perdarahan, jangan tersu terfiksasi pada atoni uteri, tetapi pertahankan juga kemungkinan seperti robekan serviks, sisa plasenta, ruptur uteri dan koagulopati (Sulistyawati, 2012).

60 Langkah Asuhan Persalinan

Kala I

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai patograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala dan tanda-tanda vital ibu.
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.

5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan memberikan makanan dan minuman.
6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat bersalin.
8. Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering.
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

Kala II

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (dorongan, ketuban, perjalan, vulva).
2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek.
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2014).
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk memeriksa dalam.

6. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaannya terbalik kedalam wadah larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160 x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his.
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

16. Meletakkan kain bersih 1/3 dibawah bokong ibu.
17. Buka partus setcek kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.
22. Setelah kepala sudah paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu,gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya.
25. Lakukan penilaian bayi baru lahir.

26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk yang kering, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

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

28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disutik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Kala III

29. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

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

31. Lakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

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

34. Letakkan satu tangan diatas akin pada perut ibu, ditep atas simfisi, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

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

- a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat.
- c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.
- d. Lakukan kateisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta manual diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpelintir kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan

DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (masase uterus).

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

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam wadah plasenta atau kantong plastik atau tempat khusus.

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

Kala IV

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan.

42. Mencilupkan sarung tangan kedalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik.

43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.

44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah darah yang keluar.

46. Memantau tekanan darah 15 menit, menghitung nadi.
47. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu normal (36°C - 37°C).
48. Tempatkanlah suatu peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cucikan bilas.
49. Buang bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Bantu ibu memakaikan pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang) priksa tanda-tanda vital dan kala IV (Sulistyawati, 2012).

I. Perubahan Fisiologis Persalinan

Beberapa perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama proses persalinan yaitu:

1. Tekanan Darah

Meningkatnya tekanan darah selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10 – 20) mmHg dan diastolik rata-rata (5 – 10) mmHg pada waktu-waktu kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan adanya peningkatan tekanan darah tersebut dipastikan wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak. Terdapat beberapa faktor yang dapat merubah tekanan darah ibu diantaranya:

- a. Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, kemudian diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer.
- b. Timbul tahanan perifer, tekanan darah meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat.
- c. Rasa sakit, takut dan cemas dapat meningkatkan tekanan darah ibu.

2. Metabolisme jantung

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini di sebabkan oleh ansietas (kondisi emosional seperti cemas, takut /

khawatir) dan aktifitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

3. Suhu

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan suhu yang terjadi tidak boleh melebihi 0,5 - 1° Celcius.

4. Denyut Nadi dan Detak Jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Pada setiap kontraksi 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% hingga 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% hingga 50% pada tahap kedua persalinan (Supriatiningsih, 2015)

5. Perubahan Pada Ginjal

Poliuria atau gangguan berkemih berlebihan selama persalinan dapat terjadi akibat adanya peningkatan kardiak output, filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Hal lain yang menyebabkan sulit berkemihnya wanita yaitu: edema pada

jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, rasa malu, serta posisi ibu saat bersalin terlentang.

6. Perubahan Pada Saluran Cerna

Saat persalinan, mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, hal ini juga diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambu selama persalinan, sehingga saluran cerna bekerja dengan lambat menjadi lebih lama.

7. Perubahan Hematologi

Perubahan hematologi meningkat sampai 1,2 % gr/1-00, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali perdarahan postpartum.

8. Perubahan bentuk Rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk rahim ini:

a) Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul.

b) Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks

akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR).

9. Perubahan Serviks

a) Pendataran serviks/Effacement

Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis.

b) Pembukaan serviks

Pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.

10. Perubahan Vagina dan Panggul

1. Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi

2. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis.

3. Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

4. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.

J. Perubahan Psikologis Persalinan

1. Perubahan Psikologis Pada Ibu Bersalin Kala I

Pada persalinan Kala I selain pada saat kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat.

Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah :

- a. Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan - kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayullain. Walaupun padajaman ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis, dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.
- b. Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan

bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.

c. Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjaditerganggu. Ini disebabkan karena kepalabayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.

d. Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan

e. Adanya harapan harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan. Relasi ibu dengan calon anaknya terpecah, sehingga popularitas AKU-KAMU (aku sebagai pribadi ibu dan kamu sebagai bayi) menjadi semakin jelas. Timbullah dualitas perasaan yaitu :

- a. Harapan cinta kasih
- b. Impuls bermusuhan dan kebencian
- c. Sikap bermusuhan terhadap bayinya
- d. Keinginan untuk memiliki janin yang unggul

- e. Cemas kalau bayinya tidak aman di luar Rahim
- f. Belum mampu bertanggung jawab sebagai seorang ibu
- g. Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi.

2. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala II

Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut.

Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- b. Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- c. Frustrasi dan marah
- d. Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
- e. Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
- f. Fokus pada dirinya sendiri

3. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala III

- a. Bahagia

Karena saat-saat yang telah lama ditunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa sudah

menjadi wanita yang sempurna (bisa melahirkan dan memberikan anak untu suami dan memberikan anggota keluarga yang baru), bahagia karena bisa melihat anaknya.

b. Cemas dan Takut

- 1) Cemas dan takut kalau terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan di anggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati.
- 2) Cemas dan takut karena pengalaman yang lalu.
- 3) Takut tidak dapat memenuhi kebutuhan kebutuhan anaknya.

K. Kebutuhan Ibu Bersalin

Asuhan intrapartum merupakan asuhan yang diberikan kepada ibu yang sangat memengaruhi angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir, karena dengan dilakukannya asuhan intrapartum yang tepat akan dapat mencegah sebagian besar penyebab kesakitan dan kematian ibu. Menurut (Rohani, 2011), ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijalaskan sebagai berikut :

a. Asuhan Tubuh dan Fisik Asuhan yang dapat diberikan adalah :

1. Menjaga kebersihan diri dengan cara menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya ssudah BAK/BAB dan menjaganya tetap bersih dan kering. Mandi di bak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai, dan merasa sehat.

2. Berendam, berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan.
3. Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya napasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Perawatan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :
 - a. Menggosok gigi: ibu bersalin harus diingatkan untuk membawa sikat dan pasta gigi ke rumah sakit/rumah bersalin untuk digunakan selama persalinan.
 - b. Mencuci mulut: dengan pemberian produk pencuci mulut sebagai tindakan untuk menyegarkan napas.
 - c. Pemberian gliserin: untuk menghindari terjadinya kekeringan pada bibir, dapat digunakan gliserin dengan cara mengusap bibirnya.
 - d. Pemberian permen untuk melembapkan mulut dan tenggorokan, untuk mencegah aspirasi sebaiknya anjurkan untuk mengonsumsi permen lolipop.
4. Pengipasan, ibu bersalin biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada beberapa waktu tertentu.

b. Kehadiran Seorang Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

Kebanyakan ibu bersalin sulit untuk mengemukakan pertanyaan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran seorang pendamping memungkinkan penolong ibu bersalin untuk memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendamping tersebut.

c. Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri dalam persalinan dapat dikendalikan dengan 2 metode, yaitu farmakologis dan nonfarmakologis.

1. Metode pengendalian nyeri persalinan secara nonfarmakologis bisa dilakukan dengan jalan kompres panas, kompres dingin, hidroterapi, counterpressure (peremasan pada kedua pinggul), penekanan lutut, menggerak-gerakkan tubuh secara berirama, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, usapan di punggung atau abdomen, pengosongan kandung kemih.
2. Metode pengendalian nyeri persalinan secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat sedatif (misalnya golongan barbiturat) dan opioid (misalnya morfin).

d. Penerimaan Terhadap Sikap dan Perilakunya

Asuhan yang harus diberikan adalah pemberian dukungan mental dan penjelasan kepada ibu bahwa rasa sakit yang ia alami selama persalinaan merupakan suatu proses yang harus dilalui dan diharapkan ibu tenang dalam menghadapi persalinaan.

e. Informasi dan Kepastian Tentang Hasil Persalinaan yang Aman

Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya. Dalam menghadapi hal itu kita bisa memberikan penjelasan pada ibu tentang proses dan perkembangan persalinaan, menjelaskan semua hasil pemeriksaan, melakukan usaha pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut, serta menjelaskan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif. (Rohani, 2011)

L. Masalah pada Persalinaan

1. Kelainan Tenaga/His (Power)

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

a. Persalinan Hipertonik

Persalinan hipertonik biasanya terjadi pada fase laten persalinan, dengan peningkatan frekuensi kontraksi dan penurunan lama kontraksi. Kontraksi menjadi amat menyakitkan karena sel-sel otot uretus mengalami anoksi, tetapi terjadi dilatasi dan pendataran serviks inefektif, yang menyebabkan kelelahan maternal. Kontraksi dapat terganggu dengan pertukaran uteroplacenta dan dapat menyebabkan pada distress janin ataupun kematian janin.

b. Persalinan Hipotonik

Persalinan hipotonik didefinisikan sebagai persalinan dengan kontraksi kurang dari tiga kali dengan intensitas ringan sampai sedang selama periode 10 menit dalam fase persalinan aktif. Dilatasi servikal dan penurunan kepala janin sangat lambat atau terhenti. Persalinan ini terjadi ketika serat-serat uterus mengalami perenggangan

yang berlebihan karena ukuran bayi yang sangat besar, bayi kembar, hidramnion atau kehamilan yang banyak (multipara). Persalinan hipotonik juga dapat terjadi bila obat-obatan seperti meperedin diberikan pada fase persalinan laten atau ketika distensi usus atau kandung kemih. Walaupun tidak sakit, persalinan seperti itu dapat menyebabkan kelelahan maternal, stress, infeksi intrauterine, dan pendarahan postpartum. Persalinan yang lama dapat mengarah pada sepsis janin. (Manuaba, 2011)

c) Partus Lama

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Teibang, 2012). Partus lama ditandai oleh fase persalinan kala 1 berlangsung lebih lama fase aktif dan laten menjadi lebih lama dan terjadi kegagalan dilatasi serviks dalam waktu yang dapat diterima. Untuk mencegah penyulit, pengenalan dini dan pengobatan merupakan hal yang vital. Penyebab penyulit persalinan yang lama meliputi kelelahan maternal, infeksi, dan pendarahan karena atonia uteri, rupture uterus atau laserasi jalan lahir. (Sarwono, 2013)

Partus lama merupakan fase laten yang lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tetapi bayi belum lahir. Dilatasi serviks dikanan garis waspada persalinan aktif (Saifuddin, 2014).

Partus lama dapat dibagi berdasarkan menjadi tiga kelompok yaitu :

1. Fase laten memanjang

Fase laten memanjang apabila lama fase ini lebih dari 20 jam pada primigravida dan 14 jam pada ibu multipara.

Keadaan yang mempengaruhi durasi fase laten antara lain keadaan serviks yang memburuk (misalnya tebal, tidak mengalami pendataran atau tidak membuka), dan persalinan palsu. Diagnosis dapat pula ditentukan dengan menilai pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu dengan his yang teratur.

2. Fase aktif memanjang

Permulaan fase laten ditandai dengan adanya kontraksi yang menimbulkan nyeri secara regular yang dirasakan oleh ibu. Gejala ini dapat bervariasi menurut masing – masing ibu bersalin. Masalah fase aktif menjadi gangguan berkepanjangan atau berlarut-larut dan macet tidak ada kemajuan. kecepatan pembukaan dan

penurunan yang lambat yaitu untuk nulipara adalah kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm/jam atau penurunan kurang dari 1 cm/jam. Untuk multipara kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm/jam atau penurunan kurang dari 2 cm/jam. berhentinya secara total pembukaan atau penurunan ditandai dengan tidak adanya perubahan serviks dalam 2 jam dan kemacetan penurunan sebagai tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Fase aktif memanjang dapat didiagnosis dengan menilai tanda dan gejala yaitu pembukaan serviks melewati kanan garis waspada partograf. Hal ini dapat dipertimbangkan adanya inertia uteri jika frekwensi his kurang dari 3 his per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik, disproporsi sefalopelvic didiagnosa jika pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju, sedangkan his baik. Obstruksi kepala dapat diketahui dengan menilai pembukaan serviks dan turunnya bagian janin tidak maju karena kaput, moulase hebat, edema serviks sedangkan malpresentasi dan malposisi dapat di ketahui presentasi selain vertex dan oksiput anterior.

3. Kala II memanjang

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Kala II persalinan pada nulipara dibatasi dua jam sedangkan untuk multipara satu jam. Pada ibu dengan paritas tinggi, kontinuitas otot vagina dan perineum sudah meregang, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya untuk ibu dengan panggul sempit atau janin besarmaka kala II dapat sangat panjang. Kala II memanjang dapat didiagnosa jika pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mendedan, tetapi tidak ada kemajuan penurunan (Nur Amellia, 2018).

A. Tanda dan Gejala

1. Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm) dan tidak didapatkan kontraksi uterus.
2. Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam inpartu.
3. Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada patograf.
4. Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengejan tetap tidak ada kemajuan (kala II lama) (Saifuddin, 2014).

B. Penatalaksanaan kasus partus lama

1. Fase laten memanjang

- a) Apabila fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, maka harus dilakukan penilaian ulang terhadap serviks.
- b) Apabila tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, maka mungkin pasien belum inpartu.
- c) Apabila ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, maka harus dilakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.
- d) Melakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
- e) Apabila didapatkan tanda-tanda infeksi seperti demam dan cairan vagina berbau maka harus dilakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin.
- f) Memberikan antibiotika kombinasi sampai persalinan.
- g) Memberikan ampicilin 2g IV setiap 6 jam ditambah gentamisin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam.

h) Apabila terjadi persalinan pervaginam, maka pemberian antibiotika pasca-persalinan harus dihentikan.

i) Apabila dilakukan SC, maka pemberian antibiotika dilanjutkan ditambah dengan memberikan metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai pasien bebas demam selama 48 jam.

2. Fase aktif memanjang

a) Apabila tidak ada tanda-tanda disporposi sefalopelfik atau obstruksi dan ketuban masih utuh maka ketuban dapat dipecahkan.

b) Apabila his tidak teratur dan lamanya kurang dari 40 detik, maka harus dipertimbangkan kemungkinan adanya inertia uteri.

c) Apabila his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), maka harus dipertibangkan mengenai kemungkinan adanya disporporosi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi.

d) Melakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his serta mempercepat kemajuan persalinan (Nur Amellia, 2018)

d) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh. (Sarwono, 2013)

2. Kelainan Janin (Passanger)

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

a. Distres Janin

Distres janin merupakan kondisi ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen melalui sirkulasi janin maternal, sehingga menyebabkan hipoksia. Hipoksia pada janin disebabkan oleh faktor-faktor sebagai masalah pada uterus, tali pusat, plasenta, dan janin. Manifestasi terjadinya hipoksia janin adalah melambatnya DJJ, cairan amnion berwarna mekonium, dan hiperaktivitas janin, serta sampel darah kulit kepala janin memperlihatkan pH 7,2 atau kurang.

Hipoksia janin yang lebih lama dapat menyebabkan retardasi mental, serebral palsy, dan bahkan kematian.

b. Ukuran terlalu besar (makrosomia)

Banyak bayi lahir dengan berat badan melebihi 10 pounds (4536 g) pada saat lahir, hal tersebut tidak menguntungkan karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Besarnya ukuran tersebut berhubungan dengan beberapa faktor, termasuk keturunan. Ibu yang mengalami diabetes, dan kehamilan yang sering.

c. Malposisi dan malpresentasi

Ketika janin normal dan jalan lahir adekuat, persalinan kemungkinan dapat mengalami penyulit jika posisi bayi abnormal terhadap pelvis ibu. Pada 9 dari 10 persalinan posisi bayi pada saat lahir adalah oksiput anterior. Oleh karena itu, wajah belakang menghadap ibu dan osoccipitale menghadap pubis ibu. kecuali terdapat masalah pada ukuran atau kekuatan uterus, posisi ini memungkinkan bayi untuk lewat melalui jalan lahir yang tidak teratur dengan mengalami sedikit kesulitan.

M. Lima Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai

aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah :

a. Membuat keputusan klinik

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

1. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi
4. Menilai adanya kebutuhan dan kesediaan intervensi untuk mengatasi masalah.
5. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
6. Melaksanakan asuhan/ intervensi terpilih.
7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

2. Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri, “Seperti inikah asuhan yang ingin saya dapatkan?” atau “Apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

a. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
5. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaannya dan kekhawatiran ibu.

6. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
8. Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan dukungan ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
10. Hargai privasi ibu.
11. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
12. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
13. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
14. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi.
15. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.

16. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.

17. Siapkan rencana rujukan (bila perlu).

18. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi

b. Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pascapersalinan

1. Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).

2. Bantuan ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan.

3. Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.

4. Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.

5. Anjurkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir.

3. Pencegahan infeksi

a. Prinsip pencegahan infeksi

1) Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antaralain :

a. Antisepsis

Antisepsis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.

b. Asepsis atau teknik aseptik

Adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang mungkin akan menyebabkan infeksi. Caranya adalah menghilangkan atau menurunkan jumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan, dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

c. Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda (peralatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan) yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Cara memastikannya adalah segera melakukan dekontaminasi terhadap benda-benda

tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh. Rumus untuk membuat Larutan Klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair Jumlah bagian air = % larutan konsentrat per % larutan yang diinginkan - 1. Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering Jumlah bagian air = larutan yang diinginkan per % konsentrat x 1000.

d. Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda mati atau instrumen.

e. Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospora bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus, atau penggunaan desifektan kimia.

f. Mencuci dan membilas

Suatu proses yang secara fisik menghilangkan semua debu, kotoran, darah, dan bagian tubuh lain yang tampak

pada objek mati dan membuang sejumlah besar mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau mengangi benda tersebut (proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengeringan secara seksama).

g. Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen.

2) Prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan :

a. Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik (tanpa gejala).

b. Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.

c. Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh, selaput mukosa, atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.

d. Jika tidak diketahui apakah perlukaan, peralatan atau benda-benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi.

e. Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten.

3) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi meliputi :

- a. Cuci tangan
- b. Memakai sarung tangan
- b. Memakai perlengkapan pelindung
- c. Menggunakan aseptis atau teknik aseptik.
- d. Memproses alat bekas pakai.
- e. Menangani peralatan tajam dengan aman.
- f. Menjaga kebersihan dan kerapihan lingkungan serta
- g. pembuangan sampah secara benar.

b. Pengendalian infeksi

1. Cuci tangan

a) Mencuci tangan bersih

1) Pengertian

Membersihkan tangan dari segala kotoran dimulai dari ujung jari sampau dengan siku dan lengan dengan cara tertentu sesuai kebutuhan.

2) Tujuan

- a) Membebaskan tangan dari kuman dan mencegah kontaminasi.
- b) Memindahkan angka maksimum kulit dari kemungkinan adanya organisme patogen.
- c) Mencegah atau mengurangi peristiwa infeksi.
- d) Memelihara tekstur dan integritas kulit tangan dengan tepat.

3) Peralatan

- a) Wastafel atau air mengalir.
- b) Sabun biasa atau antiseptik.

4) Prosedur kerja

- a) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan (air mengalir).
- b) Singingkan lengan baju seragam yang panjang diatas pergelangan tangan.

- c) Lepaskan perhiasan dan jam tangan.
- d) Periksa adanya luka atau abrasi pada lengan dan jari.
- e) Basahi kedua tangan sampai kedua siku dengan air mengalir.
- f) Jaga tangan dan lengan bawah berada lebih rendah dari siku selama prosedur dilakukan.
- g) Oleskan 1 ml sabun cair biasa atau 3 ml sabun cair antiseptik pada tangan dan gosok sampai berbusa. Jika menggunakan sabun batangan, pegang dan gosok sampai berbusa.
- h) Bersihkan kedua tangan dan jari 10-15 detik.
- i) Bersihkan punggung tangan kanan dan kiri dengan gerakan memutar secara bergantian.
- j) Bersihkan sela jari kanan dan kiri dengan menyilangkan jari-jari kedua tangan secara bergantian.
- k) Bersihkan punggung jari kanan dan kiri secara bergantian.
- l) Bersihkan ibu jari tangan kanan dan kiri secara bergantian.

m) Bersihkan ujung jari kanan dan kiri pada telapak tangan secara bergantian.

n) Jika area di bawah jari-jari kotor, tambahkan sabun atau disikat dengan sikat kuku, penyikatan kotoran di bawah kuku dapat mengurangi mikroorganisme pada tangan.

o) Bilas kedua tangan secara menyeluruh jaga tangan di atas dan siku tetap di bawah. Pembilasan secara mekanik dapat membersihkan kotoran dan mikroorganisme. Mengeringkan tangan mencegah kulit pecah-pecah dan kasar.

p) Gunakan handuk bersih dan kering untuk mengeringkan tangan, gerakan dari jari ke siku. Keringkan dengan gerakan melingkar.

q) Tutup kran dengan menggunakan handuk atau tisu.

b) Mencuci tangan steril

1) Pengertian

Mencuci tangan secara steril (suci-hama)

khususnya bila akan melakukan tindakan steril.

a) Tujuan

1) Mencegah infeksi silang

2) Membebaskan kuman dan mencegah

kontaminasi tangan

b) Peralatan

- 1) wastafel atau air mengalir
- 2) sabun biasa atau antiseptik
- 3) sikat lembut DTT
- 4) spons
- 5) handuk steril atau lap bersih dan kering

c) Prosedur kerja

1. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan.
2. Lepaskan cincin, jam tangan dan gelang.
3. Basahi kedua tangan dengan menggunakan air mengalir sampai siku, gunakan sabun ke arah lengan bawah, lakukan hal yang sama pada sebelah tangan.
4. Bersihkan kuku dengan pembersih kuku atau sikat lembut ke arah luar, kemudian bersihkan jari hingga siku dengan gerakan sirkular dengan spons Mengulangi hal yang sama pada lengan yang lain, lakukan minimal 2 menit.

5. Membilas tangan dan lengan secara terpisah dengan air mengalir, setelah bersih tahan kedua tangan mengarah ke atas batas siku. Jangan biarkan air bilasan mengalir ke arah bersih.
6. Menggosok seluruh permukaan kedua belah tangan, jari dan lengan bawah dengan antiseptic minimal 2 menit.
7. Membilas setiap tangan dan lengan secara terpisah dengan air mengalir, setelah bersih tangan diarahkan ke atas sebatas siku. Jangan biarkan air bilasan mengalir ke arah tangan.
8. Menegakkan kedua tangan ke arah atas dan jauhkan dari badan, jangan sentuh permukaan atau benda apapun.
9. Mengeringkan tangan menggunakan handuk steril atau diangin-anginkan. Keringkan tangan mulai dari ujung jari sampai siku.

2) Pelindung mata

a. Tujuan

Mencegah transmisi patogen melalui membran mukosa.

b. Peralatan

Googles plastik untuk kacamata

c. Prosedur kerja

a) Cuci tangan.

b) Gunakan pelindung mata (pasang googles pada mata dengan baik).

c) Setelah prosedur tindakan selesai letakkan googles pada tempat semula.

d) Cuci tangan.

3. Menggunakan masker

a. Tujuan

1. Untuk mengurangi transmisi droplet mikroorganisme.
2. Melindungi dari infeksi pernafasan.

b. Peralatan

Masker bersih sekali pakai.

b. Prosedur kerja

1. Temukan tepi pita masker (masker biasanya mempunyai strip logam tipis di tepinya).

2. Pegang masker pada kedua tali atau pita bagian atasnya. Ikatkan kedua tali diatas telinga.
3. Ikat kedua tali bawah dengan kuat disekitar leher dengan masker tepat bawah dagu.
4. Dengan peralatan, cupit pita logam di atas sekitar batang hidung anda.

4. Memakai sarung tangan steril

a. Pengertian

Menggunakan sarung tangan merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penularan penyakit serta mempertahankan lingkungan bebas infeksi.

b. Tujuan

- 1) Mengurangi resiko petugas terkena infeksi bakteri dari klien.
- 2) Mencegah penularan flora kulit petugas pada klien.
- 3) Mengurangi kontaminasi tangan petugas dengan mikroorganisme yang dapat berpindah dari klien satu ke klien lainnya.

c. Persiapan alat

- 1) Sarung tangan steril
- 2) Wastafel/ air mengalir untuk cuci tangan
- 3) Handuk bersih
- 4) Sabun

d. Prosedur

- 1) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan
- 2) Lepaskan cincin, jam tangan dan gelang.
- 3) Lakukan cuci tangan.
- 4) Buka pembungkus kemasan bagian luar dengan hati-hati menyibakkannya ke samping.
- 5) Pegang kemasan bagian dalam dan taruh pada permukaan datar yang bersih tepat diatas ketinggian pergelangan tangan.
- 6) Buka kemasan, pertahankan sarung tangan pada permukaan dalam pembungkus.
- 7) Identifikasai sarung tangan kanan dan kiri. Setiap sarung tangan mempunyai mindset kurang dari 5 cm. kenakan sarung tangan pada sarung tangan yang lebih dominan.
- 8) Dengan ibu jari dan 2 jari lainnya dari tangan yang dominan, pegang tepi mindset sarung tangan untuk

tangan dominan. Sentuh hanya pada permukaan dalam sarung tangan.

9) Tarik sarung tangan pada tangan yang dominan, lebarkan, pastikan bahwa mindset tidak menggulung, pada tangan pastikan ibu jari dan jari-jari anda pada posisi yang tepat.

10) Dengan tangan yang telah memakai sarung tangan, masukkan jari di bawah mindset sarung tangan kedua.

11) Tarik sarung tangan kedua pada tangan yang nondominan. Jangan biarkan jari-jari dan ibu jari sarung tangan yang dominan menyentuh bagian tangan nondominan yang terbuka. Pertahankan ibu jari sarung tangan non dominan abduksi ke belakang.

12) Jika sarung tangan kedua telah terpasang cakupan kedua tangan, mindset biasanya terbuka saat pemasangan. Pastikan untuk menyentuh bagian steril.

3. Pemrosesan alat bebas pakai

1. Dekontaminasi

Adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Dekontaminasi membuat

benda-benda lebih aman untuk ditangani petugas pada saat dilakukan pembersihan. Untuk perlindungan lebih jauh, pakai sarung tanagn karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor. Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV.

2. Pencucian dan pembilasan

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrumen yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya. Jika benda-benda yang terkontaminasi tidak dapat di cuci segera setelah dekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

- a. Perlengkapan atau bahan-bahan untuk mencuci peralatan

1. Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks.
2. Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi).
3. Tabung suntik (minimal ukuran 10 mm: untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisap lendir).

4. Wadah plastik atau baja anti karat (stenlisteel).

5. Air bersih.

6. Sabun dan detergen.

b. Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

1. Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan.

2. Ambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam seperti gunting dan jaru jahit).

3. Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastik atau karet jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam.

4. Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati:

a. Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.

b. Buka engsel gunting dan klem.

c. Sikat dengan seksama terutama dibagian sambungan dan pojok peralatan.

d. Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal di peralatan.

e. Cuci setiap benda setidaknya 3 kali (lebih jika perlu). Dengan air mengalir sabun atau detergen.

f. Bilas benda-benda tersebut dengan air bersih.

g. Ulangi prosedur tersebut pada benda lain.

h. Jika peralatan akan didesinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan clorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.

i. Peralatan yang akan didesinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus atau di rebus atau

sterilisasi di dalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah di keringkan sebelum prosedur DTT atau sterilisasi dimulai.

- j. Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun kemudian dibilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.
- k. Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara diangin-anginkan.

3. Desinfeksi tingkat tinggi dan sterilisasi

Meskipun sterilisasi adalah cara yang paling efektif untuk membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT adalah satu-satunya alternatif untuk situasi tersebut, DTT bisa dicapai dengan cara:

a. DTT dengan cara merebus

1. Gunakan panci dengan penutup yang rapat.
2. Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
3. Redam peralatan sehingga semuanya terendam dalam
4. air.

5. Mulai panaskan air.
6. Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
7. Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah perhitungan waktu dimulai.

- a) Rebus selama 20 menit.
- b) Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus.
- c) Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.
- d) Setelah peralatan kering gunakan segera atau simpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi dan berpenutup. Peralatan bisa disimpan sampai 1 minggu asalkan penutupnya tidak terbuka.

b. DTT dengan uap panas

Setelah sarung tangan didekontaminasi dan dicuci maka sarung tangan siap di DTT dengan uap tanpa diberi talk. Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susunan paku pengukus.

- 1) Gulung bagian atas sarung tangan dapat dipakai tanpa membuka: kontaminasi baru.

2) Letakkan sarung tangan pada baki atau nampan pengukus yang berlubang di bawahnya. Agar mudah dikeluarkan dari bagian atas panci pengukus, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya ke arah tengah panci. Jangan menumpuk sarung tangan (5-10 sarung tangan bisa diletakkan di panci pengukus tergantung diameter panci).

3) Ulangi proses tersebut hingga semua nampan pengukus berisi sarung tangan. Susun 3 nampan pengukus yang berisi air. Letakkan sebuah panci perebus kosong di sebuah kompor.

4) Letakkan penutup di atas panci pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika air mendidih perlahan, hanya sedikit uap air yang dihasilkan dan suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme. Jika air mendidih cepat, air akan menguap dengan cepat dan bahan bakar akan terbuang.

5) Jika uap mulai keluar dari celah-celah diantara panci pengukus mulailah perhitungan waktu. Catat lamanya waktu pengukusan pada buku khusus.

6) Kukus sarung tangan selama 20 menit.

7) Angkat nampan pengukus paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa pada sarung tangan dapat menetes keluar.

8) Letakkan nampan pengukus diatas panci perebus yang kosong disebelah kompor, ulangi langkah tersebut hingga nampan pengukus yang bersisi sarung tangan tersusun diatas panci perebus yang kosong. Letakkan penutup diatasnya hingga sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi.

9) Biarkan sarung tangan kering dengan dianginkan sampai kering di dalam panci selam 4-6 jam. Jika diperlukan segera, biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan kemudian digunakan dalam waktu 30 menit pada saat masih basah atau lembab.

10) Jika sarung tangan tidak akan dipakai segera. Setelah kering, gunakan pinset DTT untuk memindahkan sarung tangan. Letakkan sarung tangan tersebut dalam wadah DTT lalu tutup rapat. Sarung tangan tersebut disimpan sampai 1 minggu.

c. DTT dengan kimiawi

- 1) Letakkan peralatan yang kering, sudah dikontaminasi dan dicuci dalam wadah. Kemudian isi wadah tersebut dengan larutan kimia.
- 2) Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan kimia.
- 3) Rendam peralatan selama 20 menit.
- 4) Catat lama waktu terendam dalam larutan kimia di buku khusus.
- 5) Bilas peralatan dengan air matang dan angin-anginkan sampai kering di wadah DTT yang berpenutup.
- 6) Setelah kering peralatan dapat digunakan dengan segera digunakan atau disimpan dalam wadah DTT yang bersih.

4. Penanganan sampah

1. Tujuan

- a. Melindungi petugas.
- b. Melindungi pencegahan infeksi.
- c. Mencegah penularan infeksi pada masyarakat sekitar.

- d. Membuang bahan-bahan berbahaya (toksik dan radio aktif) dengan aman.

2. Cara pembuangan sampah terkontaminasi

- a. Menuangkan cairan atau sampah basah ke sistem pembuangan kotoran tertutup.
- b. Insinerasi (pembakaran) untuk menghancurkan bahan-bahan sekaligus mikroorganisme.
- c. Menguburkan sampah terkontaminasi untuk ditangani lebih lanjut.

3. Penanganan sampah terkontaminasi yang tepat

- a. Pakailah wadah plastik atau disepuh logam dengan tutup yang rapat.
- b. Gunakan wadah tahan tembus untuk pembuangan benda-benda tajam.
- c. Tempatkan wadah sampah dekat dengan lokasi terjadinya sampah dan mudah dicapai oleh pemakai.
- d. Peralatan yang dipakai untuk mengumpulkan dan mengangkut sampah tidak boleh dipakai untuk keperluan lainnya.

- e. Cuci semua wadah sampah dengan larutan dekontaminasi dan bilas teratur dengan air.
- f. Gunakan wadah terpisah untuk sampah yang akan dibakar dengan yang tidak akan dibakar sebelum dibuang.
- g. Gunakan perlengkapan perlindungan diri ketika menangani sampah.
- h. Cuci tangan atau gunakan penggosok tangan antiseptik berbahan dasar alkohol tanpa air setelah melepaskan sarung tangan sehabis menangani sampah.

4. Macam-macam sampah terkontaminasi dan cara penanganannya

a. Sampah kering

Macam-macam sampah kering: jarum, kapas, kassa, pembalut, vital tissu, pisau, skalpel, dan semprit. Sampah kering dibagi menjadi sampah padat dan sampah benda tajam. Penanganannya dibakar di dalam insinerator, sisa pembakaran seperti abu serta benda-benda tajam yang tidak hangus dalam pembakaran ditanam dalam lubang tertutup.

b. Sampah basah

Macam-macam sampah basah: darah, duh tubuh, jaringan plasenta, bagian janin, set transfusi, sampah basah menjadi sampah cair dan sampah padat.

5. Penanganannya dibuang dalam lubang dalam tertutup

a. Langkah-langkah pembuangan sampah benda tajam.

- 1) Jangan menyarungkan kembali penutup atau melepaskan jarum dan semprit.
- 2) Dekontaminasi dengan larutan clorin 0,5% hisap dan semprotkan sebanyak 3x (jika semprit akan diproses kembali, penuh semprit dengan larutan klorin 0,5% dan rendam selama 10 menit).
- 3) Masukkan benda tajam ke dalam wadah yang tahan tusukan.
- 4) Jika wadah sudah terisi $\frac{3}{4}$ bagian, pindahkan dari area tindakan untuk dibuang.

b. Langkah-langkah membuang wadah benda tajam

- 1) Pakailah sarung tangan rumah tangga yang tebal.
- 2) Kontainer yang telah terisi $\frac{3}{4}$ bagian ditutup atau disumbat/plester dengan rapat, pastikan tidak ada bagian benda tajam yang menonjol ke luar wadah.
- 3) Buang wadah dengan cara dibakar, enkapsulasi dan dikubur.

4) Lepaskan sarung tangan, cuci setiap hari atau setiap kali kotor.

5) Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih.

c. Langkah-langkah membuang sampah cair

1) Pakai PPD

2) Tuangkan sampah cair ke wastafel atau kedalam toilet dengan hati-hati dan disiram dengan air.

3) Jika sistem pembuangan kotoran tidak tersedia, buang sampah cair dalam lubang tertutup.

4) Wadah bekas sampah cair di dekontaminasi lalu dicuci.

5) Lepaskan sarung tangan rumah tangga, cuci setiap hari atau bila terlihat kotor.

6) Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih.

d. Langkah-langkah membuang sampah padat

1) Pakai sarung tangan rumah tangga.

2) Buang sampah padat dalam wadah bersepuh logam atau plastik dengan penutup ketat.

- 3) Kumpulkan wadah sampah secara reguler dan pindahkan yang bisa dibakar ke dalam insinerator atau area pembakaran.
- 4) Lepaskan sarung tangan rumah tangga, cuci setiap hari atau bila terlihat kotor.
- 5) Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih.

(Ambarwati, 2011)

4. Pencatatan (Rekam Medik) asuhan persalinan

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama. Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memerhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan. (I. B. G. Manuaba, 2010b)

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

1. Denyut jantung janin. Batas normal antara 120-160x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap 1 /2 jam selama 1 menit. (I. B. G. Manuaba, 2010a)
2. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekoneum, D air ketuban bernoda. Dan K bila air ketuban minimal atau kering. (I. B. G. Manuaba, 2010a)
3. Molase (penyusupan tulang kepala janin). Dalam (Saifuddin, 2010) penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Catat temuan setiap kali melakukan pemeriksaan dalam menggunakan lambang-lambang berikut:
 - a. 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah , sutura dengan mudah dapat dipalpsi.
 - b. 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
 - c. 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan.
 - d. 3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4. Pembukaan mulut rahim. Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x).
5. Penurunan bagian terbawah janin. Dibagi menjadi 5 kategori dengan simbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan simbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis. Beri tanda (o) pada garis waktu yang sesuai (Saifuddin, 2010)
6. Jam dan waktu. Dalam (Saifuddin, 2010) dijelaskan dibagian bawah partograf, tertera kotak-kotak diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.
7. Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:
 - a) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - b) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik. (Saifuddin, 2010)

8. Oksitosin.

Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

9. Obat-obatan lain dan cairan I.V.

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan I.V. dalam kotak yang sesuai.

10. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh ibu.

Dalam Saifuddin (2010:322), angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- a. Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
- b. Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
- c. Catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.
- d. Volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2010)

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan

mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanakan kasus gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir seperti:

- (1) Pembedahan, termasuk bedah sesar.
- (2) Transfusi darah.
- (3) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cunam.
- (4) Pemberian antibiotik intravena.
- (5) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bayi baru lahir.

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

a. B (Bidan)

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

b. A (Alat)

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBI (tabung suntik, selang iv, alat resusitasi, dan lainlain) bersama ibu ketempat rujukan. Perlengkapan dan bahanbahan

tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan fasilitas rujukan.

c. K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi memerlukan rujukan. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga ke fasilitas rujukan.

d. S (Surat)

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraian hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu atau BBL. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

i. O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan dalam perjalanan.

e. K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu pastikan kondisi

kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

f. U (Uang)

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

g. Da (Donor darah)

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

N. Teori Partograf

a. Pengertian Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan.

b. Waktu pengisian partograf

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV.

c. Penggunaan partograf

Partograf harus digunakan:

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

d. Pengisian partograf

Pengisian partograf antara lain:

- 1) Pencatatan selama Fase Laten Kala I

Persalinan Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- a) Denyut jantung janin : setiap 30 menit
- b) Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
- c) Nadi : setiap 30 menit
- d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
- e) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam
- g) Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 –4 jam
- h) Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan

2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan; dan

menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil –hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, meliputi:

a) Informasi tentang ibu :

(1) Nama, umur

(2) Gravida, para, abortus (keguguran)

(3) Nomor catatan medik nomor Puskesmas

(4) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah : tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)

b) Waktu pecahnya selaput ketuban

c) Kondisi janin:

(1) DJJ (denyut jantung janin)

(2) Warna dan adanya air ketuban

(3) Penyusupan (moulase) kepala janin.

d) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

(2) Penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin

(3) Garis waspada dan garis bertindak

e) Jam dan waktu

(1) Waktu mulainya fase aktif persalinan

(2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

f) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya

g) Obat –obatan dan cairan yang diberikan:

(1) Oksitisin

(2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

h) Kondisi ibu :

a) Nadi, tekanan darah, dan temperature

b) Urin (volume , aseton, atau protein)

c) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) (Prawirohardjo, 2016)

i) Mencatat temuan pada partograf

a. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : jam atau pukul" pada partograf) dan

perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

b. Kondisi janin.

Bagan atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

1) Deyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

2) Warna dan adanya air ketuban

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

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi.

3) Penyusupan (Molase) tulang kepala

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

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

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR, 2008).

4) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekwensi nadi ibu.

5) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Perhatikan :

- a) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.

b) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil periksa dalam) dan cantumkan tanda „X“ pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

c) Hubungkan tanda „X“ dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (JNPK-KR, 2008).

6) Penurunan bagian terbawah janin

Berikan tanda „O“ yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah $4/5$ maka tuliskan tanda „O“ di garis angka 4. Hubungkan tanda „O“ dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

7) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis

waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR, 2008).

8) Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR, 2008).

9) Kontraksi uterus

Cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi .

10) Obat – obatan dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit

oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetes per menit.

b) Obat – obatan lainnya

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

Halaman belakang

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir) (JNPK-KR, 2008)

Cara pegisian lembar belakang patograf .

1. Data Dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda pada kotak disamping jawaban.

2. Kala I

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya tersebut.

3. Kala II

Kala II terdiri dari *episiotomy*, pendamping persalinan, gawat janin, *distosia bahu*, masalah penyerta dan penatalaksanaannya.

4. Kala III

Kala III berisi lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, *masase fundus uteri*, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, *laserasi*, *atonia uteri*, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

5. Bayi baru lahir

Informasi tentang bayi baru lahir terdiri dari berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyerta dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

6. Kala IV

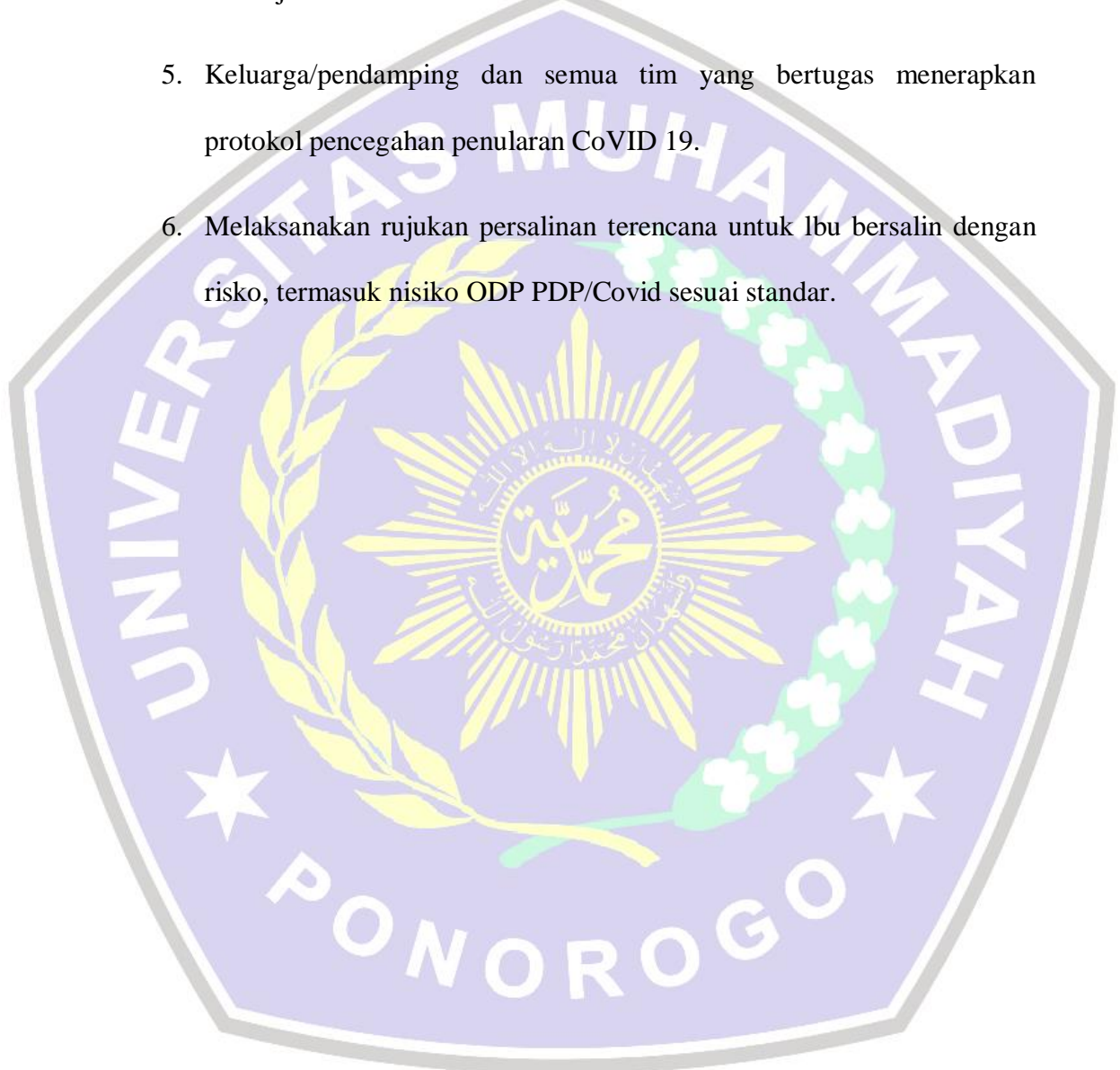
Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat resiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setia 30 pada satu jam berikutnya, kecuali suhu tubuh, diukur setiap 1 jam 1 kali. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawaban pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan (Kemenkes RI, 2019).

O. Pelayanan Persalinan pada masa pandemic Covid – 19

1. Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melaki telepor/WA. Bidan molakukan skrining faktor resiko termasuk esiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM/RS sesuai standar.
2. Lakukan pengkajian komprehensit sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/Rw/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (OD/PDP/Covid +).
3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD& Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level2, dan menerapkan

protocol pencegahan penularan covid-19- pada ibu bukan POP, Covid (Pasien dan pendamping maks 1 orang menggunakan masker).

4. Jika tidak dapat melakukan pertalangan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM /RS sesuai standar.
5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan CoVID 19.
6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk Ibu bersalin dengan risiko, termasuk nisiko ODP PDP/Covid sesuai standar.



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Nifas juga bisa diartikan sebagai masa post partum atau masa sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai 6 minggu berikutnya disertai pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan. (Asih, 2016)

B. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial dan remote puerperium. Perhatikan penjelasan berikut :

1. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalanjalan.

2. Puerperium intermediate

Puerperium intermediate merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

C. Proses dari masa nifas

a. Pengecilan rahim atau involusi Rahim

Adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Di antara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500gr. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini di anggap bahwa

masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal dengan berat 30 gr dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

b. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinya terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pasca persalinan.

c. Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormone penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena

mengandung zat akya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman. (Asih,dkk. 2016)

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simpisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk ke dalam rongga pelvis dan tidak dapat di raba lagi dari luar. Involusi uterus melibatkan pengorganisasian dan penggugiran desi dua serta pengelupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan dengan pengurangan dalam ukuran dan berat serta oleh warna dan banyaknya lokea dan kecepatan involusi tidak akan terpengaruh oleh pemberian sejumlah preparat metergin dan lainnya dalmk proses persalinan. Involusi tersebut dapat di percepat prosesnya bila ibu menyusui bayinya.

b) Loeka

Loeka adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah

beberapa jenis lokea yang terdapat pada wanita pada masa nifas:

(1) Lokea rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokea yang keluar selama dua sampai tiga hari pasca salin.

(2) Lokea sangulenta berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

(3) Lokea serosa adalah dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokea rubra. Lokea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum. Lokea alba mengandung terutama serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.

(4) Lokea alba adalah dimulai dari hari ke 14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sana sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

c) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat plasenta desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulia rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

d) Serviks

Segera setelah berakitnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lacet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitas yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinaan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat 4 minggu post partum.

e) Vagina

Vagian dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas ber dinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke 3. Himen tampak

sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita nilipara.

2. Payudara (mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

- a) Produksi susu
- b) Sekresi susu atau let down

3. Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatkan kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi. Mual dan muntah terjadi akibat produksi saliva meningkat pada kehamilan trimester I, gejala ini terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung kurang lebih 10 minggu juga terjadi pada ibu nifas. Pada ibu nifas terutama yang partus lama dan terlantar mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltik usus. Penyebabnya

adalah penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltik usus, serta bisa juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan.

4. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Pemeriksaan sistoskopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ektravasasi darah pada submukosa. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami protenuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan. Oleh karena itu, contoh spesimen diambil melalui kateterisasi agar tidak terkontaminasi dengan lokea yang nonpatologis. Hal ini dapat diwujudkan hanya bila tidak ada tanda dan gejala infeksi saluran kemih atau preeklamsi. Diuresis yang normal dimulai segera bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000 ml per harinya. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Setelah itu juga di dapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama

setelah persalinan. Disamping itu, kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Oleh karena itu, distensi yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada 2 sampai 8 minggu setelah persalinan.

5. Sistem muskuloskeletal

Ligamen – ligamen, falsia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-rangsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh kebelakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan –latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan – lahan.

6. Sistem endokrin

a) Oksitosin

Oksitosin disekresi dari kelenjar otak bagian belakang.

Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat

merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar depan bawah otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi.

c) Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum di mengerti.

Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh

darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

7. Perubahan pada Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah seharusnya kembali normal atau stabil dalam kondisi normal. Suhu kembali normal dari sedikit peningkatan selama periode inpartu dan menjadi stabil setelah 24 jam pertama postpartum. Nadi dalam keadaan normal kecuali partus lama atau persalinan sulit. (Asih, 2016)

E. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Fase Taking In

Fase Taking In merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami

- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2. Fase Taking Hold

Taking Hold berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah [komunikasi](#) yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam [nifas](#), pendidikan kesehatan [gizi](#), istirahat, [kebersihan diri](#) dan lain-lain.

3. Fase Letting Go

Letting Go merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

F. Komplikasi Masa Nifas

a. Infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas atau sepsis puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (rupture membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut, nyeri pelvik, demam $38,50\text{C}$ atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus.

b. Keadaan abnormal pada payudara

1) Bendungan ASI.

Disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI. Keluhan mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

2) Mastitis dan Abses

Mammae Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada mammae, pemadatan mammae dan terjadi perubahan warna kulit mammae.

c. Perdarahan Postpartum

Perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam. Sejumlah perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan.

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500- 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya terbagi atas dua bagian yaitu: perdarahan postpartum Primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum.

d) Lokhea

Yang berbau Busuk (Bau dari Vagina) Lokhea ini disebut lochea purulenta yaitu cairan seperti nanah berbau busuk.

e. Sub Involasi Uterus Terganggu

Faktor penyebab sub involusio antara lain sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lokea banyak dan berbau dan jarang terdapat pula perdarahan. Pengobatan dilakukan dengan memberikan injeksi methergin setiap hari ditambah ergometrin per oral. Bila ad sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan antibiotika sebagai pelindung infeksi (Feriana, 2012:16).

f. Payudara Berubah Menjadi Merah, Panas dan Terasa Sakit

Mastitis adalah peradangan payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi antara hari ke-10 dan hari ke-28 setelah kelahiran. Gejala dari mastitis adalah bengkak dan nyeri, payudara tampak merah pada keseluruhan atau ditempat tertentu, payudara terasa keras dan berbenjol-benjol, serta demam dan rasa sakit.

g. Pusing dan Lemas yang berlebihan

Menurut (I. B. G. Manuaba, 2010b) pusing merupakan tanda-tanda bahaya masa nifas, pusing bisa disebabkan karena tekanan darah rendah (sistol 90 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin

h. Suhu Tubuh Ibu $>38^{\circ}\text{C}$

Apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.

G. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Gizi Ibu nifas dianjurkan untuk:

- 1) Makan dengan diet berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- 2) Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori/hari dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kalori per harinya.
- 3) Mengonsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak. (Rahmawati, 2010)

b. Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan, kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi ini akan meningkatkan sirkulasi dan mencegah risiko tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih, sehingga mencegah distensi abdominal dan konstipasi. Bidan harus menjelaskan kepada ibu tentang tujuan dan manfaat ambulasi dini. Ambulasi ini dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Terkadang ibu nifas enggan untuk banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Jika keadaan tersebut tidak segera diatasi, ibu akan terancam mengalami trombosis vena. Untuk mencegah

terjadinya trombosis vena, perlu dilakukan ambulasi dini oleh ibu nifas.

c. Personal Hygiene

Sering membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Tindakan ini paling sering menggunakan air hangat yang dialirkan (dapat ditambah larutan antiseptik) ke atas vulva perineum setelah berkemih atau defekasi, hindari penyemprotan langsung. Ajarkan ibu untuk membersihkan sendiri. Pasien yang harus istirahat di tempat tidur (mis, hipertensi, post-seksio sesaria) harus dibantu mandi setiap hari dan mencuci daerah perineum dua kali sehari dan setiap selesai eliminasi. Setelah ibu mampu mandi sendiri (dua kali sehari), biasanya daerah perineum dicuci sendiri. Penggantian pembalut hendaknya sering dilakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi.

d. Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk :

- 1) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.
- 2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan lahan. Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kirakira 2 jam dan malam 7-8 jam.

e. Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendor, longgarnya liang senggama, dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali kebentuk semula.

f. Seksualitas masa nifas

Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Diskusikan hal ini sejak mulai hamil dan diulang pada postpartum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Seksualitas ibu dipengaruhi oleh derajat ruptur perineum dan penurunan hormon steroid setelah persalinan. Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormon rendah, adaptasi peran baru, kelelahan (kurang istirahat dan tidur). Penggunaan kontrasepsi (ovulasi terjadi pada kurang lebih 6

minggu) diperlukan karena kembalinya masa subur yang tidak dapat diprediksi. Menstruasi ibu terjadi pada kurang lebih 9 minggu pada ibu tidak menyusui dan kurang lebih 30-36 minggu atau 4–18 bulan pada ibu yang menyusui.

H. Kunjungan Masa Nifas

Waktu kunjungan nifas Menurut (Kemenkes RI, 2015) :

a. Kunjungan Nifas 1, 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan. Tujuannya :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda – tanda berdarahan.
- 2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
- 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- 6) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas.

b. Kunjungan Nifas 2, pada 4 sampai 28 hari setelah persalinan.

Asuhannya :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan Nifas 3, hari ke 29 – 42 setelah kelahiran.

Asuhannya :

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.

2) Memberikan konseling untuk KB secara dini. (Asih,dkk.

2016)

I. Proses Masa Nifas

1. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim merupakan organ tubuh yang spesifik dan unik sebab rahim dapat mengecil dan membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Setelah bayi lahir dari rahim ibu, pada umumnya berat rahim ibu menjadi 1000 gram dan bisa diraba kira-kira 2 jari diatas umbilicus. Setelah 1 minggu berat rahim menjadi sekitar 300 gram dan rahim sudah tidak dapat diraba. Secara proses alamiah rahim kembali mengecil secara pelan dan perlahan kedalam bentuk yang semula. Setelah 6 minggu berat sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun rahim akan kembali keposisi yang semulanya, dan kondisi ibu secara keseluruhan (I. Kumalasari, 2015).

Proses Involusi Uteri

No.	Waktu Involusi	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram	Lunak
2.	Plsenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 Gram	Lunak
3.	1 minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 Gram	2 cm
4.	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 Gram	1 cm
5.	6 minggu	Bertambah kecil	60 gram	menyempit

Tabel 2.3

Proses Involusi Uteri

Sumber : Kumalasari, 2015

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/ perdarahan lanjut (postpartum haemorrhage). Selain itu, beberapa faktor lain yang menyebabkan kelambatan uterus berinvolusi diantaranya:

- 1) Kandung kemih penuh
 - 2) Rektum berisi
 - 3) Infeksi uterus
 - 4) Retensi hasil konsepsi
 - 5) Fibroid
 - 6) Hematoma ligamentum latum uteri.
2. Kekentalan darah (Hemokonsentrasi) kembali normal

Selama masa kehamilan darah ibu encer, sebab cairan darah ibu yang banyak, sementara sel darahnya berkurang. Apabila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin dan terlihat sedikit menurun angka normalnya, 11-12 gr%. Jika HB ibu setelah mengalami persalinan HB ibu rendah sistem sirkulasi ibu akan kembali ke semula darah akan kembali mengental dimana kadar perbandingan dari sel darah kembali normal. Umumnya hal ini bisa terjadi pada hari ke 2 sampai hari ke 15 pasca melahirkan (I. Kumalasari, 2015).

3. Proses Laktasi dan Menyusui

Proses ini akan timbul ketika plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormone plasenta) yang dapat

mengambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormon-hormon dalam plasenta ibu tidak di hasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar di hari ke 2-3 setelah melahirkan. Namun hal yang luar biasa merupakan sebelum dipayudara sudah terbentuk yang sangat baik untuk bayi, sebab mengandung zat besi dan anti bodi pembuluh kuman (I. Kumalasari, 2015).

J. Masalah Masa Nifas

a. Masalah nyeri

Gangguan rasa nyeri pada masa nifas banyak dialami meskipun pada persalinan normal tanpa komplikasi. Hal tersebut menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu. Gangguan rasa nyeri yang dialami ibu antara lain :

1) After pain

Hal ini disebabkan kontraksi dalam relaksasi yang terus menerus pada uterus. Banyak terjadi pada multipara. Anjurkan untuk mengosongkan kandung kemih.

2) Pembengkakan payudara

3) Nyeri perineum

4) Konstipasi

b. Cemas

Rasa cemas sering timbul pada ibu masa nifas karena perubahan fisik dan emosi serta masih menyesuaikan diri dengan kehadiran bayi. Pada periode ini memerlukan perubahan perilaku,

nilai peran. Tingkat kecemasan akan berbeda antara satu dengan yang lain.

K. Pelayanan Nifas pada masa pandemic Covid – 19

- a) Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan / tanda bahaya pada ibu segera ke fasyankes.
- b) Pelayanan nifas, dengan membuat janji melalui Telepon/WA.
- c) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
- d) Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.
- e) Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS.
- f) Konsultasi nifas, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line.
- g) Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line.
- h) Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

A. Pengertian Neonatus

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Dewi, 2013).

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

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari), sesudah kelahiran dimana ada tiga masa yaitu neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir, Neonatus dini adalah usia <7 hari dan Neonatus lanjut adalah usia 7-28 hari (Marmi, 2012).

B. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm. d. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Lingkar lengan 11-12 cm.
- f. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.

- g. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- h. Kuku agak panjang dan lemas.
- i. Genetalia
- j. Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- k. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- m. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Lia Dewi. 2012)

C. Tahapan Bayi Baru Lahir

a. Tahap I

Tahap ini terjadi setelah lahir , selama menit-menit pertama kelahiran pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.

b. Tahap II

Tahap transisi reaktifitas pada tahap ini dilakukan pengkajian selama 24 jam

c. Tahap III

Tahap ini disebut tahap periode pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dewi, 2010).

D. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan usia gestasi Menurut (Proverawati & Ismawati, 2010) yaitu :

- a. Bayi Pematurn Yaitu bayi yang lahir kurang 37 minggu lengkap (< 259 hari), dengan berat badan antara 1000 – 2499 gram.
- b. Bayi Matur Yaitu bayi yang lahir mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 hari sampai 293 hari), dengan berat antara 2500 – 4000 gram,
- c. Bayi Postmatur Yaitu bayi yang lahir 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari).

E. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi dipersiapkan lama sejak intrauterine. Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru – paru terbentuk. Pada umur kehamilan ke 26 – 28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan

24 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34 – 36 minggu struktur paru – paru matang, artinya paru – paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru – paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Tabel 2.4 Perkembangan Sistem Pulmoner

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru – paru terbentuk
26 – 28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Deferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus
24 minggu	Dibentuk alveolus
28 minggu	Dibentuk surfaktan
34 – 36 minggu	Maturasi struktur (paru – paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis lagi)

2. Suhu tubuh

Mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir dikelingungkannya melalui cara pertama evaporasi yaitu kehilangan panas melalui proses penguapan atau perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap. Pencegahannya, setelah bayi lahir segera

mengeringkan bayi secara seksama dan menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan kering serta menutup bagian kepala bayi. Cara kedua konduksi yaitu kehilangan panas dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, misalnya menimbang bayi tanpa mengalasi timbangan bayi dan menggunakan stetoskop untuk pemeriksaan bayi baru lahir. (Muslihatun, 2013) Cara ketiga konveksi yaitu kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, misalnya aliran udara dingin dari kipas angin, dan hembusan udara dingin melalui ventilasi. Cara keempat radiasi yaitu kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, misalnya bayi terlalu dekat ke dinding tanpa memakai penutup kepala atau topi. (JNPK-KR, 2012)

3. Sistem kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi keseluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan. Agar terbentuk sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, terjadi dua perubahan besar yaitu penutupan foramen ovale pada atrium paru dan aorta, kemudian penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah tubuh. Jadi, perubahan tekanan tersebut langsung berpengaruh pada aliran darah. Oksigen menyebabkan

sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri hipogastrika pada tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah bayi lahir dan setelah tali pusat di klem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan. (Rochmah, 2012).

4. Metabolisme glukosa

Otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada saat kelahiran, setelah talipusat diklem, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir kadar glukosa darah akan turun dalam waktu 1-2 jam. Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen. Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen, terutama dalam hati, selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermi saat lahir, kemudian mengakibatkan hipoksia akan menggunakan persediaan glikogen dalam satu jam pertama kelahiran. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan digunakan dalam satu jam pertama, otak bayi akan mengalami risiko. Bayi baru lahir kurang bulan, IUGR, dan gawat janin merupakan kelompok yang paling berisiko, karena simpanan

energi mereka berkuang atau digunakan sebelum lahir (Rochmah, 2012).

5. Adaptasi ginjal

Menurut (Muslihatun, 2013) fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta renal blood flow relatif kurang bila dibandingkan orang dewasa.

6. Adaptasi gasterointestinal

Secara fungsional, saluran gastrointestinal bayi belum matur dibandingkan orang dewasa, membran mukosa pada mulut berwarna merah jambu dan basah. Gigi tertanam didalam gusi dan sekresi ptialin sedikit. Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai mengisap dan menelan. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara perlahan, seiring dengan pertumbuhan bayi. Pengaturan makan yang sering oleh bayi sendiri sangat penting, contohnya memberikan makan sesuai keinginan bayi (ASI on demand) (Rochmah, 2012).

Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan neonatus cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas,

hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna sehingga mengakibatkan gumoh pada neonatus.

(Maryanti, 2011)

F. Refleks Pada Bayi Baru Lahir

1. Refleks Moro

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget, yaitu gerakan mengayunkan/merentangkan lengan dan kaki seolah ia akan meraih sesuatu dan menariknya dengan cepat ke arah dada dengan posisi tubuh meringkuk seperti berpegangan dengan erat, mendorong kepala ke belakang, membuka mata, dan mungkin menangis. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan

2. Reflek Rooting

Jika seseorang mengusapkan sesuatu di pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya. Refleks ini terus berlangsung selama bayi menyusui. Refleks mengisap (sucking).

3. Refleks Swallowing

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan kedalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi akan berusaha menghisap lalu menelan. Proses

menelan ini yang disebut reflek swallowing. Reflek ini tidak akan hilang.

4. Reflek Berkedip

Bayi berkedip pada pemunculan sinar terang yang tiba – tiba atau pada pandel atau obyek kearah kornea, harus menetapkan sepanjang hidup, jika tidak ada maka menunjukkan adanya kerusakan pada saraf cranial.

5. Refleks tonic neck

Ketika kedua tangan bayi diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini tetap menetap hingga lewat usia 6 bulan, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, reflek tonic neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyiapkan bayi untuk mencapai gerak sadar.

6. Refleks palmar grasping

Bayi baru lahir menggenggam/merenggut jari ibu jika ibu menyentuh telapak tangannya. Genggaman tangan ini sangat kuat hingga ia bisa menopang seluruh berat badan jika ibu mengangkatnya dengan satu jari tergenggam dalam setiap tangannya. Gerakan refleks ini juga terdapat ditelapak kaki yang melengkung saat di sentuh.

7. Refleks Crawling

Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

8. Refleks Stepping (berjalan dan melangkah)

Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu/orang tersebut akan melihat refleks berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut.

9. Reflex Babinski

Jari-jari mencengkram/hiperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. (Dewi, 2010)

G. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

a. Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak

bayi atau kebutuhan bayi setiap 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusu sesuai permintaanya bisa menyusu sebanyak 12 – 15 kali dalam 24 jam. Biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusu itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusu sekitar 5 – 10 kali dalam sehari. Pemberian ASI saja cukup. Pada periode usia 0 – 6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainnya.

b. Defekasi (BAB)

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu feses bayi bisa bergumpal – gumpal seperti jeli, padat, berbiji, atau seeded dan bisa juga berupa cairan, feses bayi yang diberi ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan feses bayi yang diebri susu formula berbentuk padat, bergumpal – gumpal atau agak liat dan bulat.

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini disebut mekonium. Biasanya berwarna hitam kehijauan yang lengket seperti aspal yang merupakan

produk dari sel – sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan. BAB pertama dalam 24 jam penting artinya karena menjadi indikasi apakah pencernaanya normal atau tidak.

c. Berkemih (BAK)

Fungsi ginjal bayi masih belum sempurna selama dua tahun pertama kehidupan. Biasanya terdapat urine dalam jumlah sedikit pada kandung kemih bayi saat lahir, akan tetapi ada kemungkinan urine tersebut tidak dikeluarkan dalam 12 – 24 jam. Berkemih sering terjadi setelah periode ini dengan frekuensi 6 – 10 kali sehari dengan warna urine yang pucat. Ini menandakan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15 – 16 ml/kg/hr.

d. Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata – rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruanganya yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau telalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

Pola tidur bayi masih belum teratur karena jam biologis yang belum matang. Tetapi perlahan – lahan akan bergeser sehingga lebih banyak waktu tidur di malam hari dibandingkan dengan siang hari. Keluhan gangguan tidur biasanya datang dari orang tuanya yang sulit menerima jam tidur bayi. Dikatakan bahwa orang tua kekurangan tidur 2 jam setiap harinya hingga bayi berusia 5 bulan sampai 2 tahun, orang tua kehilangan 1 jam waktu tidur setiap malamnya. Sehingga orang tua pun perlu menyalahi waktu tidurnya sesuai dengan pola tidur bayinya. Mulai usia 2 bulan bayi mulai lebih banyak tidur malam dibanding siang. Usia 3 – 6 bulan jumlah tidurnya semakin berkurang, kira – kira 3 kali dan terus berkurang hingga 2 kali pada usia 6 – 12 bulan. Menjelang 1 tahun biasanya bayi hanya perlu tidur siang satu kali saja dengan total jumlah waktu tidur berkisar antara 12 – 14 jam.

e. Kebersihan Kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar – benar dijaga. Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur mandi seluruh tubuh setiap hari tidak harus dilakukan. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi. Memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum puput, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Yang penting siapkan air hangat – hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak

berangin. Lap wajah, terutama area mata dan seujur tubuh dengan lembut. Jika mau menggunakan sabun sebaiknya pilih sabun yang two in one, bisa untuk keramas sekaligus mandi. Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering. Bersihkan tali pusat dengan menggunakan kapas atau kasa alcohol setelah itu lilit tali pusat dengan kasa steril yang telah tersedia diapotik – apotik terdekat untuk menghindarkannya dari infeksi. Jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusat dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau minyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih didada dan diperut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat kering karena dalam transisi dari lingkungan ke rahim ke lingkungan berudara.

f. Keamanan

Jangan sekali – sekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

H. Antropometri

Pengukuran antropometrik adalah sebagai berikut :

a. Penimbang berat badan

Alat timbangan yang telah diterakan serta di beri alas kain di atasnya, tangan bidan menjaga di atas bayi sebagai tindakan keselamatan.
BBL 2500 - 4000gram.

b. Panjang badan

Letakkan bayi datar dengan posisi lurus sebisa mungkin. Pegang kepala agar tetap pada ujung atas kita ukur dan dengan lembut renggangkan kaki ke bawah menuju bawah kita. PB : 48/52cm.

c. Lingkar dada

Letakan pita ukur pada tepi terendah scapula dan tarik pita mengelilingi kearah depan dan garis putih. LD : 32 – 35 cm.

d. Lingkar lengan

Diukur dari pertengahan os cruris mengelilingi lengan bayi 11-15 cm.

e. Ukuran lingkaran

a. Lingkar kecil kepala circumferentia sub occipito bregmatika. Melingkarkan metline di sub occipito foramen magnum sampai ke bregmatika ubun-ubun besar 32-33.

b. Lingkar sedang kepala circum ferential fronto occipito

Melingkarkan metline di os frontalis dahi sampai ke os occipito ubun-ubun kecil kemudian sampai ke os mento dagu 35cm.

- c. Lingkar besar kepala circum ferentia mento occipito
Melingkarkan metline di os mento dagu sampai ke os occipito ubun-ubun kecil kemudian sampai ke os mento dagu. 35 cm.

d. 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
Tonus Otot	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan Aktif
Aktivitas	Tidak ada	Sedikit gerak	Gerak aktif
Pernafasan	Tidak ada	Menangis lemah/ merintih	Menangis kuat

Tabel 2.5 Apgar Score (Dewi, 2010)

- a. Total score:
b. 0-3: Asfiksia berat
c. 4-6: Asfiksia sedang
d. 7-10: Tidak Asfiksia

I. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada saat inspirasi.
- b. Suhu terlalu panas lebih dari 38°C atau terlalu dingin atau kurang dari 36°C.
- c. Kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- d. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah. f. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
- f. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.
- g. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.
- h. Menangis terus-menerus
- i. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan. (Muslihatun, 2013)

J. Kunjungan Neonatus

Menurut (Walyani & Purwoastuti, 2014) :

a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan:

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
- 2) Berikan ASI Eksklusif
- 3) Rawat tali pusat

b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- 2) Berikan ASI Eksklusif
- 3) Cegah infeksi.
- 4) Rawat tali pusat.

c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

- 1) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.
- 2) Lakukan:
 - a) Jaga kehangatan tubuh.

b) Beri ASI Eksklusif.

c) Rawat tali pusat.

K. Masalah pada Neonatus

a. Ikterus

Suatu keadaan yang menyerupai penyakit hati yang terjadi pada bayi baru lahir akibat hyperbilirubinemia. Ikterus merupakan salah satu kegawatan yang sering terjadi pada 20 – 25 % bayi cukup bulan dan 80 % pada BBLR.

b. Muntah/gumoh

Keluarnya sebagian besar atau seluruh isi lambung setelah agak lama makanan dicerna, biasanya disebabkan karena bayi menelan udara pada saat menyusui. Dalam beberapa jam setelah lahir bayi mungkin mengalami muntah lendir bahkan kadang disertai sedikit darah.

c. Diaper Rash (ruam popok)

Terjadi ruam – ruam kemerahan pada bokong akibat kontak terus – menerus dengan popok / pampers.

d. Seborrhoe

Sebum lemak yang berlebihan, terjadi pada 3 bulan pertama kehidupan.

e. Milliarasis

Udara panas dan lembab, pakaian yang tidak menyerap keringat, terpajan bahan kimia tertentu dan penyakit kulit yang menyebabkan penyumbatan pori kelenjar keringat. Penyumbatan ini dapat disebabkan oleh bakteri yang menimbulkan radang dan edema akibat keringat yang tidak dapat keluar dan diabsorpsi oleh stratum korneum. Bayi kurang aktif dapat terkena miliariasis.

L. Komplikasi pada Neonatus

a. BBLR

Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram pada waktu lahir atau lebih rendah.

b. Asfiksia

Asfiksia adalah kondisi kekurangan oksigen pada pernapasan yang bersifat mengancam jiwa. (Kurniasih, 2017)

c. Hiperbilirubinemia

Ikterus adalah gambaran klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit dan mukosa karena adanya deposisi produk akhir katabolisme hem yaitu bilirubin. Secara klinis, ikterus pada neonatus akan tampak bila konsentrasi bilirubin serum lebih 5 mg/dL. Hiperbilirubinemia adalah keadaan kadar bilirubin dalam darah >13 mg/dL. Pada bayi baru lahir, ikterus yang terjadi pada umumnya adalah fisiologis (Timbul dalam 24 jam pertama kehidupan).

M. Pelayanan BBL pada masa pandemic Covid – 19

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya BBL segera ke fasyankes.
2. Pelayanan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS.
6. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI.

7. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online.
8. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line



2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran). (Maryunani, 2016)

Keluarga berencana sebagai upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera. Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehaamilan dengan memakai kontrasepsi (Rahayu, 2017).

B. Macam-Macam KB

Metode Kontrasepsi Sederhana (Tanpa Alat) :

a. Metode Amenorhea laktasi (MAL)

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. MAL, dapat dikatakan sebagai kontrasepsi bila terdapat keadaan-keadaan berikut :

- 1) Menyusui secara penuh, tanpa susu formula dan makanan pendamping.
- 2) Belum haid sejak masa nifas selesai.
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

a) Beberapa keuntungan kontrasepsi adalah:

- i. Efektifitas tinggi
- ii. Segera efektif
- iii. Tidak mengganggu sanggama.
- iv. Tidak ada efek samping secara sistem.
- v. Tidak perlu pengawasan medis.
- vi. Tidak perlu obat
- vii. Tanpa biaya.

b) Keterbatasan dari metode ini adalah:

- i. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusun dalam 30 menit pasca persalinan.
- ii. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social.
- iii. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- iv. Tidak melindungi terhadap IMS.

b. Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi berbentuk selubung karet yang dapat terbuat dari bahan seperti: lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) yang dapat di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kontrasepsi kondom bekerja dengan menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis

sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Efektivitasnya bila digunakan dengan benar, resiko kehamilan adalah 2 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

1) Keuntungan kontrasepsi ini diantaranya:

- a) Dapat mencegah penularan penyakit menular seksual dan konsekuensinya, seperti: kanker serviks.
- b) Tidak ada efek samping hormonal dan mudah didapat.
- c) Dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan (backup) sebelum menggunakan metode lain. Kekurangan dari metode ini yaitu keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaannya, sehingga harus disiapkan sebaik mungkin sebelum berhubungan seksual. Selain itu dampak lain yang ditimbulkan dari pemakaian kondom yaitu dapat memicu reaksi alergi pada orang-orang dengan alergi lateks.

2) Kekurangan

Kekurangan metode kontrasepsi ini diantaranya:

- a) Penggunaan setiap kali dipasang sebelum berhubungan seksual.
- b) Perlu adanya komitmen yang kuat dari pasangan.
- c) Kesulitan ereksi kadang terjadi pada sebagian pria.

d) Sedikit mengganggu hubungan seksual/ kurang memuaskan.

e) Pada sebagian perempuan yang menggunakan kondom wanita, terjadi ketidakcocokan/ alergi bahan kondom sehingga dapat memicu iritasi bahkan infeksi.

c. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks sehingga sperma tidak dapat mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi) dapat juga digunakan sebagai spermisida.

1) Kelebihan/ Keuntungan

Memiliki keuntungan dan kelebihan yang sama dengan kontrasepsi metode kondom, seperti:

a) Tidak mengganggu produksi ASI.

b) Tidak mengganggu hubungan seksual karena sudah terpasang 6 jam sebelum berhubungan seksual,

c) Dapat mencegah penularan penyakit IMS seperti HIV/AIDS.

d) Menampung darah menstruasi, jika digunakan saat haid..

2) Kekurangan metode ini diantaranya:

- a) Efektivitasnya bila digunakan dengan benar bersama spermisida, resiko kehamilan adalah 6 – 16 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.
- b) Perlu adanya motivasi kuat dan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual.
- c) Memerlukan pemeriksaan dalam untuk menentukan ukuran yang tepat, dan keberhasilan tergantung dengan cara pemakaian.
- d) Dapat menimbulkan efek samping seperti iritasi vagina dan penis, serta lesi di vagina. Risiko kesehatan lain seperti infeksi saluran kemih, vaginosis bakterial, kandidiasis, hingga sindroma syok toksik.

d. Spermisida

Alat kontrasepsi berbahan kimia (non oksinol-9), digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria, dan krim. Mekanisme kerjanya yaitu dapat menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

1) Kelebihan kontrasepsi

- a) Efektif seketika (bahan dari busa/ aerosol).
- b) Tidak mengganggu produksi ASI.
- c) Efektifitas lebih dirasakan apabila pemakaian dengan metode kontrasepsi lain seperti kondom/ diafragma.
- d) Tidak mengganggu kesehatan, dan tidak pengaruh sistemik dan mudah digunakan.

2) Kekurangan

- a) Efektivitas kurang 18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama).
- b) Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan.
- c) Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual,.
- d) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film.
- e) Tidak mencegah penyebaran penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS.

3) Kontraindikasi

- a) Wanita dengan riwayat infeksi saluran kemih.

- b) Wanita dengan riwayat alergi dengan alat kontrasepsi spermisida.
- c) Diafragma dapat terlepas jika tidak terlalu tetekan oleh busa aerosol.

Metode Kontrasepsi Hormonal :

- e. Kontrasepsi suntik Progestin (Depot Medroksi Progesteron Asetat/ DMPA)

Kontrasepsi progestin adalah kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormon estrogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu. (Susilawati, 2010). Memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per100 perempuan dalam satu tahun pemakaian. Kegagalan yang terjadi pada penggunaan kontrasepsi ini umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal.

1) Waktu Penggunaan Kontrasepsi

- a) Setiap saat selama siklus haid, asalkan ibu tidak mengalami hamil.
- b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.

c) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

d) Bagi ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.

e) Bagi ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual. (Susilawati, 2010).

2) Kelebihan penggunaan suntik DMPA :

a) Sangat efektif penggunaannya.

b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.

c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.

e) Tidak mempengaruhi ASI.

f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

g) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.

h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.

j) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

k) efek samping yang ditimbulkan. Beberapa efek samping yang ditimbulkan, yaitu :

i. Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia.

ii. Penambahan berat badan.

iii. Memicu mual, mata berkunang-kunang, terkadang sakit kepala.

iv. Penurunan libido.

- v. Vagina menjadi kering karena adanya pengentalan mukus serviks oleh hormon progesteron. (Susilawati, 2010)

3) Indikasi

- a) Wanita usia reproduktif.
 - b) Wanita yang telah memiliki anak.
 - c) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
 - d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
 - e) Wanita setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - f) Wanita dengan riwayat abortus dan keguguran.
 - g) Wanita yang memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
 - h) Wanita dengan masalah gangguan pembekuan darah.
- (Sulistyawati, 2010)

4) Kontraindikasin

- a) Wanita hamil atau dicurigai hamil.
- b) Wanita dengan perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.

d) Wanita yang pernah menderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.

e) Wanita penderita diabetes mellitus disertai komplikasi.

(Sulistiyawati, 2010)

f. Pil Progestin

Pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Pil mini atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet.

a) Kelebihan

Kontrasepsi pil progestin atau mini pil mempunyai beberapa kelebihan diantaranya:

- 1) Sangat efektif apabila digunakan dengan benar dan konsisten.
- 2) Tidak mempengaruhi ASI, karena tidak mengandung estrogen.
- 3) Nyaman dan mudah digunakan, sehingga hubungan seksual tidak terganggu.

4) Kesuburan cepat kembali.

5) Dapat dihentikan setiap saat.

- 6) Mengurangi jumlah darah haid, kejadian anemia, menurunkan pembekuan darah.
 - 7) Mengurangi nyeri haid.
 - 8) Mencegah kanker endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, penderita endometriosis, kencing manis yang belum mengalami komplikasi dapat menggunakan.
 - 9) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi.
 - 10) Mengurangi gejala pre menstrual sindrom.
- b) Efek samping yang ditimbulkan sedikit, seperti:
- 1) Gangguan haid (perdarahan bercak, spotting, amenorea dan haid tidak teratur).
 - 2) Peningkatan/penurunan berat badan.
 - 3) Payudara tegang.
 - 4) Mual.
 - 5) Pusing.
 - 6) Perubahan mood.
 - 7) Dermatitis atau jerawat.
- c) Kerugian :

- 1) Memerlukan biaya. Dan harus selalu tersedia.
- 2) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.
- 3) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkulosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah. Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama. Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten.
- 4) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.
- 5) Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

d) Indikasi:

- 1) Wanita usia reproduksi.
- 2) Wanita yang telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak.
- 3) Wanita pasca persalinan dan tidak menyusui.
- 4) Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui, pasca keguguran.

- 5) Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg atau dengan masalah pembekuan darah.

e) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil progestin atau mini pil antara lain:

- 1) Wanita yang diduga hamil atau hamil.
- 2) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- 3) Riwayat kehamilan ektopik.
- 4) Riwayat kanker payudara atau penderita kanker payudara.
- 5) Wanita pelupa sehingga sering tidak minum pil.
- 6) Gangguan tromboemboli aktif (bekuan di tungkai, paru atau mata).
- 7) Ikterus, penyakit hati aktif atau tumor hati jinak maupun ganas.
- 8) Wanita dengan miom uterus.
- 9) Serta riwayat stroke.

g. Implan

Implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita. Implan terdiri dari 6 skala kapsul dimethylsiloxane yang dibuat dari bahan silastik, masing – masing kapsul berisi 36 mg levonorgestrel dalam format kristal dengan masa kerja lima tahun.

a. Beberapa keuntungan dari kontrasepsi ini adalah:

- 1) Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun).
- 2) Pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan.
- 3) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- 4) Bebas dari pengaruh estrogen.
- 5) Tidak mengganggu kegiatan sanggama.

b. Beberapa kerugian dari pemakaian kontrasepsi ini adalah :

- 1) Efek samping yang umum terjadi, perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak.
- 2) Merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.
- 3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

Metode Kontrasepsi Non Hormonal :

h. IUD

Menurut (Handayani, 2010), AKDR/ IUD atau spiral merupakan benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang.

a. Keuntungan/ kelebihan

- 1) Dapat bekerja efektif segera setelah pemasangan.
 - 2) Sebagai metode kontrasepsi jangka panjang.
 - 3) Meningkatkan kenyamanan seksual, sehingga tidak mengganggu hubungan seksual.
 - 4) Dapat dipasang segera setelah melahirkan / pascaabortus (jika tidak ada infeksi).
 - 5) Tidak mempengaruhi kualitas ASI.
 - 6) Dapat membantu mencegah kehamilan ektopik.
 - 7) AKDR umumnya sangat mudah dikeluarkan dan pemulihan kesuburan berlangsung cepat (angka konsepsi 78-88% setelah 12 bulan dan 92-97% pada tiga tahun setelah pengeluaran).
- b. Kerugian/ kekurangan
- a) Efek samping yang umum terjadi seperti:
 - (1) Perubahan siklus haid
 - (2) Haid lebih lama dan banyak
 - (3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
 - (4) Saat haid lebih sakit (dismenore).

b) Komplikasi yang terjadi seperti:

- 1) Dapat menimbulkan sakit hingga kejang tiga sampai lima hari setelah pemasangan,
- 2) Perdarahan hebat waktu haid, hingga dapat memicu penyebab anemia,
- 3) Perforasi dinding uterus (jarang terjadi jika di pasangkan dengan benar)
- 4) Tidak protektif mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 5) Tidak baik digunakan pada wanita yang suka berganti pasangan, jika dipasangkan dapat memicu berbagai penyakit salah satunya penyakit radang panggul pada wanita dengan IMS, yang memicu terjadi infertilitas.
- 6) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelviks diperlukan dalam pemasangannya.
- 7) Menimbulkan sedikit nyeri dan perdarahan (2015:3 Kumalasari, 2015)

i. Tubektomi (MOW)

Tubektomi (MOW/ Metode Operasi Wanita) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat

bertemu dengan ovum. (BKKBN, 2011) Adapun syarat-syarat menjadi akseptor (pengguna) tubektomi adalah berikut:

- 1) Sukarela terhadap keputusan menggunakan kontrasepsi,
- 2) Mendapatkan keterangan dari dokter atau petugas pelayanan kontrasepsi,
- 3) Pasangannya harus memberikan persetujuan secara tertulis.

- 1) Waktu penggunaan

- a) Idealnya dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan,
- b) Dapat dilakukan segera setelah persalinan/ setelah operasi caesar,
- c) Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, dapat ditunda 4-6 minggu.

- 2) Cara kerja

- a) Sebelum operasi, dokter akan memeriksa kesehatan lebih dahulu, untuk memastikan cocok atau tidak,
- b) Operasi dilakukan oleh dokter,

- c) Saluran telur yang membawa sel telur dalam rahim akan dipotong atau diikat. Setelah operasi syang dihasilkan akan diserap kembali oleh tubuh tanpa menimbulkan penyakit,

d) Perawatan tubektomi hanya 6 jam setelah operasi untuk menunggu reaksi anti bius saja.

e) Luka yang diakibatkan sebaiknya tidak kena air selama 3-4 hari.

f) Pemeriksaan ulang dilakukan oleh dokter, setelah 1 minggu, 1 bulan, 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun setelah operasi dilakukan.

3) Kelebihan

a) Tidak mengganggu ASI.

b) Jarang ada keluhan samping.

c) Angka kegagalan hampir tidak ada, efektivitas mencapai 99,5 %.

d) Tidak mengganggu gairah seksual, dan tidak ada perubahan fungsi seksual lainnya.

4) Kekurangan

a) Operasi dilakukan oleh dokter terlatih, perlu pertimbangan matang, mengingat kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, karena sifatnya permanen.

C. Pelayanan KB Pada Masa Pandemi Covid-19

- a) Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang - membuat janji melalui telp/WA.
- b) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan *Covid-19*. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi ttg status ibu (ODP/PDP/*Covid* +).
- c) Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKJP – tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan) - New Normal.
- d) Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara Ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus – bidan dapat bekerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil.
- e) Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan *covid-19*.
- f) Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online - dimotivasi dan didorong untuk beralih menggunakan MKJP - pilihan yang tepat di era New Normal - tidak perlu kontrol rutin.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Kehamilan

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1. Data Subyektif

a) Identitas pasien

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian. Identitas pasien :

1) Nama

Dinyatakan dengan tujuan agar dapat mengenal pasien dan tidak keliru dengan nama pasien lain.

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko dilihat umur pasien

3) Agama

Untuk memberikan dukungan moril pada pasien.

4) Suku bangsa

Mempermudah dalam pelaksanaan asuhan kebidanan untuk mengetahui faktor pembawa atau ras.

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat yang nantinya penting dalam memberikan pendidikan kesehatan

pasiensesuai dengan tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuanya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat social ekonomi

7) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan

b) Keluhan Utama

Keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

c) Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010).

d) Riwayat Menstruasi

Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk

menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohardjo, 2010).

e) Riwayat Obstetri

1) Gravida/Para

2) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

3) Kehamilan yang lalu

(a) Tanggal persalinan

(b) Usia gestasi

(c) empat lahir

(d) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)

(e) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), 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 dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Hani,2011).

g) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik.

h) Riwayat KB

Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini

i) Riwayat kesehatan ibu

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan perawatan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan jika ada penyakit yang telah diderita oleh ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita oleh ibu dapat mempengaruhi proses kehamilannya. Penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya

kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemia serta penyakit menular seksual. (Marmi, 2014)

1) Diabetes melitus tergantung insulin

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelelahan atau keletihan. Sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, tetapi yang lebih tampak yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, pengelihan kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko.

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta

maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

3) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus. Pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012).

4) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada klien yang mengalami kelainan penyakit

jantung derajat 3 atau 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014).

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.

1) Diabetes militus tergantung insulin

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelelahan atau keletihan. Sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, tetapi yang lebih tampak yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, pengelihatn kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko.

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin.

(Walsh, 2012).

3) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus. Pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012).

4) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan

konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada klien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3 atau 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014).

f) Pola Fungsi Kesehatan

1. Nutrisi

Pada ibu hamil konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang). Menurut Saifuddin (2011) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu :

(a). Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebihan bisa menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak lebih dari 10-12 kg selama hamil.

(b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein bisa menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan oedema.

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari.

Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium

yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan

riteksia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

(d) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(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 per hari, kekurangan asam folat dapat

menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

2. Pola Eliminasi

Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan konstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Mochtar, 2011)

3. Pola Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dapat di lakukan pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Salah satu aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu berjalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2011).

4. Pola Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan oleh ibu hamil kurang lebih adalah 6-8 jam/hari. Termasuk dalam tidur

siang maupun tidur pada saat malam hari. Posisi tidur yang baik yaitu dengan tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010).

5. Pola Seksual

Menurut Saifuddin (2010), koitus diperbolehkan pada masa kehamilan apabila dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya tidak dilakukan karena dapat mengakibatkan perasaan sakit dan perdarahan.

6. Personal Hygyne

Menjaga kebersihan diri di lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan.

7. Pola Kebiasaan

1) Merokok

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

2) Alkohol

Masalah 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).

3) 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).

8. Pola Psikososial

Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

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

secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

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

2. Kesadaran

Kesadaran Kesadaran meliputi composmentis/sadar penuh, apatis/acuh tak acuh terhadap keadaan di sekelilingnya, samnolen/kesadaran yang ingin tidur secara terus menerus) (Indriasari, 2012).

3. Tanda – Tanda Vital

(a) 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 (Marmi, 2014:163).

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).

(b) Nadi

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

(c) Suhu

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

(d) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011).

(e) Antropometri

(1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014).

(2) Berat Badan

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

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah *Kurang Energi Kronis (KEK)* (Jannah, 2012).

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

2) Muka

Terdapat cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, dan tidak sembab. Bentuk simetris, apabila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema yang terdapat pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

3) Mata

Konjungtiva berwarna pucat atau kemerahan, sklera berwarna putih atau tidak

4) Hidung

Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah pernafasan cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung terbebas dari sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dapat dilakukan dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip,

tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, dan warna mukosa)

5) Telinga

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

6) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

7) Dada/payudara

(a) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia

(b) Kesimetrisan gerak napas

(c) Frekuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)

(d) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)

(e) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *splitting*, gesekan, *thrill*)

(f) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau 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) (Romauli, 2011)

8) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010).

(a) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Romauli, 2011).

(b) Ukuran janin

Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) $-n \times 155 =$ TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka $n=12$. Bila kepala di atas *ischiadica* maka $n=11 = 11$

(Varney, 2011).

(c) Letak dan Presentasi

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

- (1) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus
- (2) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.
- (3) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi).
- (4) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul (Akhmad, 2016).

9) Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Pemeriksaan panggul luar

- (1) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya 23-26 cm). Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya 26-29 cm).

(2) Coniungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan juga prosessus spinosus ruas tulang lumbal keV (normalnya 18-20 cm).

(3) Ukuran lingkaran panggul dari pinggir atas symphysis ke pertengahan spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepina dan kembali melalui tempat yang sama di pihak yang lain. Normalnya sekitar 80-90 cm.

b. Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan panggul dalam pada usia kehamilan sekitar 36 minggu. Pemeriksaan panggul dalam dapat digunakan untuk merasakan kesan mengenai bentuk panggul. Di katakan normal jika promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus >90 .

10) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan,

ekskoriasi serta memar. Apabila terdapat lesi kemungkinan adanya sifilis atau herpes (Marmi, 2011). Sedangkan pada primipara labia mayora bersatu, himen koyak beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae utuh, perineum utuh. Pada multipara labia mayora agak terbuka, karunkula himenalis, vagina lebar dengan rugae berkurang dan perineum terdapat luka bekas episiotomi (Manuaba, 2010). Peningkatan kongesti ditambah relaksasi dinding pembuluh darah serta uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva (Romauli, 2011).

11) Anus

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

12) 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 (Marmi, 2014).

c. Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin

Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin > 10 gr/dL

b) Golongan darah

Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2013).

c) USG

Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut

jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Mochtar, 2011).

d) Protein urine dan glukosa urine

Urine negative untuk protein dan glukosa.

e) Kartu Skore Pordji Rochayati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat dilakukan dengan menggunakan kartu skor poedji rochayati (KPSPR). Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skore 2 ditolong oleh bidan, kehamilan resiko tinggi (KRT) dengan sore 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) dengan skore > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2015).

B. Diagnosa Kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta rasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan

sering lelah merupakan hal wajar dikeluarkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

C. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2013), standar pelayanan antenatal merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ apabila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

2) Lakukan pemeriksaan kehamilan standar 10 T.

R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi.

- 3) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilan.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin.

- 4) Anjurkan klien untuk beristirahat cukup dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

- 5) Anjurkan klien untuk tidur miring kiri dan kaki ibu agak ditinggikan.

R/ memperlancar sirkulasi darah dari jantung, ibu, janin ke plasenta dan mengurangi pembengkakan pada kaki.

- 6) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 7) Jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaannya yang darurat.

- 8) Jelaskan kepada ibu tentang persiapan persalinan.

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

- 9) Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan.

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

10) Anjurkan ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal dan sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ mengetahui perkembangan ibu dan janin (Marmi, 2011).

Potensi Masalah

1. Masalah 1 : Konstipasi

Tujuan : Agar tidak terjadi konstipasi

Kreteria hasil : Ibu bisa BAB 1-2 kali/hari konsistensi lunak.

Intervensi :

a. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB yang teratur.

R/ berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembukan feses.

b. Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan serat dalam diet.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak keras tidak terlalu padat.

c. Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas (terutama pada saat perut kosong).

R/ dengan minum cairan dingin/panas sehingga dapat merangsang BAB.

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

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

2. Masalah 2 : Oedema Dependen.

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis.

Kriteria hasil : sudah tidur atau istirahat oedema berkurang.

Intervensi :

- a. Jelaskan kepada ibu penyebab dari oedema dependen.

R/ ibu mengerti penyebab oedemadependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus vena pelvik ketika dudik atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

- b. Anjurkan ibu untuk miring kekiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus.

- c. Anjurkan kepada ibu untuk tidak berdiri terlalu lama.

R/ menringkan tekanan pada vena dalam panggul.

- d. Anjurkan klien untuk menghindari pakaian yang ketat.

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstermitas bawah.

- e. Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul (Sulistyawati, 2012).

3. Masalah 3 : Nokturia/ sering berkemih.

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

Kriteria hasil : ibu BAK 7-8 kali/hari terutama siang hari dan infeksi pada saluran kencing tidak terjadi.

Intervensi :

a. Jelaskan terjadinya sering kencing.

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

b. Anjurkan ibu untuk menghindari minuman dan makanan bahan diuretik alamiah seperti kopi dan teh.

R/ bahan diuretik akan menambah ibu semain sering berkemih.

c. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/ menahan BAK akan menambah mudahnya timbul infeksi saluran kemih.

d. Anjurkan ibu untuk minum minimal 8 gelas / hari namun

banyak minum pada pagi atau siang hari dan mengurangi pada sore hari setelah makann dan sebelum tidur buang air kecil dahulu.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari
(Marmi, 2011).

4. Masalah 4 : Sesak nafas.

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya
dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

Kriteria hasil : Frekuensi nafas 16-24 kali/ menit dan ibu
menggunakan pernafasan perut.

a. Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena
membesarnya uterus.

b. Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman
dengan posisi yang tinggi.

R/ menghindari penekanan diafragma.

c. Anjurkan ibu untuk senam hamil yang teratur.

R/ merelaksasi otot-otot

d. Anjurkan ibu untuk menghindari kerja yang berat.

R/ aktifitas yang berat menyebabkan energi yang
digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

e. Anjurkan ibu berdiri merenggangkan lengannya diatas
kepala.

R/ peregangan tulang meringkan penarikan nafas (Marmi,
2011).

5. Masalah 5 : kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi secara fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

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

Intervensi :

a. Jelaskan penyebab kram kaki

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

b. Anjurkan ibu untuk senam hamil.

R/ senam hamil memperlancar peredaran darah suplai oksigen ke jaringan sel terpenuhi.

c. Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan masase.

R/ sirkulasi keharigan darah lancar

d. Minta ibu untuk tidak berdiri lama

R/ mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

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

R/ otot bisa rlaksasi sehingga kram berkurang.

f. Anjurkan ibu untuk diet mengandung kalsium fosfor

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6. Masalah 6 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi dan bertambah parah.

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

Intervensi :

- a. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat dan keras sehingga mudah pengeluarannya.

- b. Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas setiap bangun tidur.

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

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

R/ olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh berjalan lancar termasuk pencernaan.

- d. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/ mengejan terlalu sering memicu terjadinya hemoroid.

- e. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat
R/ kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.
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 : pusing berkurang, kesadaran composmentis dan tidak terjadi jatuh atau hilang keseimbangan.

Intervensi :

- a. Jelaskan kepada ibu penyebab pusing
R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postutral yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis.
- b. Anjurkan ibu bagaimana bangun dari dari posisi istirahat
R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.
- c. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan ramai.
R/ kekurangan oksigen karena lingkungan sesak napas dapat menyebabkan pusing.

8. Masalah 8 : Varices

Tujuan : tidak terjadi varices dan tidak bertambah parah

Kriteria : tidak terdapat varices

Intervensi :

- a. Kenakan kaos kaki penyokong

R/ penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan resiko terjadinya varises.

- b. Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

- c. Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkan kaki saat duduk

R/ meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

- d. Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ latihan ringan dan berjalan teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

9. Masalah 9 : Nyeri punggung berkurang

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi :

- a. Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengakati

apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kakisedikit didepan kaki yang lain

R/ menekuk kaki akan membuat kedua kaki yang menopang berat badan dan meranggan, bukan punggung , melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setelah jongkok.

b. Anjurkan ibu tidur miring ke kiri

R/ mengurangi penekanan uterus ligamentum rotundum

c. Gunakan sepatu bertumit rendah

R/ sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi

d. Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan dan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/ kasur yang menyokong dan menggunakan bantal dapat meluruskan serta meringkankan tarkan dan rengangan.

10. Masalah 10 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria : ibu tampak tersenyum, suami dan keluarga memberi dukugan dan ibu tampak tenang rileks.

Intervensi :

a. Jelaskan kepada ibu tentang hal-hal yang dapat meyebabkan kecemasan

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

- b. anjurkan ibu mandi dengan 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 cemas menjelang persalinan.

D. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu. Berikut adalah uraian evaluasi perencanaan :

- a. Telah dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, tekanan darah, LILA, dan TFU.
- b. Status imunisasi tetanus ibu telah diketahui dan telah diberikan imunisasi TT sesuai dengan status imunisasi.
- c. Telah diberikan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- d. Telah didapat presentasi janin dan denyut jantung janin.
- e. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi.

- f. Telah dilakukan pemeriksaan laboratorium.
- g. Telah diberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan permasalahan yang dialami.
- h. Dokumentasi Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia.



2.2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1. Data Subyektif

a. Identitas pasien

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian. Identitas pasien :

1) Nama

Dinyatakan dengan tujuan agar dapat mengenal pasien dan tidak keliru dengan nama pasien lain.

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko dilihat umur pasien

3) Agama

Untuk memberikan dukungan moril pada pasien.

4) Suku bangsa

Mempermudah dalam pelaksanaan asuhan kebidanan untuk mengetahui faktor pembawa atau rasa

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat yang nantinya penting dalam memberikan pendidikan kesehatan pasien sesuai dengan tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuannya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat social ekonomi

7) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan

b. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesehatannya (Sulistyawati, 2011).

c. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan.

Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubenia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin.

b) Anemia

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

sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum primer dan atonia uteri (Manuaba, 2010).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011).

e. Riwayat Kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarache, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid

terahir 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).

2) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : Untuk mengetahui umur khamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010). Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (6x) yaitu dua kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan tiga kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatann yang terjadi pada ibu hamil.

f. Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang

sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandungnya. Selain makan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma,2014).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

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) 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:

- 1) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010)

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

- a) Baik : Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta

secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan

- b) Lemah : Pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Kesadaran meliputi composmentis/sadar penuh, apatis/acuh tak acuh terhadap keadaan di sekelilingnya, samnolen/kesadaran yang ingin tidur secara terus menerus) (Indriasari, 2012).

3) Tanda-tanda Vital

Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin

meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ sampai 1°C . Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan

4) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah.

b) Mata

Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia.

Konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

c) Payudara

Menurut Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.

d. Abdomen

(a) Inspeksi

Menurut Mochtar (2011), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (Striae Gravidarum) dan garis pertengahan pada perut (Linea Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon.

(b) Palpasi

Leopold 1 = Pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus.

Leopold 2 = menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3 = menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold 4 = pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011).

(c) Auskultasi

Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

e) Genetalia

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia.

Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2011).

f) Vaginal Toucher

Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban.

Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam

untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007).

Pembukaan serviks pada fase laten

berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011).

(1) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervagina atau mekonium :

(a) Jika ada perdarahan pervagina dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban, lihat warna mekonium kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ dengan seksama menurut petunjuk patograf.

(d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk.

(e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(2) Mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran.

(3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

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

(5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul. Bidang hodge tersebut antara lain :

(a) Hodge I: Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotorium.

(b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi bawah simfisis.

(c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina isciadika kanan dan kiri.

(d) Hodge IV : Bidang sejajar hodge I,II,III terletak setinggi os koksigues (Sulistyawati, 2012).

5. Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin

Selama persalinan, kadar hemoglobin mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal.

b) Cardiotocography (CTG)

Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.

c) USG

Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Mochtar, 2011).

B. Diagnosa Kebidanan

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan. Kebutuhan ibu bersalin adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istirahat dan tidur), kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support person (atau pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin.

C. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan saat persalinan adalah sebagai berikut.

a. Kala I

- 1) Lakukan pengawasan menggunakan partograf, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung

kontraksi uterus, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi urine, aseton dan protein (WHO, 2013).

- 2) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Atur aktivitas dan posisi ibu yang nyaman.
- 4) Fasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Ajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Berikan sentuhan, pijatan, counterpressure, pelvic rocking, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Ajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Lakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Lakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Lakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Fasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Lakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

Intervensi :

60 angka Asuhan Persalinan

Kala I

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai patograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala dan tanda-tanda vital ibu.
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan memberikan makanan dan minuman.

6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat bersalin.
8. Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering.
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

Kala II

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka).
2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek.
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2014).
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk memeriksa dalam.
6. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).

7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik kedalam wadah larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160 x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his.
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih 1/3 dibawah bokong ibu.
17. Buka partus setcek kelengkapan alat dan bahan.

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.
22. Setelah kepala sudah paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu,gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya.
25. Lakukan penilaian bayi baru lahir.
26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.

Ganti handuk yang keringg, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relativ hangat.

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

28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disutik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Kala III

29. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

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

31. Lakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

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

34. Letakkan satu tangan diatas akin pada perut ibu, ditep atas simfisi, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah belakang atas(dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

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

a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.

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

c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.

d. Lakukan kateisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

f. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan,segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta manual diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput

ketuban terpelintir kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (masase uterus).

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembt hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.
39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam wadah plasenta atau kantong plastik atau tempat khusus.
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

Kala IV

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan.
42. Mencilupkan sarung tangan kedalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik.

43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.
44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah darah yang keluar.
46. Memantau tekanan darah 15 menit, menghitung nadi.
47. Priksa kembali bayi untuk mrmastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta shu normal (36°C - 37°C).
48. Tempatkanlah suatu peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % utuk dekontaminasi (10 menit)lalu cucidan bilas.
49. Buang bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan air DTT,bersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Bantu ibu memakaikan pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman,bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontainasi tempat bersaln dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkn sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.

56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang) priksa tanda-tanda vital dan kala IV (Sulistyawati, 2012).

1) Masalah kala I

- a) Masalah 1 : Cemas menghadapi persalinan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan ceas selama persalinan

Kriteria : ibu tampak tenang.

Intervensi :

- (1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

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

- (2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan

R/ ibu bsersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- (3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan

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

b) Masalah 2 : kala 1 memanjang

Tujuan : untuk mempercepat kala 1

Kriteria : ibu tidak merasa cemas

Intervensi (Marmi, 2012) :

(1) Beri dukungan kepada ibu selama proses persalinan

R/ mengurangi kecemasan kepada ibu.

(2) Pemberian cairan sedikitnya 2500 ml per hari

R/ dehidrasi ditandai dengan adanya aseton dalam urine harus dicegah.

(3) Pengosongan kandung kemih

R/ mengurangi resiko nyeri yang berlebihan.

(4) Pemeriksaan rectum atau vagina harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin.

R/ pemeriksaan ini dilakukan 4 jam sekali untuk menghindari memnyakiti klien dan mengurangi resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.

(5) Apabila kontraksi tidak adekuat

R/ meganjurkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.

Rehidrasi melalui infus atau minum. Merangsang puting susu ibu. Melakukan penilaian frekuensi kontraksi berdasarkan patograf.

c) Masalah 3 : ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : ibu merasakan nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria : nyeri punggung berkurang, ibu tidak cemas lagi, ibu tenang.

Intervensi (Marmi, 2012):

- (1) Hadirkan orang terdekat atau keluarga
R/kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang akan menghadapi persalinan.
- (2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai
R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu dapat menentramkan dan menenangkan ibu.
- (3) Berikan usapan punggung
R/ usapan punggung meningkatkan relaksasi
- (4) Pengipasan dan penggunaan handuk sebagai kipas
R/ ibu bersalin menghasilkan banyak keringat karena mengeluh kepanasan.

2) Masalah kala II

a) Kekurangan cairan

Tujuan : agar tidak terjadi dehidrasi

Kriteria: nadi 80-100 kali/menit, urin jernih produksi urin 300 cc/jam.

Intervensi (Sulistyawati, 2012):

(1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan pangs sehingga memerlukan kecukupan air.

(2) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL a

R/ pemberian cairan intravena akan cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obtertric dan bayi bayu lahir

R/ rujukan pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Infeksi

Tujuan : agar tidak terjadi infeksi

Kriteria : nadi dalam batas normal 80-100 kali/menit, suhu 36-37,5⁰C, KU baik, cairan ketuban atau cairan vagina tidak berbau.

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

(1) Baringkan miring kekiri

R/ tidur miring kekiri mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(2) Pasang insfus

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu tubuh yang meningkat menyebabkan dehidrasi.

(3) Berikan amoxicillin 2 gram / oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

(4) Segera rujuk kefasilitas kesehatan yang memiliki sarana fasilitas yang lengkap

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang kearah syo yang menyebabkan terjadinya kegawatdarutan ibu dan janin.

c) Kram tungkai kaki

Tujuan : agar tidak terjadi kram tungkai

Kreteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

(1) Luruskan tungkai ibu bersalin

R/ meluruskan tungkai dapat memperlancar peredaran darah ke ekstermias bawah.

(2) Atur posisi ibu feleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorso fleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijitan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh dipijit sebab resiko trombi tanpa sengaja dapat lepas.

3) Masalah kala III

a) Retensio plasenta

Tujuan :plasenta agar dapat dilahirkan dengan legkap

Kriteria : tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi (Nur Amellia, 2018):

(1) Plasenta dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus dan berikan RL dengan 20 unit oksitosin.

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(3) Bila tidak memiliki syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu

bersalin ke fasilitas terdekat dengan kegawatdaruratan obsteric.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(5) Tawarkan bantuan walau ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan ke fasilitas kesehatan rujukan.

b) Tejadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Intervensi (Nur Amellia, 2018). :

(1) Palpasi uterus melihat kontraksi minta ibu meneran pada setiap kontraksi

(2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, jika mungkin cari talinpusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

(3) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan priksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

4) Masalah kala IV

a) Atonia uteri

Tujuan : antonia uteri dapat teratasi

Kriteria : kontraksi uterus baik, jeras, dan bundar serta perdarahan <500 cc

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- (1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- (2) Jika kontraksi tidak berkontraksi terus eluar perdarahan , jarkan keluarga untuk mrlakukan kompresi bimanual eksterna. Serukan suntikan 0,2 mg ergometrin IM dan minosoprol 600-1000 mg rectal dan pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandunf 20 unit oksitosin.
- (3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBE.
- (4) Kika utersu tidak berkontraksi slema 2-3 enit rujuk ibu kefasilitas kesehatan yang mamu malakukan tindakan opersai dan transfusi darah.
- (5) Dampingi ibu selama merujuk, lakukan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan jalan lahir,perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

- (1) Vagina perineum atau serviks dapat dijahit dengan baik
- (2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- (a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- (b) Jika terjadi laserasi derajat 1 dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat 2 lakukan penjahitan
- (c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks :
 - 1) Pasang infus dan berikan RL
 - 2) Pasang tampon unruk mengurangi perdarahan yang keluar.
 - 3) Segera rujuk ibu kefasilitas dengan kemampuan gawat darurat obtetric
 - 4) Dampingi ibu ketempat rujukan.

c) Sub involusi

Tujuan : agar tidak terjadi sub involusi uteri

Kriteria : sub involusi dapat tertangani dengan baik.

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- (1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan.
berdasarkan hasil pemeriksaan ibu dalm kondisi

kurang baik. Pengeluaran cairan dari jalan lahir masih berwarna dan berbau meyangat yang dialami oleh ibu adalah sub involusi dimana proses mengcilnya uterus terganggu.

- (2) Memberitahu ibu untuk membuang air kecil supaya mengkosongkan kandung kemih.
- (3) Melakukan inform consent untuk menyetujui tindakan pemasangan infus dan rujukan kerumah sakit.
- (4) Memasang infus RL agar ibu tidak mengalami dehidrasi atau lemah
- (5) Memberikan suntikan ergometrin 0,5 mg intramuskular.
- (6) Menganjurkan ibu untuk melakukan masase/ pijit pada perut bagian bawah untuk merangsang kontraksi.
- (7) Merujuk ibu kerumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang tepat.

D. Evaluasi

Evaluasi Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.



2.2.3 Konsep Asuhan Kebidanan Nifas

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1. Data Subyektif

a. Identitas pasien

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian. Identitas pasien :

1) Nama

Dinyatakan dengan tujuan agar dapat mengenal pasien dan tidak keliru dengan nama pasien lain.

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko dilihat umur pasien

3) Agama

Untuk memberikan dukungan moril pada pasien.

4) Suku bangsa

Mempermudah dalam pelaksanaan asuhan kebidanan untuk mengetahui faktor pembawa atau rasa

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat yang nantinya penting dalam memberikan pendidikan kesehatan pasien sesuai dengan tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuannya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat social ekonomi

7) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan.

b. Keluhan Utama

Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid.

c. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A.

2) Pola Eliminasi

Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).

3) Personal Hygiene

Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan.

4) Istirahat

Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya.

5) Aktivitas

Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu.

6) Hubungan Seksual

Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual

d. Kebutuhan Psikologis

a) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusan dan duka. Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu taking in, taking hold atau letting go.

- b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi:
Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya sibling rivalry.
- c) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

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 ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan

orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Kesadaran meliputi composmentis/sadar penuh, apatis/acuh tak acuh terhadap keadaan di sekelilingnya, samnolen/kesadaran yang ingin tidur secara terus menerus) (Indriasari, 2012).

3) Tanda Tanda Vital

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca partum. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pasca partum. Sedangkan fungsi pernapasan kembali pada keadaan normal selama jam pertama pasca partum.

4) Pemeriksaan Fisik

1) 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).

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

3) Payudara

Pada Pemeriksaan Fisik payudara mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui. Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).

4) Abdomen

Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut. Memeriksa tinggi fundus uteri pada masa nifas untuk memastikan proses involusi berjalan lancar. 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) Evaluasi tonus otot abdomen dengan

memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti

digunakan sebagai alat obyektif untuk

mengevaluasi tonus otot abdomen.

Diastasis adalah derajat pemisahan otot

rektus abdomen (*rektus abdominis*).

Pemisahan ini diukur menggunakan lebar

jari ketika otot-otot abdomen kontraksi

dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut

relaksasi.

(d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA

(*Costovertebral Angel*)

5) Vulva dan Perineum

1) Pengeluaran Lokhea: Menurut Mochtar

(2011), jenis lokhea diantaranya adalah:

(a) Lokhea rubra, muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium serta sisa darah.

(b) Lokhea sanguilenta, lokhea ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.

(c) Lokhea serosa, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, leukosit dan tidak mengandung darah lagi.

(d) Lokhea alba, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

(e) Bila pengeluaran lokhea tidak lancar disebut Lochiastasis.

2) Luka Perineum

Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan.

6) Ekstremitas

Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya edema, nyeri dan kemerahan.



1. 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).

B. Diagnosa Kebidanan

Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan keadaan klien, seperti P2A0 usia 22 tahun postpartum fisiologis. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Ketidaknyamanan yang dirasakan pada ibu nifas adalah nyeri perut setelah lahir, nyeri pada jahitan, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid.

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kesehatan secara tepat. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
2. Melibatkan klien dan keluarga.
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien atau keluarga.
4. Memilih tindakan yang aman dan sesuai kondisi dan kebutuhan klien dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien,
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya fasilitas yang ada.
 - a. Diagnosa P...A... hari ... post partum hari kedengan keadaan umum ibu baik/tidak, laktasi lancar, lokia normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Sulistyawati, 2012).
 - b. Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.
 - c. Kriteria :
 - 1) Keadaan umum : kesadaran composmentis
 - 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
 - 3) Tanda-tanda vital

(1)TD : 110/70-130/90 mmHg

(2)S : 36-37,5°C

(3)N : 80-100 kali/menit

(4)R : 16-24 kali/menit

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu :

a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hasil pertama sampai ketiga atau keempat setelah persalinan. Kolostrum berwarna kuning, kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam vitaminA, sel darah putih dan antibodi yang tinggi.

b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar yang terkandung immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak mengumpul bila dipanaskan (Sulistyawati, 2012),

5) Involusi uterus normal

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana kembali ke kondisi sebelum hamil (Sulistyawati, 2012). Lochea normal

6) Lochea Normal

Lochea rubra keluar dari hari ke 1 – 3 berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolata keluar dari hari ke 4-7 berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 berwarna kuning. Lochea alba keluar dari hari ke 14 berwarna putih (I. B. Manuaba, 2012)

d. Intervensi :

- 1) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu dan untuk mencegah mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi atau zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan.

- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ latihan yang tepat memulihkan/mengembalikan keadaan gtubuh menjadi indah dan langsing seperti semula.

- 4) Berikan konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ untuk menjarangkan kehamilan

- 5) Anjurkan ibu untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi bayinya,

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

e. Masalah

1) Nyeri luka jahitan perineum

Tujuan : setelah diberikan asuhan rasa nyeri teratasi

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta dapat beraktivitas

Intervensi (Sulistiyawati, 2012) :

a) Observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

b) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

c) Beri analgesik oral (parasetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

d) Lakukan latihan senam kegel

R/ untuk meningkatkan sirkulasi darah dan membantu memulihkan tonus otot.

2) Gangguan eliminasi

Tujuan ; masalah eliminasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi (Sulistiyawati, 2012) :

a) Berikan penjelasan kepada klien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAB dan BAK jika terasa.

b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

c) Anjurkan klien untuk minum banyak air putih serta makanan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

3) Kram perut

Tujuan : masalah kram perut teratasi

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- a) Anjurkan ibu untuk mengkosongkan kandung kemih serta rutin BAK

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri.

- b) Sarankan ibu untuk tidur telungkup dan bantal dibawah perut

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan meghilangkan nyeri

- c) Berikan analgesik jika perlu (paracetamol dan asam fenamat)

R/ mengurangi rasa nyeri.

- 4) Pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

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

Intervensi (I. B. Manuaba, 2012) :

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui seserig mungkin/ 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan payudara.

- b) Anjurkan ibu untuk menyusui dikedua payudara
R/ menyusui disalahsatu payudara dapat membuat payudara yang satunya bengkak.
- c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara
R/ air hangat dapat merileksasi payudara supaya tidak tegang.
- d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.
R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami
- e) Lakukan pengulauaran ASI secara manual jika payudara masih tersa penuh
R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu pembegkakan pada payudara.
- f) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan
R/ dapat mengurangi rasa nyeri.

D. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan

melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihatkan keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.



2.2.4 Konsep Asuhan Kebidanan BBL

1. Pengkajian

Ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

a) Nama

Untuk mengenal bayi.

b) Jenis Kelamin

Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genitalia.

c) Anak ke

Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.

2) Identitas Orangtua

a) Nama

Untuk mengenal ibu dan suami.

b) Umur

Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.

c) Suku/Bangsa

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.

d) Agama

Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.

e) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.

f) Pekerjaan

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi. Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang

tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.

g) Alamat

Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan bayi.

3) Data Kesehatan

a) Riwayat Kehamilan

Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat dan segera.

b) Riwayat Persalinan

Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum: Baik

b) Tanda-tanda Vital

Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5° C.

c) Antropometri

Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm).

d) Apgar Score

Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik.

e) Kepala

Bentuk kepala terkadang asimetris akibat penyesuaian jalan lahir, umumnya hilang dalam 48

jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, namun dapat sedikit menonjol saat bayi menangis (WHO, 2013).

f) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis dan fasialis (Marmi, 2014).

g) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak 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 adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat mejadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014).

h) Mulut

Tidak ada bercak putih pada bibir dan mulut serta bayi akan menghisap kuat jari pemeriksa (WHO, 2013).

i) Dada

Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah yang dalam (WHO, 2013).

j) Perut

Perut bayi teraba datar dan teraba lemas. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau tidak enak pada tali pusat atau kemerahan di sekitar tali pusat (WHO, 2013).

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, 2014).

(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, 2014).

l) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014).

m) Kulit

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 dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua.

2) Pemeriksaan Penunjang

1) Refleksi melangkah

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014).

2) Refleksi menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014). Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui.

4) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya.

5) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014).

6) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014).

7) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas 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, 2014).

8) 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, 2014).

2. Diagnosa Kebidanan

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan. Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Depkes RI, 2010).

3. Perencanaan

Penanganan bayi baru lahir antara lain :

- a. Bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat.
- b. Pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD.
- c. Merikan vitamin K 1 mg.
- d. Lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata.

- e. Berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

Intervensi :

- a. Lakukan informed consent

R/informed consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindak lanjut

- b. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan

R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan infeksi

- c. Beri identitas

R/ identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari keliruan.

- d. Bungkus bayi dengan kain kering

R/ membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi

- e. Rawat tali pusat dan bungkus dengan kassa

R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

- f. Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

- g. Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ deteksi dini terhadap adanya komplikasi

- h. Anjurkan ibu untuk mengganti popok setelah basah terkena

BAK/BAB untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

R/ segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

- i. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60cc/kg/hari.

- j. Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (I. Kumalasari, 2015)

Masalah :

- 1) Resiko hipoglekemi

Tujuan : hipoglekemi tidak terjadi

Kriteria :

- a) Kadar gula dalam darah kurang lebih 45 mg/dl
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglekemi yaitu kejang, alergi, pernafasan tidak teratur, sianosis, pucat, menolak minum ASI, tangisan lemah.

Intervensi (Nur Amellia, 2018) :

- a) Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor resiko

R/ bayi preterm, bayi ibu dari DM, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau bayi termasuk beresiko hipoglekemi

b) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglekemi
R/ tanda-tanda hipoglekemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

c) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang beresiko hipoglekemiR/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglekemi.

d) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran,

R/ bayi yang beresiko harus dikaji tidak lenih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Resiko hipotermi

Tujuan : hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

a) Suhu bayi $36,5-37^{\circ}\text{C}$

- b) Bayi menetek kat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160kali/menit, kulit lembab, turgor baik.

Intervensi (I. Kumalasari, 2015) :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila /kulit

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

- b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dari kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konvesi, radiasi, evaorasi

R/ konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda yang mempunyai suhu tubuh yng rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi dalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena pegapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena kelahiran, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- 3) Resiko ikterik

Tujuan : mencegah ikterik

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin tidak kurang dari 12,5 mg/dl
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kuning pada kulit, mukosa, sklera, dan urine.

Intervensi (Marmi, 2012) :

- a) Jemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit
R/ menjemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah ekstrasikan
- b) Mengkaji faktor-faktor resiko
R/ riwayat perinatal tentang imunisasi Rh, ABO, penggunaan aspirin pada ibu atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning, merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.
- c) Mengkaji tanda gejala ikterus
R/ pola penerimaan ASI yang buruk, alergi, gemetar, menangis kencang, tidak ada reflek moro merupakan tanda-tanda awal ikterus.
- d) Berikan ASI segera mungkin dan segera lanjutkan 2-4 jam

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin. Kebutuhan normalnya nutrisi terpenuhi akan mempermudah keluarnya mekonium.

4) Muntah dan gumoh

Tujuan : mencegah bayi muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : tidak muntah dan gumoh setelah minum dan bayi tidak rewel

Intervensi (Marmi, 2012) :

a) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel dan menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

b) Sendawakan bayi setelah menyusui

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk keperut bayi setelah menyusui.

5) Miliariasis

Tujuan : miliariasis teratasi

Kriteria : tidak terjadi gelembung-gelembung cairan diseluruh tubuh

Intervensi (Marmi, 2012) :

a) Hindari pemakaian bedak berulang tanpa mengiringkan

terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat mempengaruhi maliasisasi

b) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

c) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandikan dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

d) Bawa kedokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka, lecet, rewel dan sulit tidur

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

e) Bila keringat , seka tubuh sesering mungkin dengan hanaduk, lap kering.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar kringat

4. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi.

a. Bayi dapat menangis dengan kuat dan bergerak aktif

b. Bayi telah dikeringkan dengan handuk dan telah dilakukan IMD selama 1 jam.

- c. Tali pusat bayi telah dirawat dengan benar.
- d. Bayi telah dijaga kehangatannya dengan cara dibedong.
- e. Bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg, salep mata dan imunisasi Hb-0.



2.2.5 Konsep Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1. Data Subyektif

a. Identitas pasien

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian. Identitas pasien :

1) Nama

Dinyatakan dengan tujuan agar dapat mengenal pasien dan tidak keliru dengan nama pasien lain.

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko dilihat umur pasien

3) Agama

Untuk memberikan dukungan moril pada pasien.

4) Suku bangsa

Mempermudah dalam pelaksanaan asuhan kebidanan untuk mengetahui faktor pembawa atau rasa

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat yang nantinya penting dalam memberikan pendidikan kesehatan pasien sesuai dengan

tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuannya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat social ekonomi

7) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan.

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012) adalah :

- 1) Usia 20-35 tahun
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

c. Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, 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).

d) Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca salin insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui

penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontra indikasi KB IUD (Affandi, 2012).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

e) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

3) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda- tanda vital

Suntikan progesterin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/ 110 mmHg (Affandi, 2012). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna.

2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

b) Pemeriksaan fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi, 2012).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012). Terdapat benjolan/kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant. (Affandi et al., 2012)

4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

5) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012). 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).

6) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

B. Diagnosa kebidanan

P2A0 usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*,

perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik.

C. Perencanaan

Diagnosa : P2A0 usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Intervensi menurut Saifddin (2013) :

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/ meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
2. Tanyakan pada klien informasi mengenai dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
3. Uraikan kepada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, insikasi dan kontra indikasi
R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.
4. Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan klien.
5. Diskusikan pilihan klien dengan pasangan.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan kepada klien untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah :

1. 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, 2013) :

a. Kaji keluhan pusing pasien.

R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

b. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

c. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

2. Amenorhea

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2013) :

a. Kaji pengetahuan klien tentang amenorhea

R/ mengetahi tingkat pengetahuan pasien,

b. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan darah haid tdak terkumpul didalam rahim.

R/ ibu dapat merasakan tenang dengan keadaannya.

c. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehmilan dapat mempengaruhi kehailan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB.

3. Pendarahan bercak/spotting.

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak berkurang.

Intervensi menurut Affandi (2013) :

- a. Jelaskan bahwa perdarahan ringan terjadi di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah yang biasa tidak memerlukan pengobatan

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek samping menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting.

- b. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

R/ Klien mengerti dan memahami kontrasepsi yang akan digunakan.

4. Perdarahan pervagina hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan keadaannya

Intervensi menurut Affandi (2013) :

- a. Pastikandan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

b. Berikan klien terapi ibu profen (800 mg, 3 kali sehari selama satu minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)
R/ Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

c. Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

D. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.