BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

   Menurut Reece dan Hobbins kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan sesksual *(Coitus)* dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya *sel telur* dan *sel sperma* yang disebut sebagai pembuahan atau *fertilisasi* (Mandriwati, 2017). Menurut Federasi Obstetri Ginekoloigi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi* (Yulistiana, 2015). Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandungan didalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan (Manuaba, 2010). Kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemunya sel telur dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira kira 10 bulan kurang atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari, yang

dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir atau *last menstrual period (LMP)* (Bobak, Lowdermik, 2016).

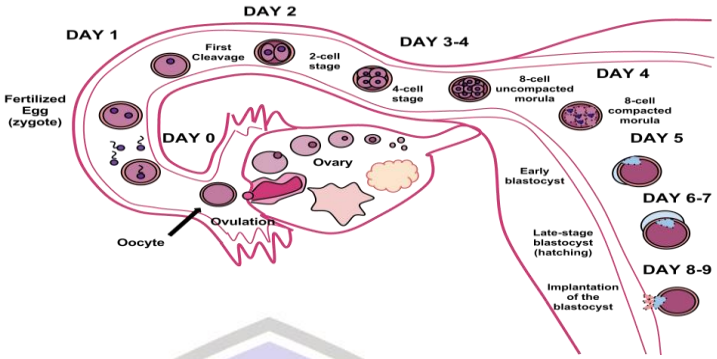
Kehamilan adalah suatu proses pembentukan janin yang dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin. Lama masa kehamilan aterm adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) ibu. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yang masing-masing dibagi dalam 13 minggu atau 3 bulan kalender (Munthe, 2019). Proses kehamilan merupakan manta rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, *migrasi Spermatozoa* dan *ovum*, konsepsi dan pertumbuhan *zigot*, nidasi (Implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Kehamilan merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman (Yuliana, 2015).

2. Fisiologi kehamilan

Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh *fimbriae* dan masuk kedalam ke rahim melalui saluran telur *(Tuba Fallopi)*, sel ini dapat bertahan hidup dalam kurun waktu 12-48 jam setelah *ovulasi*. Berbeda dengan wanita yang melepaskan satu sel telur

setiap bulan, hormon pria testis dapat terus bekerja untuk menghasilkan sperma. Saat melakukan hubungan seksual *cairan semen* tumpah ke dalam vagina dan berjuta-juta sel mani *(Sperma)* bergerak memasuki rongga rahim lalu ke sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma terjadi di *ampula* yang merupakan bagian dari saluran *tuba fallopi*. Disekitar sel telur, banyak sperma yang berkumpul dan mengeluarkan *ragi* untuk mencairkan zat yang melindungi yang melindungi ovum, kemudian masuklah satu sperma dan kemudian bersatu dengan sel telur, peristiwa ini disebut pembuahan (Konsepsi=Fertilisasi). Ovum yang sudah dibuahi kemudian membelah diri sambil bergerak ke rahim kemudian merekat pada mukosa rahim (dinding rahim), peristiwa ini disebut dengan nidasi (Imlantasi). Dari pembuahan sampai implantasi diperlukan waktu sekitar 6-7 hari. Untuk menyuplai darah dan zat zat makanan untuk janin, maka dipersiapkan plasenta. Jadi, dapat disimpulkan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum (sel telur), Spermatozoa (Sel mani), pembuahan (Konsepsi), Nidasi, dan plasentasi (Dartiwien, 2019).



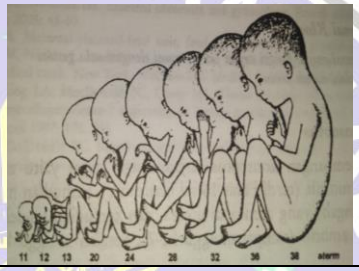
Gambar 2.1 Fertilitation & implantation
Sumber : (Dartiwien, 2019)

3. Pertumbuhan dan perkembangan Janin

A. Pertumbuhan dan perkembangan embrio

Sejak konsepsi perkembangan kosneptus menjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 26 sel blastomer), kemudian menjadi blastokis (terdapat cairan di tengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke-7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin. Konseptus adalah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringen embrio, korion, amnion, dan plasenta.

Tabel 2.1
Perkembangan fungsi organ janin

Usia gestasi	Organ
6	Pembentukan Hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari- jari telah berbentuk, namun masih tergenggam. 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, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium (feases) dalam usus. Jantung berdenyut 120-160/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak).
25-28	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : (Prawirohardjo, 2016).

4. Tanda dan gejala kehamilan

Secara Klinis, tanda-tanda kehamilan dapat dibagi dalam tiga kategori, yaitu tanda pasti, tanda tidak pasti, dan tanda kemungkinana hamil.

A. Tanda tidak pasti (Presumtif)

a. Amenorea (Terlambat datang bulan/Tidak mendapat haid)

Kehamilan menyebabkan dinding dalam uterus (Endometrium) tidak dilepaskan sehingga amenorhea atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Namun, hal ini tidak dapet dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorhea dapat juga terjad pada penyakit kronik, tumor-hipofise, perubahan faktor-faktor lingkungan, malnutrisi, dan yang paling sering adalah gangguan emosional terutama pada mereka yang ingin sekali hamil (*Pseudocyesis* atau hamil semu) (Dartiwien, 2019). Meskipun demikian, penting diketahui juga tanggal haid hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tanggal tuanya kehamilan dan perkiraan persalinan (Hani, Ummi Jiarti K, 2010).

b. Mual dan Muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum dari kehamilan. Dari rasa tidak enak sampai muntah yang

berkepanjangan, dalam kesehatan dikenal dengan istilah morning Sickness karena munculnya sering kali pada pagi hari. Mual muntah diperberat dengan oleh makanan yang baunya menusuk dan bisa juga dipengaruhi oleh emosi penderita yang tidak setabil. Mual dan Muntah ini dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan pengeluaran asam lambung berlebihan dan menimbulkan mual muntah. Akibat mual dan muntah ini nafsu makan menjadi berkurang. Dalam batas yang fisiologis hal ini dapat diatasi Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis (Kumalasari, 2015). Untuk mengatasinya, perlu diberi makanan yang ringan, mudah dicerna, dan menginformasikan bahwa keadaaan ini masih dalam batas normal orang hamil. Apabila berlebihan diberikan juga obat-obatan anti muntah (Dartiwien, 2019). Walaupun mual dan muntah merupakan salah satu tanda fisiologis wanita hamil, tidak semua mual dan muntah itu menandakan bahwa dirinya hamil.

c. Mengidam (ingin makan makanan khusus/tertentu)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan. Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu, terutama pada trimester pertama, akan

tetapi akan segera menghilang dengan makin tuanya usia kehamilan (Dartiwien, 2019).

d. Syncope (Pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan Sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Sering ingsan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan (Dartiwien, 2019).

e. Anoreksia (Tidak selera makan)

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi. Hendaknya pola dan porsi makan tetap dijaga, jangan sampai salah pengertian makan untuk "dua orang", sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan (Hani, Ummi Jiarti K, 2010).

f. Mastodinia

Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan oleh payudara yang membesar. Vaskularisasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena

pengaruh hormon esterogen dan progesteron (Dartiwien, 2019).

g. Quickening

Quickening adalah presepsi gerakan janin pertama biasanya didasari pada kehamilan 16-20 minggu.

h. Sering Buang Air Kencing (Miksi)

Frekuensi kencing bertambah dan biasanya pada malam hari disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke cranial. Hal ini terjadi pada trimester kedua, keluhan ini akan hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, gejala timbul kembali karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kemih. .

i. Konstipasi

Konstipasi ini terjadi karena efek relaksasi hormon progesteron atau dapat juga karena perubahan pola makan. Konstipasi ini juga terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh hormon steroid.

j. Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun serta mual dan muntah. Pada bulan selanjutnya, berat badan akan selalu

meningkat sampai stabil menjelang aterm (Dartiwien, 2019).

k. Perubahan Warna Kulit

Perubahan warna kulit pada ibu hamil terjadi pada kehmilan 12 minggu ke atas (Hani, Ummi Jiarti K, 2010). Perubahan ini antara lain cloasma, yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada pipi. Pada daerah *areola* dan puting susu warnanya menjadi lebih hitam. Daerah leher juga menjadi lebih hitam. Perubahan ini disebabkan oleh stimulasi melanocyte Stimulating Hormone (MSH). Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut Striae Gravidarum, yaitu perubahan warna seperti jaringan parut (Dartiwien, 2019). Ada juga linea alba di garis tengah abdomen menjadi lebih hitam (Linea Nigra). Pigmentasi ini terjadi karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanfor dan kulit (Hani, Ummi Jiarti K, 2010).

l. Perubahan payudara

Pembesaran payudara sering dikaitkan dengan terjadinya kehmilan, akan tetapi hal ini bukan merupakan petunjuk pasti karena kondisi serupa dapat terjadi pada penggunaan kontrasepsi hormonal, penderita tumor otak,

atau ovarium, penggunaan rutin obat penenang dan penderita hamil semu (psedocyesis). Hal ini sebagai akibat stimulasi prolaktin dan Human Placental Lactogen (hPL). Payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu. Pengaruh estrogen–progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Kumalasari, 2015). Selain itu, perubahan lain seperti pigmentasi, puting susu, sekresi kolostrum dan pembesaran vena yang semakin bertambah seiring perkembangan kehamilan.

m. Lelah (Ftique)

Kondisi lelah disebabkan oleh menurunnya Basal Metabolik Rate (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktivitas metabolik janin sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, makaakan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar.

n. Varises

Varises sering dijumpai pada kehamilan lanjut yaitu trimester ketiga, varises ini terdapat pada daerah genetalia eksterna, kaki, dan betis. Pada multigravida

terkadang varises dapat ditemukan pada kehamilan yang lalu, timbul kembali pada trimester pertama. Terkadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda.

o. Epulis

Epulis adalah suatu Hipertrofi pspills ginggivae. Hal ini sering terjadi pada trimester pertama (Dartiwien, 2019).

B. Tanda Kemungkinan Kehamilan (Dugaan Hamil)

a. Pembesaran rahim/perut

Rahim membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan 5 bulan, karena janin besar secara otomatis rahim pun membesar dan bertempat di rongga perut. Tetapi perlu di perhatikan pembesaran perut belum jadi tanda pasti kehamilan, kemungkinan lain disebabkan oleh mioma, tumor, atau kista ova\rium.

b. Perubahan Bentuk dan Konsistensi Rahim

Perubahan dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam, rahim membesar dan makin bundar, terkadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh atau biasa disebut tanda *Piscasek.*

c. Perubahan Pada Bibir Rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam, hasilnya akan teraba keras seperti meraba ujung

hidung, dan bibir rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga

d. Suhu basal

Suhu basal yang sesudah ovulasi tetap tinggi terus antara 37,2˚C-38˚C adalah salah satu tanda akana dnaya kehamilan (Dartiwien, 2019).

e. Tanda Hegar dan Goodells

Tanda hegar yaitu melunaknya isthmus uteri (daerah yang mempertemukan leher rahim dan badan rahim) karena selama masa hamil, dinding –dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis sehingga saat di lakukan pemeriksaan dalam akan teraba lunak dan terjadi antara usia 6-8 minggu kehamilan dan tanda goodells yaitu melunaknya serviks akibat pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga membuat serviks menjadi lebih lunak (Kumalasari, 2015).

f. Tanda Chadwick

Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividea). Tanda-tanda ini disebut dengan tanda chadwick. Warna portio tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genetalia interna akan membesar, hal ini karena

oksigenasi dan nutrisi meningkat (Dartiwien, 2019). Tanda ini tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti, karena pada kelainan rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai pertumbuhan tumor.

g. Adanya Ballotement

Ballotement adalah pantulan yang terjadi saat jari telunjuk pemeriksa mengetuk janin yang mengapung dalam uterus, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali keposisinya semula/bergerak bebas. Pantulan dapat terjadi sekitasr usia 4-5 bulan, tetapi ballotement tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti kehamilan, karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam kandungan ibu (Kumalasari, 2015).

h. Tanda Mc Donald

Fundus uteri dan serviks bisa dengan mudah difleksikan satu sama lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan itshmus (Dartiwien, 2019).

i. Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi rahim yang tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamilan. Pada waktu pemeriksaan dalam, terlihat rahim yang lunak seakan menjadi keras karena berkontraksi (Kumalasari, 2015).

j. Reaksi tes biologis kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonandotropin (hCG)* pada kehamilan muda adalah air seni pertama pada pagi hari. Dengan adanya tes ini, dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

C. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti kehamilan adalah kondisi yang mengindikasikan adanya kehamilan atau janin yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa. Indikator pasti hamil adalah penemuan keberadaan janin secara jelas dan hal ini tidak dapat dijelaskan dengan kondisi kesehatan yang lain.

a. Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengarkan dengan stetoskop Laennec stetoskop Pinard pada minggu ke 17-18. Serta dapat didengarkan dengan stetoskop ultrasonik (Doppler) sekitar minggu ke 12. Auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi lain yang meyertai seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

b. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, akan tetapi baru dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 18-20 minggu. Pasalnya, pada usia kehamilan tersebut ibu ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Gerakan pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut quickening atau yang sering disebut dengan kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan,akan tetapi hal ini sering keliru dengan gerakan usus akibat perpindahan gas di dalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian janin dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu.

c. Terlihat bagian-bagian pada pemeriksaan USG

Pada ibu yang diyakini dalam kondisi hamil, maka dalam pemeriksaan USG terlihat adanya gambaran janin. USG memungkinkan untuk mendeteksi jantung kehamilan (Gestasional sac) pada minggu ke-5 hingga ke-7. Pergerakan jantung biasanya terlihat pada 42 hari setelah konsepsi yang normal atau sekitar minggu ke-8. Melalui pemeriksaan USG dapat diketahui juga panjang janin,

kepala dan bokong serta merupakan metode yang akurat dalam menentukan usia kehamilan (Dartiwien, 2019).

5. Perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu hamil

Banyak perubahan-perubahan yang terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan. Berikut beberapa perubahan anatomi dan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil, diantaranya:

A. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus/rahim

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalianan. Uterus memiliki kemampuan untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Perubahan pada uterus ini disebabkan oleh :

1) Peningkatan *vaskularisasi* dan dilatasi pembuluh darah
2) *Hipertrofi* dan *hiperplasia* (pertumbuhan dan perkembangan jaringan abnormal) yang meyebabkan otot-otot rahim menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

3) Perkembangan desidua atau sel-sel selaput lendir rahim selama hamil.

Ukuran uterus sebelum hamil sekitar 8 x 5 x 3 cm dengan berat 50 gram. Uterus bertambah berat sekitar 70-1.100 gram selama kehamilan dengan ukuran uterus saat umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas >4.000 cc. Pada perubahan posisi uterus di bulan 32 pertama berbentuk seperti alpukat, empat bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Pada rahim yang normal/ tidak hamil sebesar telur ayam, umur dua bulan kehamilan sebesar telur bebek, dan umur tiga bulan kehamilan sebesar telur angsa (Kumalasari, 2015).

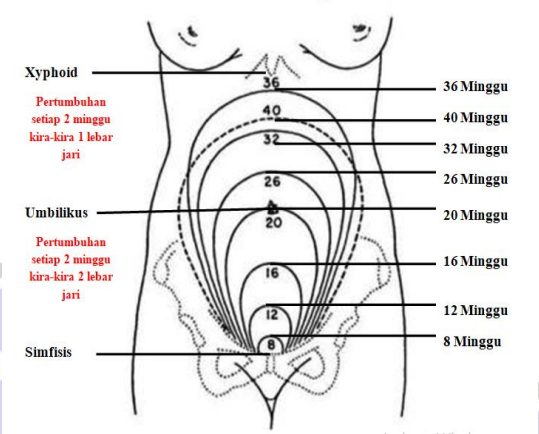
Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon esterogen dan sedikit oleh hormon progesteron. Hal ini dapat dilihat dengan perubahan uterus pada awal kehamilan mirip dengan kehmailan ektopik. Akan tetapi, setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari hasil konsepsi. Pada awal kehamilan tuba fallopi, ovarium, dan ligamentum rotundum berada sedikit dibawah apeks fundus, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit diatas pertengahan uterus. Posisi plasenta juga akan mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana

bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta kana bertambah besar lebih cepat dibandingkan dengan lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata. Fenomena ini disebut sebagai tanda piscaseck.

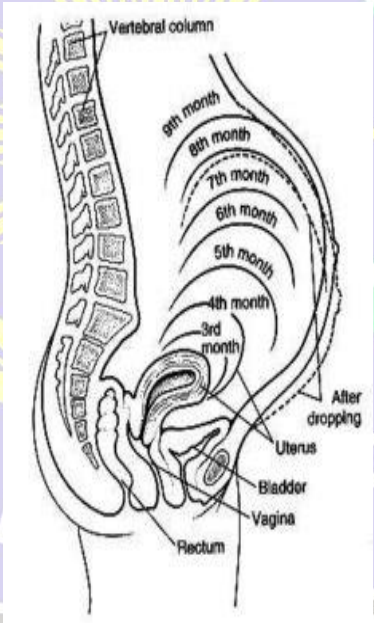
Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menajadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan dengan lebarnya sehingga akan membentuk oval. Itsmus uteri pada minggu pertama akan mengalami hipertrofi seperti corpus uteri yang mengakibatkan itsmus menjadi lebih panjang dan lebih lunak yang disebut sebagai tanda hegar.

Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Pada triwulan akhir ismus akan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis.

Batas antara segmen atas yang tebal dengan segmen bawah yang tipis disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis.



Gambar 2.2 Tinggi Fundus Uteri berdasarkan usia kehamilan
Sumber : (Prawirohardjo, 2016)



Gambar 2.3 Pembesaran uterus dan TFU
Sumber : (Prawirohardjo, 2016)

Tabel 2.2
Tfu berdasarkan usia kehamilan

Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan
1. 22-28 Minggu : 24-25 cm di atas simfisis 2. 28 Minggu : 26,7 cm di atas simfisis 3. 30 Minggu : 29,5-30 cm di atas simfisis 4. 32 Minggu : 29,5-30 cm di atas simfisis 5. 34 Minggu : 31 cm di atas simfisis 6. 36 Minggu : 32 cm di atas simfisis 7. 38 Minggu : 33 cm di atas simfisis 8. 40 Minggu : 37,7 cm di atas simfisis
UK 12 minggu : fundus dapat teraba 1-2 jari di atas simpisis UK 16 minggu : fundus dapat teraba di antara simpisis dan pusat UK 20 minggu : fundus dapat teraba 3 jari di bawah pusat UK 24 minggu : fundus dapat teraba tepat di pusat UK 28 minggu : fundus dapat teraba 3 jari di atas pusat UK 32 minggu : fundus dapat teraba di pertengahan antara Prosesus Xipoideus dan pusat UK 36 minggu : fundus dapat teraba 3 jari di bawah Prosesus Xipoideus UK 40 minggu : fundus dapat teraba di pertengahan antara Prosesus Xipoideus dan pusat

Sumber : (abdul bari Saifuddin, 2011)

b. Serviks

Akibat pengaruh hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami penigkatan vaskularisasi dan oedm karena meningkatnya suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (Goodel) dan berwarna kebiruan (Chadwick) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan

Perubahan serviks terutama terdiri dari jaringan fibrosa. Glandula servikalis mensekresikan lebih banyak plak mukus yang akan menutupi kanalis servikalis dan untuk memperkecil resiko infeksi genital yang meluas keatas. Menjelang akhir kehamilan kadar hormon relaksin memberikan pengaruh kandungan kolagen pada s/derviks.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya ada satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium sampai terbentuknya plasenta pada kehamilan 16 minggu. Folikel ini akan berfungsi selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

Pada awal ovulasi ditemukan hormon relaxing – suatu immunoreaktif inhibin dalam sirkulasi maternal. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Dartiwien, 2019).

d. Vagina dan vulva

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit, otot-otot perinium, dan vulva. Sehingga vagina akan terlihat berwarna keungu-unguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Hal ini terjadi karona adanya peningkatan volume sekresi vagina, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari lactobacillus acidophilus.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinana dengan meningkatnua ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ika t, dan hipertrofi sel oto polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Prawirohardjo, 2016).

B. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena bawah kulit akan terlihat. Puting payudara akan membesar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama kehamilan cairan kekuningan dari payudara yang disebut dengan kolostrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan tapi air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone (Prawirohardjo, 2016).

Perubahan pada payudara yang membawa keepada fungsi laktasi disebabkan oleh peningkatan kadar esterogen, progesteron, laktogen plasental dan prolaktin. Stimulasi hormonal ini menimbulakan proliferasi jaringan, dilatasi pembuluh darah dan perubahan sekretorik pada payudara. Payudara terus tumbuh pada sepanjang kehamilan dan ukuran beratnya meningkat hingga mencapai 500 gram untuk masing-masing payudara (Dartiwien, 2019).

C. Sistem sirkulasi darah (Kardiovaskular)

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta. Volume plasma maternal mulai meningkat pada usia kehamilan 10 minggu. Perubahan rata-rata volume plasma maternal berkisar antara 20%-100%,

selain itu pada minggu kelima kardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi restensi vaskular sistemik. Selain itu juga terjadi peningkata denyut jantung (Dartiwien, 2019). Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasenta sehingga juga terjadi preload. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi alterial. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan esterogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer (Prawirohardjo, 2016).

Perubahan kardiovaskuler fisiologi pada kehamilan normal pada ibu hamil antara lain :

a. Retensi cairan, bertambahnya beban volume dan curah jantung
b. Terjadi hemodilusi sehingga menyebabkan anemia relative, hemoglobin turun sampai 10 %.
c. Akibat pengaruh hormon, tahanan perifer vaskular menurun
d. Tekanan darah sistolik maupun diastolik pada ibu hamil trimester I turun 5 sampai 10 mm Hg, hal ini kemungkinan disebabkan karena terjadinya vasodilatasi perifer akibat

perubahan hormonal pada kehamilan.Tekanan darah akan kembali normal pada trimester III kehamilan.

e. Curah jantung bertambah 30-50%, maksimal akhir trimester I, menetap sampai akhir kehamilan
f. Volume darah maternal keseluruhan bertambah sampai 50%
g. Trimester kedua denyut jantung meningkat 10-15 kali permenit, dapat juga timbul palpitasi.
h. Volume plasma bertambah lebih cepat pada awal kehamilan, kemudian bertambah secara perlahan sampai akhir kehamilan (Tyastuti, 2016).

D. Sistem pernapasan (Respirasi)

Kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Janin membutuhkan oksigen dan juga membutuhkan proses pengeluaran karbondiksida. Wanita hamil bernafas lebih dalam tetapi frekuensi napasnya hanya sedikit meningkat. Ibu hamil mengalami hiperventilasi kehamilan yaitu peningkatan volume nafas satu menit sekitar 26%. Hal tersebut menyebabkan konsentrasi CO2 di alveoli menurun. Karena adanya penurunan konsentrasi CO2 seorang wnaita hamil sering mengeluhkan sesak nafas sehingga meningkatkan usaha

untuk bernafas. Hal itu juga dipengaruhi oleh desakan rahim yang memebesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak (Dartiwien, 2019).

E. Sistem Endokrin

a. Progesteron

Pada awal kehamilan hormon progesteron dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon ini meningkat selama hamil dan menjelang persalinan mengalami penurunan. Produksi maksimum diperkirakan 250 mg/hari.

Aktivitas progesterone diperkirakan :

1) Menurunkan tonus otot polos:
   a) Motilitas lambung terhambat sehingga terjadi mual
   b) Aktivitas kolon menurun sehingga pengosongan berjalan lambat, menyebabkan reabsorbsi air meningkat, akibatnya ibu hamil mengalami konstipasi.
   c) Tonus otot menurun sehingga menyebabkan aktivitas menurun.
   d) Tonus vesica urinaria dan ureter menurun menyebabkan terjadi statis urine.
2) Menurunkan tonus vaskuler: menyebabkan tekanan diastolic menurun sehingga terjadi dilatasi vena.

3) Meningkatkan suhu tubuh
4) Meningkatkan cadangan lemak
5) Memicu over breathing : tekanan CO2 (Pa CO2) arterial dan alveolar menurun.
6) Memicu perkembangan payudara

b. Esterogen

Pada awal kehamilan sumber utama estrogen adalah Ovarium. Selanjutnya *estrone* dan *estradiol* dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat beratus kali lipat, output estrogen maksimum 30–40 mg/hari.Kadar terus meningkat menjelang aterm.

Aktivitas estrogen adalah :

1) Memicu pertumbuhan dan pengendalian fungsi uterus
2) Bersama dengan progesterone memicu pertumbuhan payudara
3) Merubah konsitusi kimiawi jaringan ikat sehingga lebih lentur dan menyebabkan servik elastic, kapsul persendian melunak, mobilitas persendian meningkat.
4) Retensi air
5) Menurunkan sekresi natrium.

c. Kortisol

Kortisol secara simultan merangsang peningkatan produksi insulin dan meningkatkan resistensi perifer ibu

pada insulin, misalnya jaringan tidak bisa menggunakan insulin, hal ini mengakibatkan tubuh ibu hamil membutuhkan lebih banyak insulin. Sel- sel beta normalpulau Langerhans pada pankreas dapat memenuhi kebutuhan insulin pada ibu hamil yang secara terus menerustetap meningkat sampai aterm. Ada sebagian ibu hamil mengalami peningkatan gula darah hal ini dapat disebabkan karena resistensi perifer ibu hamil pada insulin.

d. Human Chorionic Gonandotropin (HCG)

Pada hamil muda hormon ini diproduksi oleh trofoblas dan selanjutnya dihasilkan oleh plasenta. HCG dapat untuk mendeteksi kehamilan dengandarah ibu hamil pada 11 hari setelah pembuahan dan mendeteksi pada urine ibu hamil pada 12–14 hari setelah kehamilan. Kandungan HCGpada ibu hamil mengalami puncaknya pada 8-11 minggu umur kehamilan. Kadar HCG tidak boleh dipakai untuk memastikan adanya kehamilan karena kadarnya bervariasi, sehingga dengan adanya kadar HCG yang meningkat bukan merupakan tanda pasti hamil tetapi merupakan tanda kemungkinan hamil.

e. Human Placental Lactogen

Kadar HPL atau Chorionic somatotropin ini terus meningkat seiring dengan pertumbuhan plasenta selama kehamilan.Hormon ini mempunyai efek laktogenik dan antagonis insulin. HPL juga bersifat diabetogenik sehingga menyebabkan kebutuhan insulin pada wanita hamil meningkat.

f. Relaxin

Dihasilkan oleh corpus luteum, dapat dideteksi selama kehamilan, kadar tertinggi dicapai pada trimester pertama. Peran fisiologis belum jelas, diduga berperan penting dalam maturasi servik.

g. Hormon Hipofisis

Terjadi penekanan kadar FSH dan LH maternal selama kehamilan, namun kadar prolaktin meningkat yang berfungsi untuk menghasilkan kholostrum. Pada saat persalinan setelah plasenta lahir maka kadar prolaktin menurun, penurunan ini berlangsung terus sampai pada saat ibu menyusui. Pada saat ibu menyusui prolaktin dapat dihasilkan dengan rangsangan pada puting pada saat bayi mengisap puting susu ibu untuk memproduksi ASI.

F. Sistem intergumen

Perubahan keseimbangan hormon dan peregangan mekanis menyebabkan timbulnya beberapa perubahan dalam sistem integumen selama masa kehamilan. Perubahan yang umum terjadi adalah peningkatan ketebalan kulit dan lemak sub dermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan kelenjar keringat dan kelenjar sebasea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas. Jaringan elastis kulit mudah pecah dan menyebabkan striae gravidarum (Dartiwien, 2019).

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan dengan nama striae gravidarum. Pada multipara selain striae gravidarum seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dan strie sebelumnya.

Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Pada wajah dan leher juga mengalami perubahan warna yang dinamakan dengan cloasma gravidarum. Selain itu, pada areola dan area genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau berkurang setelah

persalinan. Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui (Prawirohardjo, 2016).

G. Sistem muskuluskeletal

Bentuk tubuh ibu hamil berubah secara bertahap menyesuaikan penambahan berat ibu hamil dan semakin besarnya janin, menyebabkan posturdan cara berjalan ibu hamil berubah. ibu hamil hiperlordosis sehingga menyebabkan rasa cepat lelah dan sakit pada punggung. Postur tubuh hiperlordosis dapat terjadi karena ibu hamil memakai alas kaki terlalu tinggi sehingga memaksa tubuh untuk menyesuaikan maka sebaiknya ibu hamil supaya memakai alas kaki yang tipis dan tidak licin, selain untuk kenyamanan juga mencegah terjadi kecelakaan atau jatuh terpeleset.

Peningkatan hormon seks steroid yang bersirkulasi mengakibatkan terjadinya jaringan ikat dan jaringan kolagen mengalami perlunakan dan elastisitas berlebihan sehingga mobiditas sendi panggul mengalami peningkatan dan relaksasi. Otot dinding perut meregang menyebabkan tonus otot berkurang. Pada kehamilan trimester III otot rektus abdominus memisah mengakibatkan isi perut menonjol di garis tengah tubuh,umbilikalis menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan tonus otot secara bertahap

kembali tetapi pemisahan otot rekti abdominalis tetap (Tyastuti, 2016).

H. Sistem perkemihan

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30%-50% atau lebih, serta pembesaran uterus yang menekan kandung kemih menyebabkan sering berkemih (Sunarti. 2013: 48). Selain itu terjadinya hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah. Faktor penekanan dan meningkatnya pembentukan air seni inilah yang menyebabkan meningkatnya beberapa hormon yang dihasilkan yaitu hormoekuensi berkemih. Gejala ini akan menghilang pada trimester 3 kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini akan muncul kembali karena turunya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih.

I. Sistem pencernaan

Perubahan pada sistem gasrointestinal tidak lain adalah pengaruh dari faktor hormonal selama kehamilan. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh yang dapat meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (peristaltik) berkurang dan bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari uterus yang membesar sehingga

pada ibu hamil terutama pada kehamilan trimester 3 sering mengeluh konstipasi/sembelit.

Selain itu adanya pengaruh esterogen yang tinggi menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat dan sekresi kelenjar air liur (saliva) juga meningkat karena menjadi lebih asam dan lebih banyak. Menyebabkan daerah lambung terasa panas bahkan hingga dada atau sering disebut heartburn yaitu kondisi dimana makanan terlalu lama berada dilambung karena relaksasi spingter ani di kerongkongan bawah yang memungkinkan isi lambung kembali ke kerongkongan (Kumalasari, 2015).

Keadaan lain menimbulkan rasa mual dan pusing /sakit kepala pada ibu terutama di pagi hari (morning sickness) jika disertai muntah yang berlebihan hingga mengganggu aktivitas ibu sehari-hari disebut : Hyperemesis gravidarum (Sunarti, 2013).

J. Sistem metabolisme

Basal Metabolic Rate (BMR) meningkatsampai 15% sampai 20 % pada akhir kehamilan,terjadi juga hiper trofitiroid sehingga kelenjar tyroid terlihat jelas pada ibu hamil. BMR akan kembali seperti sebelum hamil pada hari ke 5 atau ke 6 setelah persalinan. Peningkatan BMR menunjukkan adanya peningkatan kebutuhan oksigen. Vasodilatasi perifer dan

percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan panas akibat peningkatan metabolisme selama hamil.

Pembatasan karbohidrat pada ibu hamil tidak dibenarkan karena dikawatirkan akan mengakibatkan gangguan pada kehamilan,baik kesehatan ibu hamil maupun perkembangan janin. Ibu hamil muslim yang menginginkan puasa pada bulan Romadhon supaya konsultasi dengan tenaga kesehatan. Ibu hamil trimester III sebaiknya tidak berpuasa karena dapat mengakibatkan dehidrasi atau malnutrisi pada janin. Ibu hamil puasa selama 12 jam dapat mengakibatkan hipoglikemia dan produksi keton dalam tubuh dengan gejala lemah, mual dan dehidrasi sampai dapat mengakibatkan gagal ginjal. Kebutuhan protein 1 gram/kgBB/hari untuk menunjang pertumbuhan janin, diperlukan juga untuk pertumbuhan badan, kandungan dan payudara. Protein juga diperlukan untuk disimpan dan dikeluarkan pada saat laktasi. Hormon somatomammotropin mempunyai peranan untuk pembentukan lemak dan payudara. Lemak disimpan juga pada paha, badan dan lengan ibu hamil. Kadar kolesterol plasma meningkat sampai 300 g/100m (Tyastuti, 2016).

K. Sistem persyarafan

Perubahan sistem neurologi juga terjadi pada masa kehamilan. Selain perubahan dari neurohormonal hipotalami-hipofisis,

perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat timbul gejala-gelaja neurologi dan neuromuscular adalah sebagai berikut :

a. Kompresi syaraf panggul atau statis vascular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori tungkai bawah.
b. Lordosis dorso lumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf.
c. Edema yang melibatkan syaraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama terimester akhir kehamilan. Edema menekan syaraf median bagian bawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai oleh parethesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem syaraf sensori. Dan nyeri pada tangan yang menjalar kesiku.
d. Akroestesia (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen fleksus drkaialis.
e. Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan , letih , bahkaan pingsan (Sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan karena ketidaksetabilan vasomotor, hipotensi postural atau hipoglikemi.

f. Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot (Dartiwien, 2019).

L. Berat badan dan indeks masa tubuh

Peningkatan BB selama hamil mempunyai kontribusi penting dalam suksesnya kehamilan. Sebagian penambahan BB ibu hamil disimpan dalam bentuk lemak untuk cadangan makanan janin pada trimester terakhir dan sebagai sumber energi pada awal masa menyusui. Berat badan wnaita hamil akan mengalami kenaikan sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan terlalu banyak ditemukan pada kasus preeklamsi dan eklamsi. Kenaikan berat badan ini disebabkan oleh janin, plasenta, air ketuban, uterus, payudara, kenaikan volume darah, protein dan retensi urin.

Indeks massa Tubuh (Body Mass Index, BMI) mengidentifikasi jumlah jaringan adiposa berdasarkan hubungan tinggi badan terhadap berat badan. IMT ini digunakan untuk menentukan kesesuaian berat badan wanita. Wanita hamil memiliki kondisi yang sangat rapuh, sangat takut akan kematian baik terhadap dirinya sendiri maupun bayinya (Suryati Romauli, 2011).

$$\text{BMI} : \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi badan (m)2}}$$

Tabel 2.3
BMI pada wanita

BMI	**Status**
< 18,5	Berat badan kurang
18,5 – 24,9	Normal untuk sebagian besar perempuan
25 – 29,5	Berat badan berlebih
30 – 34,9	Obesitas I
35 – 39,9	Obesitas II
≥ 40	Obesitas berat

Sumber : (Dartiwien, 2019)

Tabel 2.4
Perhitungan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	**IMT**	**Rekomendasi**
Rendah	<19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 - 6
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥7
Gameli		16 – 20,5

Sumber : (Walyani, 2015)

6. Perubahan dan adaptasi psikologis pada masa kehamilan

Kehamilan dianggap sebagai masa kritis yang di akhiri dengan kelahiran bayi. Selama kehamilan banyak ibu yang mengalami perubahan psikologis dan emosional. Perubahan psikologis dan emosional ini berhubungan dengan perubahan biologis yang dialami ibu selama kehamilan. Emosi ibu cenderung labil, reaksi yang ditunjukkan terhadap kehamilan dapat saja berlebihan dan mudah berubah (Dartiwien, 2019). Ibu hamil lebih terbuka terhadap dirinya sendiri dan suka berbagi pengalaman dengan orang lain.

A. Perubahan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester I

Kehamilan mengakibatkan banyak perubahan dan adaptasi pada ibu hamil dan pasangan. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini kurang lebih 80% ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi teruma hal itu serign kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan.

Namun, berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks.

Trimester pertaama adalah saat yang spesial karena seorang ibu akan menyadari kehamilannya. Seorang ibu akan mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil, segara perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hal tersebut juga kana menyebabkan ketakutan dan memunculkan fantasi selama kehamilan, khususnya tentang perubahan pada tubuhnya. Mereka khawatir terhadap perubahan fisik dan psikologisnya.

Jika ibu hamil multigravida, kecemasan berbuhungan dengan pengalaman yang lalu (Dartiwien, 2019).

B. Perubahan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester II

Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase praquickening (sebelum adanya gerakan janin) dan pasca-quickening (setelah adanya gerakan janin). Menjelang akhir trimester pertama dan selama fase pra-quickening ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Dengan timbulnya quickening, sejumlah perubahan karena kehamilan telah jelas dalam pikirannya. Kontak sosialnya berubah, ibu hamil lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil atau ibu baru lainnya, minat serta aktivitasnya berfokus pada kehamilan, cara membesarkan anak dan persiapan untuk menerima peran baru. Sebagain besar ibu hamil merasa lebih erotis selama trimester II, kurang lebih 80% ibu hamil mengalami kemajuan yang nyata dalam buhungan seksual mereka dibanding dengan trimester pertama dan sebelum hamil. Trimester kedua reelatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik dan ukuran perut wanita juga belum menjadi masalah besar. Lubrikasi vagina

semakin banyak, kecemasan, kekhawatiran, dan masalah-masalah yang sebelumnya menimbulkan abivalensi pada ibu hamil tersebut sudah mereda. Pada trimester ini ibu hamil juga mengalami perubahan dari yang biasanya menuntut kasih sayang dari ibunya menjadi seseorang yang mencari kasih sayang dari pasangannya (Dartiwien, 2019).

C. Perubahan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai mahluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, R. Nety, Ira Kartika, 2016).

Persiapan yang aktif biasanya dilakukan dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua, sementara perhatian wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Ibu hamil menjadi lebih protektif terhadap bayi, mulai menghindari keramaian atau apapun yang dianggapnya

membahyakan keshetannya maupun bayinya. Semua terfokus pada persiapan kelahirssan dan pada persiapan perawatan bayi.

Rasa cemas dan takut akan proses persalinan dan kelahiran meningkat. Ibu hamil memikirkan bagaimana tentang kondisi bayinya lengkap organnya tau tidak, kemampuan saat melahirkan. Sehingga ibu hamil menyibukkan diri agar tidak memikirkan hal-hal lain yang tidak ditehuinya (Dartiwien, 2019).

7. Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahap perkembangannya

Kebutuhan dasar ibu hamil menurut (Dartiwien, 2019) adalah sebagai berikut :

A. Kebutuhan fisik ibu hamil

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat 20% dibandingkan dengan tidak hamil. Pada trimester III biasanya ibu sudah mulai sesak nafas karena tertekannya diafragma oleh pembesaran uterus

b. Nutrisi

Dalam kehamilan, kebutuhan zat gizi meningkat. Selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sebanyak 80.000 kkal, sehingga dibutuhkan penambahan kalori

sebanyak 300 kkal/hari. Kebutuhan nutrisi tersebut adalah : metabolisme basal, karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin, dan air.

c. Personal hygiene

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan ibu hamil terutama pada perawatan kulit. Pasalnya pada saat kehamilan fungsi ekskresi keringat meningkat.

d. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus longgar, bersih, tidak ada ikatan yang ketat pada bagain perut. selain itu ibu hamil juga harus menggunakan bra yang menyokong payudara dan tidak menggunakan sepatu hak tinggi.

e. Eliminasi

Perempuan dianjurkan untuk melakukan *defekasi* secara teratur dengan mengkonsumi maknan tinggi serat seperti sayuran. Perawatan perinium dan vagina juga dilakukan setelah BAB/BAK dengan cara membersihkan perinium dan vagina dari depan ke belakang. Sering mengganti pakaian dalam.

f. Seksual

Hubungan seksual tidak dilarang selama kehamilan, kecuali pada keadaan tertentu, seperti : ada tanda tanda infeksi, sering terjadi abortus, terjadi perdarahan vagina

pada saat coitus, dan keluarnya air ketuban secara mendadak.

g. Mobilisasi / body mekanik

Wanita pada masa kehamilan boleh melakukan pekerjaan seperti biasannya dengan syarat pekerjaan tersebut ringan dan tidak menganggu kesehatan.

h. Istirahat

Kebutuhan istirahat ibu hamil sangat penting. Tidur malam ± 8 jam dan tidur siang ± 1 jam.

i. Imunisasi

Ibu hamil wajib mendapatkan suntik tetatus toksoid untuk melindungi bayi dari penyakit tetanus neonatoum.

j. Pekerjaan

Hindari pkerjaan yang membahayakan atau terlalu berat apalagi pekerjaan yang berkaitan atau berkenaan langsung dengan radiasi dan bahan kimia pada usia kehamilan muda.

k. Pemantauan kesehatan janin

Pemantauam kesejahteraan janin dapat dilakukan dengan : pengukuran TFU, gerakan janin, Amniocinteisi, USG, DJJ, *Non stress test (NST)*, *oxytosin challenge test (OCT).*

l. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persalinan.

Relaksasi selama kontraksi tersebut penting untuk mengurangi tekanan abdomen pada uterus dan ibu merasa lebih nyama. Teknik tersebut diantaranya adalah: *Effleurage, Deep back, firm counter pressure, abdominal lifting*.

B. Kebutuhan psikologis ibu hamil

Kebutuhan psikoligis menurut (Dartiwien, 2019) diantaranya adalah :

a. Trimester I

Pada periode ini terjadi pada perempuan yang sedang hamil (ibu hamil) trimester I. Ibu hamil akan merasa senang dengan kehamilannya atau malah sebaliknya. Pada trimester ini adalah trimester penyesuaian diri.

b. Trimester II

Periode ini sering disebut dengan periode sehat *(radian health)* ibu sudah bebas dari ketidaknyamanan. Pada periode ini ibu hamil sudah mulai menunggu kehadiran anaknya. Dengan adanya USG, gerakan janin, dan rahim yang semakin membesar sehingga menambah keyakinan kepada ibu hamil.

c. Trimester III

Periode ini sering disebut dengan periode menunggu dan waspada. Pada trimester III ibu sudah tidak sabar dengan kelahiran bayinya, dan selalu menunggu tanda-tanda persalinan. Selain itu ibu hamil juga merasa khawatir atau takut akan keberhasilan persalinannya dan tentang keadaan anaknya. Ibu merasa dirinya aneh, jelek, ketergantungan, malas, mudah tersinggung dan merasa menyulitkan.

8. Ketidaknyamaan dalam kehamilan

Menurut (Romauli, 2011) ketidaknyamanan dalam kehamilan adalah sebagai berikut :

A. Peningkatan frekuensi berkemih

Pada awal kehamilan terjadi miksi dan mulai menghilang pada kehaliman trimester II. Sering miksi muncul lagi pada trimester III yang disebabkan oleh turunnya bagian terendah janin sehingga menekan kandung kemih. Akibatnya frekuensi berkemih meningkat.

B. Sakit punggung atas dan bawah

Sakit punggung terjadi karena ada tekanan terhadap syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut diimbangi juga dengan lordosis yang berlebihan sikap ini dapat menimbulkan spasmus.

C. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas yang terjadi pada trimester III itu disebabkan oleh pembesaran uterus yang menekan diafragma.

D. Edema Dependen

Edema Dependen terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstrimitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang.

E. Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati ini mulai timbul menjelang trimester II dan bertahan hingga trimester III, penyebabnya adalah relaksi sfingter jantung dan lambung, penurunan motilitas gestasional, tidak ada ruang fungsional untuk lanmbung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus.

F. Kram tungkai

Kram tungkai terjadi karena asupan kalsisum yang kurang dan adanya ketidakseimbangan antara rasiodan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang

melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstrimitas bawah.

G. Konstipasi

Pada kehamilan trimester III, rahim semakin membesar dan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi.

H. Kesemutan dan baal jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari

I. Insomnia

Disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan.

9. Komplikasi dan tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan, jika tidak dilaporkan atau tidak segera terdeteksi dapat menyebabkan kematian pada ibu.

Tanda bahaya kehamilan menurut (Dartiwien, 2019) dibagi menjadi dua yaitu tanda bahaya kehamilan muda dan tanda bahaya pada kehamilan lanjut antara lain :

A. Tanda Bahaya Kehamilan Muda

1) Hyperemesis Gravidarum

Hyperemesis gravidarum adalah Mual muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sahari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi. Hyperemesis gravidarum dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu : tingkat I (ringan), tingkat II (sedang), tingkat III (Berat).

2) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik terganggu dan mola hidatidosa.

a) Abortus adalah berakhirnya kehamilan (oleh akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum ammpu hidup diluar kandungan. Abortus dibagi menjadi 7 yaitu :

(1) Abortus Imminens

(2) Abortus Insipiens

(3) Abortus inkomplit

(4) Abortus komplit

(5) Abortus tertunda (missed abortion)

(6) Abortus habitualis

(7) Abortus febrialis

b) Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi diluar rahim, misalnya tuba fallopi, ovarium, rongga perut, serviks . kehamilan ektopik dikatakan terganggu apabila berakhir dengan abortus atau rubture tuba.

c) Mola hidatidosa

Mola hidatidosa adalah kehamilan dimana setelah fertilisasi hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi menjadi proliferasi dari vili korialis disertai dengan degenerasi hidrofik. (Dartiwien, 2019).

3) Anemia

WHO menetapkan standar hemoglobin (Hb 11%) pada ibu hamil, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Depkes RI (2009) 56 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 Gravidarum

Hipertensi gravidarum adalah hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, ditemukan pada UK <20 minggu , atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pascapersalinan.

B. Tanda Bahaya Kehamilan Lanjut

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum atau haemorrhagia antepartum (HAP) adalah perdarahan dari jalan lahir dengan batas perdarahannya terjadi setelah usia kehamilan 22 minggu. Kalsifikasi perdarahan pada trimester III atau perdarahan kehamilan lanjut ini berhubungan dengan plasenta previa, solusio plasenta, perdarhaan pada plasenta letak rendah, pecahnya vasa previa.

2) Sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan

beristirahat. Biasanya berefek pada penglihatan yang berubah menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat pada kehmilan merupakan tanda atau gejala dari preeklamsia.

3) Penglihatan Kabur

   Penglihatan kabur adaalah masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa, adanya perubahan visual (penglihatan) yang mendadak. Misalnya : pandangan kabur dan berbayang.

4) Nyeri Perut Hebat

   Nyeri perut abdomen yang hebat berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri sekali, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, kadang-kadang disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir.

5) Bengkak Pada Muka dan Ekstremitas

   Oedema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh.

6) Muncul pembengkakan pada muka, tangan dan ekstremitas lainya,
7) Bengkak tidak hilang setelah beristirahat,
8) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya
9) Bayi kurang bergerak seperti biasa

10) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

Dapat diidentifikasikan dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinana infeksi dalam Rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan di tempat dengan fasilitas yang belum memadai

11) Demam Tinggi

Jika suhu ibu hamil berada pada > 38°C dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamlan

10. Asuhan Kehamilan Normal

Antenatal care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Dengan demikian, mampu menghadapi persalinan, kala nifas, pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar/ normal (Kumalasari, 2015). Tujuan asuhan kehamilan antara lain :

Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar, ibu hamil hendaknya sedikitnya melakukan enam kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu:

A. Dua kali kunjungan selama trimester 1 (< 14 minggu)
B. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)
C. Tiga kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke- 28-36 dan sesudah minggu ke-36).
D. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.

(Kemenkes RI, 2020)

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil secara terpadu dengan program lain yang memerlukan intervensi selama kehamilannya (Kemenkes RI, 2010).

Pelayanan antenatal terpadu adalah perawatan yang ditujukan kepada ibu hamil, yang bukan saja ibu sakit dan memerlukan perawatan, tetapi juga pengawasan dan penjaga wanita hamil agar tidak terjadi kelainan sehingga mendapatkan ibu dan anak yang sehat. Pelayanan antenatal terpadu ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin (Kemenkes RI, 2010)

Tujuan pelayanan antenatal terpadu adalah pengawasan kehamilan untuk mendapatkan hal sebagai berikut: menegakan secara dini penyakit yang mengenai kehamilan, menegakan secara dini komplikasi kehamilan, menyiapkan persalinan menuju wellborn

baby dan well health mother, mempersiapkan memelihara bayi (Kemenkes RI, 2010).

Tempat pelaksanaan anc terpadu dapat dilaksanakan di puskesmas ataupun di rumah sakit. Anc terpadu dapat dilakukan secara rutin dan dilakukan sesuai indikasi. Standar pelayanan antenatal terpadu 10 T :

A. Timbang berat badan

   Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

B. Ukur lingkar lengan atas (LiLA).

   Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK).

C. Ukur tekanan darah

   Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

D. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan

E. Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

F. Tentukan presentasi janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

G. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuai dengan status imunisasi ibu saat ini.

H. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

I. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan Hb, golongan darah, tes malaria , gula darah, tes HIV/AIDS, tes sifilis, tes BTA, dan tes urin yang meliputi protein urin dan glukosa urin.

J. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

(Kemenkes RI, 2010).

Tabel 2.5
Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III	Keterangan
1	Keadaan Umum	✓	✓	✓	Rutin
2	Suhu tubuh	✓	✓	✓	Rutin
3	Tekanan darah	✓	✓	✓	Rutin
4	Berat badan	✓	✓	✓	Rutin
6	LILA	✓			Rutin
7	TFU		✓	✓	Rutin
8	Presentasi Janin		✓	✓	Rutin
9	DJJ		✓	✓	Rutin
10	Pemeriksaan Hb	✓		✓	Rutin
11	Golongan darah	✓			Rutin
12	Protein urin	*	*	*	Atas indikasi
13	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
14	Darah Malaria	*	*	*	Atas indikasi
15	BTA	*	*	*	Atas indikasi
16	Darah Sifilis	*	*	*	Atas indikasi
17	Serologi HIV	*	*	*	Atas indikasi
18	USG	*	*	*	Atas indikasi

Sumber : (Kemenkes RI, 2010)

11. Kartu Skor Pudji Rochyati

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 tekologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

Fungsi dari KSPR adalah:

A. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
B. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
C. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
D. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
E. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
F. 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:

A. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
B. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
C. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah). (Dartiwien, 2019).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Marmi, 2012).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri, 2012).

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan prematur atau postmatur), mempunyai onset yang

spontan (tidak diinduksi), setelah 4 jam dan sebelum 4 jam sejak saat dimulainya persaliann, mempunyai janin tunggal dan dengan presentase puncak kepala, terlaksana tanpa bantuan artificial, tidak mencangkup komplikasi, plasenta lahir normal (Walyani, Siwi Elisabeth, 2016).

2. Jenis – jenis persalinan

A Menurut cara persalinan

a Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

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.

B Menurut Usia Kehamilan Berat Badan Bayi

a Abortus (keguguran) adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.

b Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur ; berat janin antara 1.000-2.499 gram

c Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37- 40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.

d Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur atau pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

C Menurut Lamanya Persalinan

a Persalinan Presipitatus

Persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam

b Persalinan lama

Persalinan yang berakhir lebih dari 24 jam pada primigravida dan 16 jam pada multigravida.

3. Sebab mulainya persalinan

Sebab-sebab terjadinya persalianan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori. Selama kehamilan, ada 2 hormon yang dominan di tubuh perempuan yaitu :

A. Hormon Esterogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis.

B. Hormon Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Teori-Teori Sebab Mulainya Persalinann

A Teori Penurunan Hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar esterogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otol polos rahim, esterogen bekerja untuk kerentanan otot rahim, selama kehamilan kadar hormon progesteron dan hormon esterogen seimbang. Tetapi jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

B Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim.

C Teori Distensi Rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

Contoh : Pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini

D Teori Iritasi Mekanis

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

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

A Power (Kekuatan)

Power (tenaga) meliputi kekuatan dan reflek meneran. Kekuatan untuk mendorong janin dalam persalinan adalah his,

kontraksi otot perut, kontraksi dinding diafragma, dan aksi dari ligament.

a. His (Kontraksi Uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dar daerah fundus uteri dimana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari "Pacemaker" dari dinding uterus daerah tersebut.

Pada waktu kontraksi, otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat : kontraksi simetris, fundus dominan, dan relaksasi. His memiliki sifat : involuntir, Intermiten, terasa sakit, terkoordinasi, dan kadang dipengaruhi oleh fisik, fisik, kimia, psikis.

Pembagian his berdasarkan sifatnya yaitu : his palsu atau pendahuluan, his pembukaan kala I, his pengeluaran/his mengejan (kala III), his pelapasan uri (kala III), his pengering (kala IV) (Walyani, Siwi Elisabeth, 2016).

b. Kekuatan Mengejan

Segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah medorong keluar, wanita merasa ingin mengejan. Tegana mengejan ini hanya dapat berhasil pembukaan sudah lengkap dan paling efektif

sewaktu kontraksi rahim, kontraksi ini cukup penting untuk mendorong bayi keluar dari rahim dan vagina.

B Passage (Jalan Lahir)

Segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah medorong keluar, wanita merasa ingin mengejan. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil dilakukan jika pembukaan sudah lengkap dan dilakukan paling efektif pada waktu kontraksi rahim, kontraksi ini cukup penting untuk mendorong bayi keluar dari rahim dan vagina.

C Passenger

Passanger dalam persalinan terdiri dari janin dan plasenta. Hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, dan posisi janin. Sedangkan dari plasenta yang perlu diperhatikan adalah letak, besar, luas, dan kelengkapannya (Walyani, Siwi Elisabeth, 2016)

5. Tanda tanda persalinan

Tanda persalinan sudah dekat

A Adanya Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadinya penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul yang disebabkan oleh :

a. Adanya kontraksi *Braxton Hicks*
b. Terjadi ketegangan dinding perut

c. Terjadi ketengan ligamentum rotumdum

d. Gaya berat janin, dimana kepala kearah bawah uterus

Proses masuknya kepala janin ini juga dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda diantaranya :

a. Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang

b. Dibagian bawah terasa sesak

c. Terjadi kesulitan saat berjalan

d. Sering miksi

B Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan menganggu. Kontraksi Braxton Hicks terjadi karena perubahan keseimbangan hormon esterogen dan progesteron sehinggga kontraksi lebih sering terjadi, sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (his palsu)

a. Rasa nyeri ringan di bagian bawah

b. Datangnya tidak teratur

c. Tidak ada perubahan pada serviks atau tanda persalinan lainnya

d. Durasinya pendek

e. Tidak bertambah bila beraktivitas

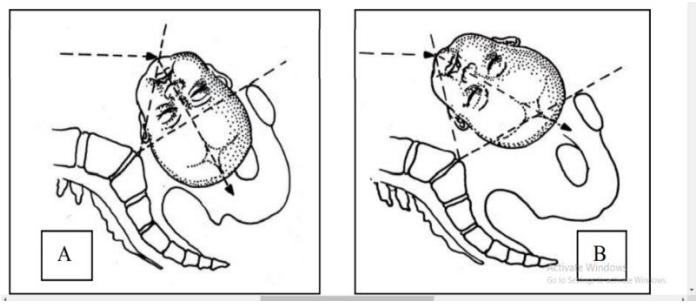
(Damayanti, Ika Putri, 2014)

6. Mekanisme persalinan normal

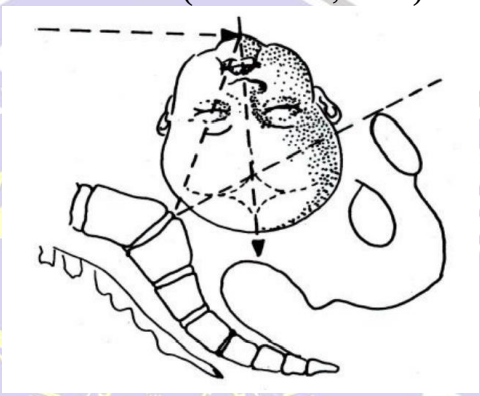
Mekanisme persalinan mengacu pada serangkaian perubahan posisi dan sikap yang diambil janin selama perjalanannya melalui jalan lahir. Mekanisame persalinan yang dijelaskan disini adalah untuk presentasi verteks dan panggul ginekoid. Hubungan kepala dan tubuh janin dengan panggul ibu berubah saat janin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

A. Masuknya kepala janin dalam PAP (enggagment)

Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung. Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi ”synclitismus” pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi ”asynclitismus”.



Gambar 2.4 Gambar A = synclitismus, Gambar B = Asynclitismus Anterior
Sumber : (Kurniarum, 2016)



Gambar 2.5 Gambar C = Asynclitismus Posterior
Sumber : (Kurniarum, 2016)

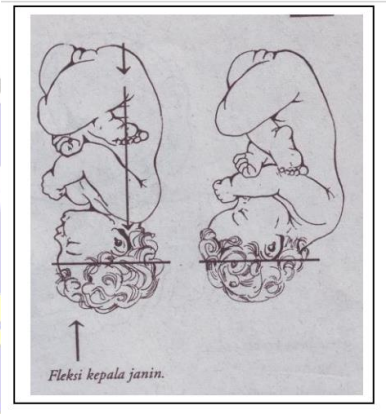
B. Majunya Kepala janin

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.

C. 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

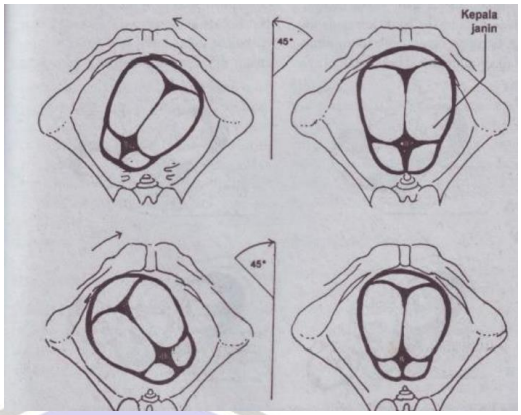
untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.



Gambar 2.6 fleksi kepala janin
Sumber : (Kurniarum, 2016)

D. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphisis. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul.



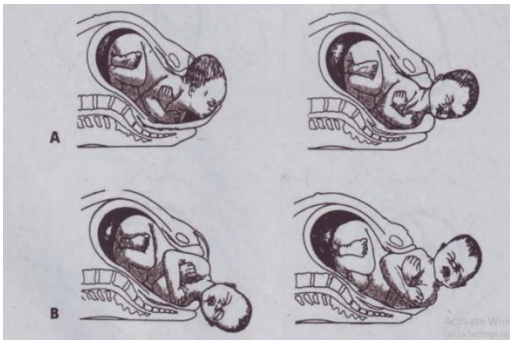
Gambar 2.7 Putar paksi dalam
Sumber : (Kurniarum, 2016) diakses 10 juli 2020

E. Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan

F. Putaran paksi luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.



Gambar 2.8 Kepala janin defleksi dan putaran paksi luar
Sumber : (Kurniarum, 2016)

G. Ekspulsi

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

Gambar 2.9 kelahiran bahu depan kemudian bahu belakang
Sumber : (Kurniarum, 2016)

7. Tahapan persalian normal

A. Kala I (Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). lamanya kala satu : primi gravida (12 jam (1cm/1jam)), multi gravida (8 jam (2 cm/1jam)).

Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu:

a. Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkam penipisan dan pembukaan serviks bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam pada primigravida dan 3-5 jam pada multigravida. Pada fase laten terjadi kontraksi ringan yang berlangsung 5 menit hingga 30 menit. Nyeri bersifat subjektif.

b. Fase aktif

Fase aktif adalah frekuensi dan lama kontraksi uterus akan menigkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, uterus mengeras waktu kontraksi, serviks membuka. Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm sampai dengan pembukaan lengkap (pembukaan 10).

Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu:

1) Fase Akselerasi. Pada primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam

2) Fase Dilatasi Maksimal. Pembukaan serviks berlangsung lebih cepat, yaitu 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam

3) Fase Deselerasi. Pembukaan serviks melambat dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm) dalam waktu 2 jam

B. Kala II (Pengeluaran Janin)

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 mengejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mengejan yang terpimpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam (Kumalasari, 2015).

C. Kala III (pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses ini berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit, Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi

uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch atau jaringan ikat longgar yang melapisinya. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah, talu pisat memanjang dan uterus teraba keras.

D. Kala IV (Observasi)

Kala IV adalah pemantauan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. Pada 1 jam pertama pemeriksaan setiap 15 menit sedangkan pada jam kedua dilakukan pemeriksaan setiap 30 menit. Dalam kala IV harus dipantau kontraksiuterus, perdarahan, tekanan darah, nadi, suhu tubuh dan tinggi fundus uteri (Damayanti, Ika Putri, 2014).

8. Perubahan fisiologis dan psikologis pada saat persalinan

A Perubahan fisiologis

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

a. Perubahan Uterus

Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen, SAR (segmen atas rahim) : corpus uteri, aktif, makin tebal, mendorong bayi keluar, SBR (Segmen bawah rahim) : istmus uteri, pasif, dan dilatasi makin tipis.

b. Perubahan Bentuk Rahim

Ukuran melintang pada terus menjadi turun, dan Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik.

c. Faal Ligamentum Rotundum

Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan kearah depan. Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, Fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas.

d. Perubahan Serviks

Pada saat persalinan terjadi pendataran serviks/effasement dan pembukaan serviks.

e. Perubahan Pada Sistem Urinaria

Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerolus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang.

f. Perubahan Pada Vagina Dan Dasar Panggul

Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi, Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan

oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis.

g. Perubahan System Kardiovaskuler (Meliputi Tekanan Darah Dan Jantung)

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40 % sampai 50 % dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100 % dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus.

h. Perubahan Pada Metabolisme Karbohidrat Dan Basal Metabolisme Rate

Pada saat mulai persalinan, terjadi penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan menjadi lebih lambat sehingga makanan lebih lama tinggal di lambung, akibatnya banyak ibu bersalin yang mengalami obstivasi atau peningkatan getah lambung sehingga terjadi mual dan muntah.

i. Perubahan Pada System Pernapasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO2 dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai

responns terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolic.

j. Perubahan Pada Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorbsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung, pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktifitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorbsi gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaforesis (perspirasi) selama persalinan dan kelahiran.

k. Perubahan Pada Hematologi

Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama.

l. Nyeri

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran adalah bagian dari respon fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama Kala I persalinan, nyeri yang terjadi pada kala I terutama disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bawah.

Pada awal kala I, sensasi nyeri biasanya berlokasi di punggung bawah, tetapi seiring dengan waktu nyeri menjalar ke sekelilingnya seperti korset/ikat pinggang, sampai ke bagian anterior abdomen.

Pada Kala II, nyeri yang terjadi disebabkan oleh distensi dan kemungkinan gangguan pada bagian bawah vagina dan perineum. Saat dilatasi serviks mencapai 8-9 cm, kontraksi mencapai intensitas puncak, dan wanita memasuki fase transisi.

(Kurniarum, 2016).

B Perubahan psikologis

Berikut ini adalah perubahan psikologis ibu bersalin :

a Perubahan psikologis pada ibu bersalin kala I

1) Perasaan tidak enak
2) Takut dan rahu dengan persalinan yang akan dihadapi
3) Sering berfikir apakah persalinan akan berjalan normal
4) Ibu merasa cemas

5) Apakah bayinya normal atau tidak
6) Ibu memikirkan apakah tenakes dapat menolong persalinan dengan baik dan bijaksana.

(Walyani, Siwi Elisabeth, 2016)

b Perubahan psikologis ibu bersalin kala II

Menurut (Kurniarum, 2016) perubahan psikologis ibu bersalin kala II adalah :

1) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
2) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
3) Frustasi dan marah
4) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
5) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
6) Fokus pada dirinya sendiri

c Perubahan psikologis ibu bersalin kala III

1) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
2) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
3) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
4) Menaruh perhatian terhadap plasenta

9. Kebutuhan dasar ibu dalam proses persalinan

Kebutuhan dasar ibu bersalin diantaranya :

A Oksigenasi

B Dukungan fisik dan psikologis

Dukungan dapat diberikan oleh orang terdekat pasien (suami, keluarga, bidan atau tenakes lainnya). Bidan harus mempu memberikan dukungan kepada ibu melalui :

a. Selama bersama pasien, bidan harus konsentrasi untuk mendengarkan dan melakukan observasi
b. Kontak fisik dengan pasien seperti menggosok punggung pasien dll
c. Menempatkan pasien dalam keadaan yakin.

C Kebutuhan makan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena dapat mengakibatkan muntah dan aspirasi ke dalam paru paru. Karena makanan padat lebih lama diproses daripada makanan cair. Untuk mencegah dehidrasi diberikan banyak minum selama proses persalian, namun apabila mual atau muntah diberikan cairan IV (RL).

D Kebutuhan eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalianan. Karena jika kandung kemih penuh maka akan menghambat penurunan janin.

E Possioning dan aktivitas

Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi untuk klien. Sebaliknya peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi yang dipilihnya, dan menyarankan altermatif-alternatif hanya pabila pilihan ibu membahayakan.

F Pengurangan rasa nyeri

Pendekatan untuk mengurangi rasa nyeri :

a. Adanya seseorang yang mendukung persalinan
b. Pengaturan posisi
c. Relaksasi dan latihan pernafasan
d. Istirahat
e. Visualisasi diri dan pemusatan perhatian

G Aktualisasi diri

a Memilih tempat dan penolong sesuai dengan keinginan
b Bounding attachement
c Memilih pendamping persalinan

(Walyani, Siwi Elisabeth, 2016)

10. 60 langkah APN

I. Mengenal Tanda Gejala Kala Dua

1. Melihat tanda gejala kala dua

a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran

b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
c. Perineum tampak menonjol
d. Vulva dan sfinger ani membuka

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplilasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi BBL : tempat datar rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat, lampu 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, tabung atau balon dan sungkup
   a. Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
   b. Menyiapkan oksitosin 10 UI dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Memalai celemek kain
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dongan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

III. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
   a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
   b. Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
   c. Mengganti sarung tangan jika terkontaninasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0.5 % → poin 9).
8. Melakukan pemeriksaan daIam untuk memastikan pembukaan lengkap
   a. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalarm larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10

menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10. Memeriksa denyut jantung janin DJJ setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit).
    a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
    b. Mendokumentasikan hasiI-hasiI pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada pantograf.

IV. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses bimbingan Meneran

11. Memberitahukan ke ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam manemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
    a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
    b. Menjelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan

memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah dipeluk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
    a. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
    b. Mendukung dan memberi semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
    c. Membantu Ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
    d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
    e. Menganjurkan keluarga umtuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu
    f. Memberikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
    g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

h. Segera melakukan rujukan jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)

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

V. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepada bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

VI. Menolong Kelahiran bayi

Lahirnya Kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan

ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
    a Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan Iewat bagian atas kepala bayi.
    b Jika pusat melilit Ieher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan rnuncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala lengan dan siku

sebelah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari-jari lainnya).

VII. Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik). Penilaian bayi baru lahir sebagai berikut :

    a Sebelum bayi lahir

        1) Apakah kehamilan cukup bulan ?

        2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan) ?

    b Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan)

    Meletakkan bayi diperut ibunya dan melakukan penilaian sepintas :

        1) Apakah bayi menangis, bernafas atau tidak atau nafasnya tersendat ?

        2) Apakah tonus otot bayi baik, bayi bergerak aktif?

        3) Apakah kulit bayi kebiruan ?

    Jika bayi cukup bulan, ketuban tidak bercampur mekonium, menangis atau bernapas normal/tidak

megap-megap dan bergerak aktif, lakukan langkah 26. Jika bayi tidak cukup bulan dan atau ketuban bercampur mekonium dan atau bayi tidak bernapas atau megap-megap dan atau bayi lemas, lakukan manajemen bayi dengan asfiksia

26. Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh Iainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah handuk / kain yang kering. Biarkan bayi tengkurap di atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramukuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persIinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dan klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

a Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

b Ikat tali pusat dengan DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi Iainnya.

c Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dan putting payudara ibu.

a Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

b Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

c Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

d Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasill menyusu

VIII. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
34. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi tangan lain memegangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang — atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah lnversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
    a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

Mengeluarkan Plasenta

36. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas. Mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dan vulva dan lahirkan plasenta

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

1) Memberi dosis ulangan oksitosin 16 unit IM

2) Melakukan kateterisasi (aseptik) Jika kandung kemih penuh.

3) Meminta keluarga untuk menyiapknn rujukan.

4) Mengulang tekanan dorsocranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

5) Jika plasenta tiaki lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaputnya yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Massage) Uterus

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

IX. Menilai Perdarahan

39. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
40. Mengvaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan perjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

X. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

41. Memastikan uterus berkontraksi dgn baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan

cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Evaluasi

43. Memastikan kandung kemih kosong
44. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
47. Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
    a. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
    b. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukanJika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

Kebersihan dan Keamanan

48. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekotaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi
50. Membersihkan ibu jari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
51. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
55. Memakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K_1 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperature tubuh (normal 36,5 – 37,5ºC) setiap 15 menit
57. Setelah satu jam pemberian vitamin K_1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

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

11. Patograf

A. Pengertian

Patograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan patograf adalah untuk :

a. Untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan
b. Mendeteksi apakah proses persalianann berjalan secara normal
c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantuan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir

Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini,setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, patograf akan membantu penolong persalianna untuk mencatat kemajuan persalianan, kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, serta menggunakan informasi yang tercatat , sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinan, dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. Selain itu, dapat mencegah terjadinya

penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa (Prawirohardjo, 2016)

B. Penggunaan Patograf

a. 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

b. Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll)

c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya

C. Halaman depan Patograf

Halaman depan patograf bahwa observasi yang dimulai 74 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 :

1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur

2) Urin (volume , aseton, atau protein)

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

D. Halaman Belakang Patograf

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). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman.

Catatan persalinan terdiri dari unsur-unsur berikut :

a Data dasar

b Kala I

c Kala II

d Kala III

e Bayi Baru Lahir

f Kala IV

E. Cara Mengisi Patograf

Pengisian patograf dimulai apabila pembukaan sudah memasuki kala I fase aktif yaitu pembukaan 4 sampai dengan pembukaan 10 dan berakhir pada kala IV (Febrianti, 2019).

Cara pengisian :

a. Lembar depan patograf

1) Informasi tentang ibu

Beberapa informasi yang perlu dicatat yaitu seperti nama, umur, nomor catatan medis, atau nomor puskesmas,dan waktu mulai dirawat. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam pada patograf) dan perhatikan kemungkinan ibu dating dalam fase laten persalinan, lalu catat waktu pecahnya selaput ketuban. Berikut merupakan kolom data yang perlu disi :

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. ____ P. ____ A. ____
Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
Sejak jam _____ mules sejak jam _____

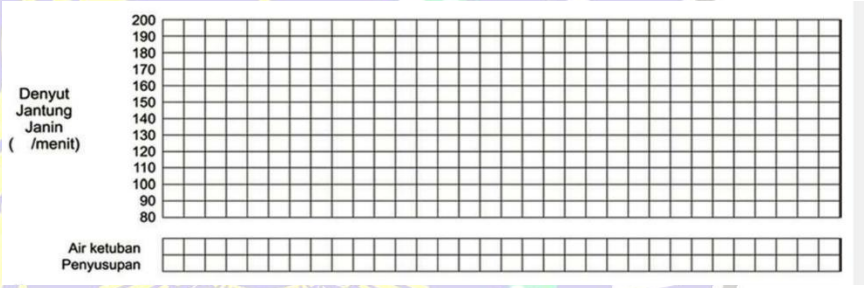
Gambar 2.10
Lembar Patograf pengisian informasi tentang ibu
Sumber : (Suprapti, 2018)

2) Kesehatan dan kondisi janin

a) Denyut Jantung janin

Catat dan nilai denyut jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda gawat janin). Catat Djj dengan memberikan tanda titik pada garis yang sesuai dengan garis tegak dan bersambung (Febrianti, 2019).

Catat setiap tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi patograf. Berikut merupakan dari lembar patograf untuk pengisian Djj :



Gambar 11. Lembar patograf pengisian DJJ
Sumber : (Suprapti, 2018)

b) Warna dan air ketuban

Penilaian dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan dalam dan nilai air ketuban jika selaput ketuban sudah pecah. Berapa lambing yang digunakan untuk menilai cairan ketuban adalah :

(1) U : Utuh

(2) J : Jernih

(3) M : Bercampur mekonium

(4) D : Bercampur darah

(5) K : Kering

(Febrianti, 2019)

c) Penyusupan kepala janin (moulase)

Pemeriksaan penyusupan janin dilakukan pada saat pemeriksaan dalam. Penilaian ini digunakan untuk mengetahui seberapa jauh kepala dapat menyesuaikan diri dengan panggul ibu. Tulang kepala yang saling tumpang tindih kemungkinan adanya *Chepalo pelyic disporportiom (CPD.* Penyusupan kepala janin ditandai dengan symbol :

(1) 0 : Tulang-tulang cranium janin terpisah ,sutura mudah melewati Psnggul

(2) 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

(3) 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih , tapi masih dapat dipisahkan.

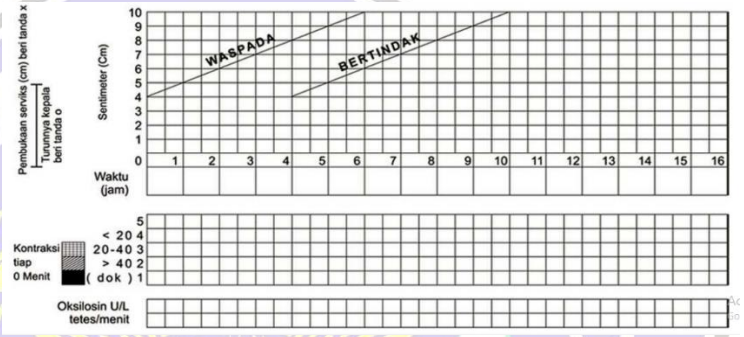
(4) 3 : Tulang tulang kepala janin tumpang tindih , tidak dapat dipisahkan.

(Febrianti, 2019).

3) Kemajuan Persalinan

a) Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks diisi pertama kali pada saat pembukaan mulai memasuki kala 1 fase aktif. Pembukaan serviks dicatat dan dinilai setiap 4 jam. Cantumkan tanda “X” di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.



Gambar 12. Lembar patograf pengisian pembukaan serviks, kontraksi, dan obat-obatan.
Sumber : (Suprapti, 2018).

b) Penurunan bagian terbawah janin

Untuk menentukan penurunana kepala janin dengan cara perlimaan yaitu dengan menentukan skala pada angka 1-5 sesuai dengan metode. Berikan tanda ‘0’ pada garis waktu

c) Garis waspada

Dimulai dari pembukaan serviks 4 cm (jam ke-0) dan berakhir pada titik pembukaan lengkap (6jam). Jika di tunjukkan pembukaan serviks mengarah ke sebelah tangan, maka dipertimbangkan adanya penyulit.

d) Garis bertindak

Jika pembukaan serviks berada pada garis bertindak, maka perlu dilakukan tindakan penyelesaian persalinan. Sebaiknya ibu berada pada tembat rujukan sebelum garis waspada terlampaui.

(Suprapti, 2018).

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan. Setiap kontak menyatakan waktu (1jam) sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu actual menunjukkan waktu pemeriksaan atau persalinan. Cantumkan tanda "X" di garis waspada saat ibu masuk ke dalam fase aktif persalinan.

5) Kontraksi uterus

a) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi <20 detik

b) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik

c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi > 40 detik.

(Febrianti, 2019)

6) Obat-obatan dan cairan

a) Oksitosin

Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume selama 30 menit.

b) Obat lain dan cairan IV

7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

a) Nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh

Catat dan periksa nadi setiap 30 menit dan beri tanda "titik" pada kolom yang sesuai. Pengecekan tekanan darah setiap 4 jam atau jika ada kondisi tertentu. Pencatatan nadi setiap 2 jam, jika terjadi peningkatan kemungkinan terdapat infeksi (Febrianti, 2019).

b) Volume urine, protein , dan aseton

Ukur dan catat volume urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap ibu berkemih), pencatatan protein dan aseton jika memungkinkan setiap ibu berkemih (Febrianti, 2019).

8) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik disisi luar kolom patograf.

b. Lembar belakang patograf

1) Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat, tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk, pendamping rujukan, dan masalah dalam kehamilan (Febrianti, 2019).

2) Kala I

Terdiri dari pertanyaan-pernyataan tentang patograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannnya (Febrianti, 2019).

3) Kala II

Terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, dan masalah penatalaksanannya (Febrianti, 2019)

4) Kala III

Berisi informasi tentang inisiasi menyusu dini (IMD), lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, massase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta >30 menit, laserasi, Antonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasil (Febrianti, 2019).

5) Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi suhu tubuh, tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, kandung kemih dah perdarahan (Febrianti, 2019).

6) Bayi baru lahir

Berisi tentang berat badab (BB(, panjang badan (PB), jenis kelamin, penilaian bbl, pemberian ASI, dan masalah lainnya (Febrianti, 2019).

12. Masalah dalam persalinan

B. Bayi Sungsang

Saat usia kehamilan sudah mendekati waktu kelahiran, biasanya perlu memeriksakan diri ke dokter untuk melihat posisi bayi. Posisi bayi sudah baik atau sungsang. Posisi bayi sungsang maka akan disarankan untuk melakukan berbagai cara mengembalikan bayi ke posisi seharusnya sengan cara alami. Namun, jika hal tersebut tidak berhasil dan posisi bayi masih sungsang saat akan dilahirkan, maka akanmembuat proses melahirkan lebih rumit. Melahirkan dengan operasi caesar mungkin direkomendasikan (Arinda, 2015).

C. Persalinan Lama

Melahirkan merupakan sebuah proses alamiah dimana setiap ibu pasti bisa melakukannya. Sesbuah proses kelahiran yang lancar mungkin akan memakan waktu selama beberapa jam

saja. Partus lama merupakan fase laten yang lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam tetapi bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada. Proses melahirkan yang lebih lama ini tentu tidak baik jika dibiarkan. Risiko ibu mengalami infeksi (jika air ketuban sudah pecah) semakin besar. Untuk itu, dokter biasanya akan memberikan obat untuk membantu mempercepat proses melahirkan atau terkadang operasi *caesar* perlu dilakukan (Arinda, 2015).

Distosia adalah persalinan macet yang artinya tidak ada kemajuan dalam persalinan. Distosia dibagi menjadi 4 yaitu : Distosia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi), Distosia karena Kelainan His, Distosia karena Kelainan Alat Kandungan, serta Distosia karena Kelainan Janin

D. Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat merupakan salah satu kasus kegawat daruratan dalam bidang obstetri. Prolaps tali pusat merupakan penyulit di dalam persalinan. Walaupun prolaps tali pusat bukan suatu malpresentasi, keadaan ini lebih mungkin terjadi pada malpresentasi atau malposisi janin. Prolaps tali pusat dibedakan menjadi 3 yaitu : tali pusat menumbung / prolapsus funikuli, tali pusat terdepan/terkemuka, occult prolapsed/ tali pusat tersembunyi.

E. Lilitan Tali Pusat

Karena bayi selalu bergerak di dalam kadungan, bayi mungkin bisa terlilit tali pusat. Tali pusat bisa melilit bayi dan terlepas dengan sendirinya berkali-kali selama kehamilan. Namun tali pusat yang melilit bayi selama proses melahirkan bisa membahayakan bayi ketika terjadi penurunan aliran darah ke bayi karena tali pusar tertekan. Hal ini dapat menyebabkan detak jantung bayi menurun. jika detak jantung bayi terus memburuk selama persalinan dan bayi menunjukkan tanda-tanda bahaya lainya. Melahirkan dengan cara caesar mungkin diperlukan (Arinda, 2015).

13. Komplikasi dalam persalinan

A. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini yaitu ruptur korion dan amnion 1 jam atau lebih sebelum persalinan. Usia gestasi janin dan perkiraan viabilitas janin mempengaruhi penatalaksanaannya. Penyebab yang tepat dan faktor-faktor predisposisi yang spesifik tidak diketahui.

B. Persalinan Preterm

Persalinan preterm adalah persalinan yang dimulai setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum kehamilan 37 minggu. Penyebab preterm meliputi ketuban pecah dini, preeklampsia, plasenta previa, solusio plasenta, dan lain-lain

C. Vasa Previa

Vasa previa adalah penyakit komplikasi dalam kehamilan yang ditandai dengan adanya pembuluh darah dari tali pusat janin yang melintas di mulut rahim (serviks). Dalam keadaan normal, semua pembuluh darah janin terbungkus dan terlindungi di dalam tali pusat. Namun pada penyakit vasa previa, terdapat pembuluh darah janin yang keluar dari tali pusat dan melintasi mulut rahim bersama dengan selaput ketuban. Hal tersebut mengakibatkan janin kekurangan aliran darah, oksigen , dan berujung kematian.

D. Persalinan Disfungsional

Persalinan disfungsional adalah persalinan yang sulit, sakit, dan lama karena faktor – faktor mekanik.

E. Ruptur Uterus

Robekan atau rubtur pada uterus terbagi menjadi dua yaitu : komplit atau inkomplit. Hal ini bisa disebabkan karena cedera akibat instrumen obstetri, seperti instrumen untuk memeriksa uterus atau kuretase yang digunakan dalam abortus. Ruptur juga bisa akibat intervensi obstetri seperti tekanan fundus yang berlebihan, kelahiran dengan forsep, upaya mengejan yang keras, persalinan dengan gangguan, dan distosia bahu janin.

F. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah masih tertinggalnya plasenta dan ketuban yang ada dalam rongga rahim. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum primer dan perdarahan postpartum sekunder (Amelia, 2019).

G. Inversi Uterus

Inversio uteri adalah kondisi kolaps fundus yang mencapai kavitas endometrium.

H. Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpertum adalah perdarahan pacsa salin yang melebihi 500 cc/ml. Perdarahan post partum dibagi menjadi 2 yaitu : perdarahan postpartum primer (dalam 24 jam pertama) dan perdarahan postpartum sekunder (setelah 24 jam pertama).

14. 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 yang normal maupun patologis. Lima benang merah akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari Kala I hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Adapun lima benang merah tersebut adalah :

A. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusann klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh klien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Semua keputusan akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien atau klien.

Langkah membuat keputusan klinik:

a. Pengumpulan data: subjektif dan objektif
b. Diagnosis kerja
c. Penatalaksanaan klinik
d. Evaluasi hasil implementasi tatalaksana

B. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, keepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah menanyakaan kepada diri sendiri: “Seperti ini kah asuhan yang saya dapatkan?” atau apakah “asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil?”. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah

dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama masa persalinan dan kelahiran bayi, serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapat rasa aman dan hasil yang lebih baik.

a. Konsep dari asuhan sayang ibu adalah:
   1) Persalinan merupakan peristiwa alami
   2) Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal
   3) Penolong memfasilitasi proses persalinan
   4) Tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moril, dan kerjasama semua pihak (penolong-klienkeluarga)

b. Asuhan sayang ibu dan bayi dalam proses persalinan, antara lain :
   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 tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu
6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan perasaan ibu beserta 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 mendukung 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 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, pencukuran dan klisma
15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
16) Membantu memulai pemberian ASI dalalm satu jam pertama setelah kelahiran bayi
17) 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.

c. Asuhan sayang ibu dan bayi dalam pascapersalinan, antara lain:
   1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung
   2) Bantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan
   3) Ajarkan ibu dan keluarga tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
   4) Anjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi

5) Ajarkan ibu dan anggota keluarga tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir

15. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Juga upaya-upaya untuk mrnurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya seperti : HIV/AIDS .

Hal hal yang harus diperhatikan dalam pencegahan infeksi:

A. Kewaspadaan Standar
B. Mencegah terjadinya dan transmisi penyakit
C. Proses Pencegahan Infeksi Instrumen dan Aplikasinya dalam Pelayanan
D. Barier Protektif
E. Budaya Bersih dan Lingkungan yang Aman

Beberapa istilah tindakan dalam pencegahan infeksi:

A. Asepsis (teknik aseptik)

Semua usaha mencegah masuknya mikroorganisme ke tubuh yang berpotensi untuk menimbulkan infeksi dengan cara mengurangi atau menghilangkan sejumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan, dan benda mati (alat). Teknik asepsis membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan penolong persalinan.

B. Antisepsis

Pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh dengan menggunakan larutan antiseptic.

Larutan yang sering digunakan :

a. Yodium (1-3%)
b. Alkohol (60-90%)
c. Stermid berbagai konsentrasi : Svlon
d. Klorheksidin glukonat (4%) : Hibiscrub, Hibitane, Hibiclens
e. Heksalorofen (3%) : Pisohex
f. Parakloremetaksilenol : Dettol
g. Iodine
h. Iodofor, Berbagai konsentrasi : Betadine

C. Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yng dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara

aman benda-benda (perlatan 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 :

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

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering:

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\%\ \text{Larutan yang Diinginkan}}{\%\ \text{Konsentrat}} \text{ x } 1000$$

D. Mencuci dan Bilas

Tindakan – tindakan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing misalnya debu, kotoran dari kulit atau instrumen atau peralatan.

E. Desinfeksi

Tindakan untuk menghilangkan hampir semua atau sebagian besar mikroorganisme penyebab penyakit pada benda mati atau instrumen. Larutan yang digunakan adalah klorin 0,5%.

F. DTT (Desinfeksi Tingkat Tinggi)

Tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme di benda-benda mati atau instrumen. Kecuali endospora bakteri harus menggunakan cara merebus atau secara kimiawi.

a. Perebusan dalam air mendidih selama 20 menit.

b. Klorin 0,5 % selama 20 menit dan glutaraldehid 2% (cydex).

G. Sterilisasi

Tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit, dan virus) termasuk endospora bakteri pada benda mati atau instrumen.

Pedoman pencegahan infeksi (PI) untuk memutus rantai penyebaran infeksi, antara lain :

A. Cuci tangan dengan benar yaitu dengan 7 langkah setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan

B. Memakai sarung tangan Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya), peralatan, sarung tangan atau sampah yang terkontaminasi.

Ada 3 macam sarung tangan, yaitu :

1) Sarung tangan steril atau DTT Untuk prosedur apapun yang akan mengakibatkan kontak dengan jaringan di bawah kulit seperti persalinan, penjahitan vagina atau pengambilan darah.

2) Sarung tangan bersih Untuk menangani darah atau cairan tubuh

3) Sarung tangan rumah tangga atau tebal Untuk mencuci peralatan, menangani sampah, juga membersihkan darah dan cairan tubuh.

C. Memakai APD (alat pelindung diri) seperti kaca mata pelindung, masker wajah, penutup kepala, celemek, dan sepatu boots.

D. Menggunakan teknik antisepsis Karena kulit dan selaput mukosa tidak dapat disterilkan maka penggunaan antiseptik akan mengurangi jumlah mikroorganisme yang dapat mengkontaminasi luka terbuka dan menyebabkan infeksi.

E. Memproses alat bekas pakai

F. Menangani peralatan tajam

G. Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian masa nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan sampai enam minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut dengan involusi (Maritalia, 2017).

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan

sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Saleha, 2013).

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Periode postpartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, E, R Diah, 2010).

2. Tahapan masa nifas

Tahapan masa nifas menurut (Heryani, 2010) terbagi menjadi tiga tahapan yaitu:

A. Puerperium Dini

Purperium dini merupakan pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervaginam tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV, dianjurkan untuk mobilisasi segera.

B. Puerperium Intermedial

Puerperium Intermedial adalah Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebleum hamil. Masa ini kurang lebih selama enam minggu atau 42 hari.

C. Remote Puerperium

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rantang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergsntung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama kehmilan ataupun selama persalinan. (Maritalia, 2017).

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

A Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena antonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

B Periode early postpartum (24 jam- 1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan, serta ibu

dapat menyusui dengan baik.

C Periode late postpartum (1 minggu-3 minggu)

Pada priode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

3. Perubahan fisiologis masa nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu nifas adalah :

A Sistem Reproduksi

a Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti keadaan sebelum hamil (Saleha, 2013). Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Kumalasari, 2015). Secara rinci proses involusi uterus dapat dlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.6

TFU dan berat uterus masa involusi

Involusi	**TFU**	**Berat Uterus**	**Palpasi serviks**
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram	Lunak
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram	Lunak
1 minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram	2 cm
2 minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram	1 cm
6 minggu	Tidak teraba	50 gram	Menyempit
8 minggu	Normal	30 gram	

Sumber : (Kumalasari, 2015)

b Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan dikeluarkan melalui vagina dalam masa nifas. Secara umum lochea yang dikeluarkan dari cavum uteri akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari. Hal ini disesuaikan dengan perubahan yang terjadi pada dinding uterus akibat penurunan kadar hormone esterogen dan progesteron. Macam-macam Lochea selama masa nifas adalah :

1) Lochea Rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium. Lochea ini timbul pada hari ke 102 postpartum.
2) Lochea Sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lender. Lochea ini timbul pada hari ke 3-7 postpartum
3) Lochea Serosa : berwarna agak kuning cairan tidak berdarah lagi. Lochea ini timbul pada hari ke 7-14 postpartum
4) Lochea Alba : berupa cairan putih. Lochea ini timbul setelah 2 minggu postpartum

Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali jika terjadi infeksi pada jalan lahir baunya akan menjadi bau busuk.

Bila loche aberbau busuk masa segera tangani agar ibu tidak mengalami infeksi lanjut atau sepsis. Berikut adalah jenia lochea yang abnormal :

1) Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
2) Locheastasis : lochea yang keluarnya tidak lancer

(Maritalia, 2017)

c Serviks

Serviks tidak memiliki fungsi sebagai sfingther. Sesudah partus, serviks tidak secara otomatis akan menutup sfingther. Membukanya serviks pada saat persalinan hanya mengikuti tarikan tarikan korpus uteri keatas dan tekanan bagian janin ke bawah.

Setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merahbkehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak.

Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam perslinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari.

(Maritalia, 2017).

d Vagina & Vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta perenggangan yang besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kudua organ ini tetap dalam keadaan gendur. Setelah 3 Minggu, vulva dan vagina kembali kepada keaadaaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol. Pada masa nifas, biasanay terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan sellulitis yang dapat menjalar sampai menjadi sepsis.

e perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonus nya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum lahir

B Payudara (Mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaiitu produksi susu dan sekresi atau *let down* (Kumalasari, 2015).

Selama kehmilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormon esterogen yang masih tinggi. Kadar hormon esterogen dan progesteron akan menurun pada hari ke kedua atau hari ke tiga pasca persalinan, sehu=ingga terjadi sekresi ASI. Pada hari-hari pertama ASI itu banyak mengandung kolostrum (Maritalia, 2017).

C Tanda-tanda vital

a Tekanan darah

Setelah kelahiran bayi, harus dilakukan pengukuran tekanan darah. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait hipertensi, superimposed hipertensi serta preeklampsi/eklampsi, maka biasanya tekanan darah akan kembali pada kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Namun perubahan tekanan darah. Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan pada masa postpartum, berkisar pada frekuensi pernapasan orang dewasa 12-16 kali permenit.

b Nadi

Frekuensi nadi ibu secar fisiologis pada kisaran 60-80 kali permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi bradikardi (100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu

c Suhu Tubuh

Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran 0,2-0,5℃, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran 36,5℃-37,5℃. Namun kenaikan suhu tubuh tidak mencapai 38℃, karena hal ini sudah menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ini hanya terjadi beberapa jam setelah persalinan, setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal.

(Wahyuningsih, 2018).

d Respirasi

Frekuensi pernafasan normal berkisar antara 16-24 kali per menit. Pada saat persalianan pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap dipenuhi. Setelah persaliann biasanya frekuensi pernafasan akan kembali normal (Maritalia, 2017).

D Sistem hormon

Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum :

a Oksitosin

Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI.

c Estrogen dan progesterone

Progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

d Hormon plasenta

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum.

E Sistem Sirkulasi darah

Pada masa nifas, di bagian pembuluh darah uterus yang membesar menjadi tertutup oleh perubahan hialin, secara perlahan terabsorbsi kembali, kemudian digantikan oleh yang lebih kecil. Akan tetapi sedikit sisa-sisa dari pembuluh darah yang lebih besar tersebut tetap bertahan selama beberapa tahun. Tubuh ibu akan menyerap kembali sejumlah cairan yang berlebihan setelah persalinan. Pada sebagian besar ibu, hal ini akan mengakibatkan pengeluaran urine dalam jumlah besar, terutama pada hari pertama karena diuresis meningkat. Ibu juga dapat mengalami edema pada pergelangan kaki dan kaki mereka. Hal ini dimungkinkan terjadi karena adanya variasi proses fisiologis yang normal karena adanya perubahan sirkulasi. Hal ini biasanya akan hilang sendiri dalam kisaran

masa nifas, seiring dengan peningkatan aktivitas ibu untuk merawat bayinya.

F Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemoconcentration). Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut :

a Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.

b Hilangnya fungsi endokrin placenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.

c Terjadinya mobilisasi air ekstravaskular yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan,

keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplacenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

G Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama

H Sistem Pencernaan

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

a Nafsu Makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan. Ibu dapat mengalami peubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun

setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

c Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum.

I Sistem Perkemihan

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan.

(Wahyuningsih, 2018).

J Sistem Intergumen

Perubahan warna kulit pada saat kehamilan yang berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mammae, dinding perut, dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas (Maritalia, 2017).

K Sistem Musculoskeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur, dan melebar selama beberapa minggu. Ambulasi dini, dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut (Maritalia, 2017).

4. Perubahan psikologis masa nifas

Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi, sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas. Fase – fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut :

A Tahap I : Fase Taking In (Periode ketergantungan)

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi harus dapat dipenuhi. Bila tidak terpenuhi maka ibu dpaat mengalami gangguan psikologis. Yang berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

B Tahap II : Fase Taking Hold

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu khawatir akan kemampuan dan mulai tanggung jawab dalam perawatann bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

C Tahap III : Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Rasa percaya diri akan peran barunya mulai tumbuh

(Maritalia, 2017).

5. Faktor yang mempengaruhi masa nifas

Faktor yang mempengaruhi ibu dalam melewati masa nifas antara lain :

A Faktor Masa Lalu

Ibu yang baru pertama kali melahirkan (primipara) tentu berbeda persiapan dibandingkan dengan ibu yang sudah pernah melahirkan (multipara). Dengan adanya pengalaman masa lalu maka ibu lebih mudah melakukan perawatan diri pasca salin.

B Faktor lingkungan pasca salin

Ibu yang melahirkan dirumah sakit akan lebih terbiasa dengan sarana dan prasarana yanga da dirumah sakit, juga dengan tenaga kesehatannya. Berbeda dengan ibu yang melahirkan

dirumah. Mereka asing sekali dengan lingkungan, sarana prasarana serta tenakes yeng bertugas di rumah sakit atau di tempat barunya melahirkan.

C Faktor internal ibu

Faktor internal adalah segala sesuatu yang berasal dari dalam diri sendiri. Kemampuan dalam menjaga kesehatan dan perawatan pada masa nifas dan menyusui akan berbeda setiap individu. Hal ini dipengaruhi oleh faktor : usia, pendidikan, karakter, keadaan kesehatan, lingkungan dan sosial budaya.

D Petugas kesehatan

Petugas kesehatan khususnya bidan sangat berperan penting dalam mempengaruhi perilaku perawatan diri ibu pada masa nifas dan menyusui.

E Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan ini akan mempengaruhi pengetahuan ibu dan keluarga tentang perawtaan diri pada masa nifas dan menyusui yang pada akhirnya mempengaruhi perilaku ibu. (Maritalia, 2017).

6. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

Ibu dalam masa nifas mempunyai kebutuhan dasar khusu agar dapat melewati masa nifas dengan aman, sehat dan sejahtera sekaligus menunjang keberhasilan menyusui. Berikut ini

merupakan kebutuhan dasar ibu nifas yang harus dipenuhi pada saat nifas dan menyusui, antara lain :

A Kebutuhan cairan dan nutrisi

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, (ibu harus mengkonsumsi 3-4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca salin dan konsumsi vitamin A (200.000 IU).

B Kebutuhan Ambulasi

Ambulasi dini *(early ambulation)* adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. *Early ambulation* adalah kebijakan untuk segera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya segera untuk berjalan. Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap. Diawali dengan gerakan miring ke kanan dan ke kiei di atas tempat tidur. Mobilisasi ini sifatnya tidak mutlak tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan.

C Kebutuhan Eliminasi

Memasuki masa nifas, ibu diharapkan bisa berkemih dalam 6-8 jam pertama. Pengeluaran urin masih tetap dipantau dan

diharapkan setiap kali berkemih urin yang keluar sekitar 150 ml. Ibu nifas yang kesulitan berkemih kemungkinan disebabkan oleh menurunnya tonus otot kandung kemih, adanya edema akibat trauma persalinan dan takut akan nyeri saat berkemih.

Kebutuhan untuk defekasi biasanya timbul pada hari pertama sampai hari ke tiga post partum. Kebutuhan ini dpaat dipenuhi bila ibu mengkonsumsi makanan yang tinggi serat, cukup cairan dan melakukan mobilisasi dengan baik dan benar.

D Kebutuhan Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan kemudian ke arah anus. Sebelum dan sesudahnya dianjurkan untuk mencuci tangan.

E Kebutuhan Istirahat / tidur

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu pada beberpa jam setelah persalinan. Proses persalinan yang melelahkan dapat membuat ibu frustasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirhatnya tidak tercukupi. Istirahat yang diperlukan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan dan bertahap.

F Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan bisa sembuh dengan baik dan tidak terdapat nyeri.

G Latihan Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu kembali normal. Senam nifas dapat memulihkan kondisi tubuh ibu, dan keadaan ibu baik secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalianan secara teratur dan setiap hari.

H Perawatan Payudara

Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga

memperlancar pengeluaran susu. Menjaga payudara agar tetap bersih dan kering terutama bagian puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

7. Tanda bahaya masa nifas

Tanda bahaya masa nifas diantaranya :

A Perdarahan Pascasalin

Perdarahan paska persalinan yaitu perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Perdarahan pascasalin menurut Kemenkes RI (2014) dibagi menjadi 2, yaitu:

a Perdarahan pascasalin primer (Early Postpartum Haemorrhage), yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama paska persalinan segera. Penyebab perdarahan ini diantaranya atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta yang tertinggal, dan robekan jalan lahir.

b Perdarahan pascasalin sekunder (Late Postpartum Haemorrhage), yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah persalinan. Penyebab utama perdarahan ini diantaranya robekan jalan lahir, sisa plasenta yeng tertinggal atau membran. Sakit kepala yang hebat. Pembengkakan di wajah, tangan dan kaki. payudara yang berubah merah, panas dan terasa sakit. Ibu yang dietnya buruk, kurang istirahat dan anemia mudah mengalami infeksi.

B Infeksi Masa Nifas

Bakteri dapat menjadi salah satu penyebab infeksi setelah persalinan. Selain kurang menjaga kebersihan dan perawatan masa nifas yang kurang tepat, faktor lain yang memicu seperti adanya luka bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genetalia termasuk episiotomi pada perineum ataupun dinding vagina dan serviks.

Gejala umum yang dapat terjadi:

a Temperatur suhu meningkat >38°C

b Ibu mengalami peningkatan pernapasan (takikardi) dan penurunan pernapasan (bradikardi) secara drastis, serta tekanan darah yang tidak teratur

c Ibu terlihat lemah, gelisah, sakit kepala dan kondisi terburuknya ibu tidak sadar/ koma

d Proses involusi uteri terganggu

e Lokea yang keluar berbau dan bernanah.

C Demam, Muntah Dan Nyeri Saat Berkemih

Pada masa nifas ini ibu cenderung mengalami peningkatan suhu badan dan nyeri saat berkemih. Nyeri ini disebabkan oleh luka bekas episiotomi, atau laserasi periuretra yang menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu. Demam dengan suhu >38°C mengindikasikan adanya infeksi, serta terjadinya

diuresis dan overdistensi dapat menyebabkan infeksi pada saluran kemih.

D Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu Yang Lama.

Selepas persalinan ibu akan mengalami kelelahan yang amat berat, karena tenaga ibu bayak terkuras saat menjalani proses persalinannya. Karena kelahan ini akhirnya berdampak pada nafsu makan ibu yang menurun. Pada masa ini dukungan keluarga sangat diperlukan dalam membantu ibu untuk tetap makan dan mencukupi kebutuhan nutrisinya dengan baik.

E Payudara Berubah Kemerahan, Panas, Dan Terasa Sakit

Jika ASI ibu tidak disusukan pada bayinya maka dapat menyebabkan terjadi bendungan ASI, payudara memerah, panas, dan terasa sakit yang berlanjut pada mastitis, atau terjadi radang (peradangan pada payudara).

F Pembengkakan Pada Wajah Dan Ekstremitas.

Waspadai preeklamsi yang timbul dengan tanda-tanda: Tekanan darah ibu tinggi, Terdapat oedem/ pembengkkan di wajah dan ekstremitas, Pada pemeriksaan urine ditemukan protein urine.

G Merasa sedih atau tidak mampu dalam merawat dirinya sendiri.

8. Penyulit dan komplikasi pada masa nifas

A Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas dapat disebabkan oleh transmisi masuknya bakteri ke dalam organ reproduksi, baik bakteri yang masuk dari dalam tubuh ibu sendiri, dari jalan lahir maupun bakteri dari luar yang sering menyebabkan infeksi. Berdasarkan masuknya bakteri ke dalam organ kandungan, infeksi nifas terbagi menjadi :

a Ektogen (infeksi dari luar tubuh)

b Autogen (infeksi dari tempat lain di dalam tubuh)

c Endogen (infeksi dari jalan lahir sendiri)

Secara lebih spesifik, penyebaran infeksi nifas tersebut dijelaskan sebagai berikut :

a Penyebaran infeksi nifas pada perineum, vulva, vagina, serviks dan endometrium.

1) Vulvitis

Vulvitis adalah infeksi pada vulva. Vulvitis pada ibu postpartum terjadi pada bekas sayatan episiotomi atau luka perineum. Tepi luka berwarna merah dan bengkak, jahitan mudah lepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan nanah.

2) Vaginitis

Vaginitis merupakan infeksi pada daerah vagina. Vaginitis pada ibu postpartum terjadi secara langsung pada luka vagina atau luka perineum. Permukaan

mukosa bengkak dan kemerahan, terjadi ulkus dan getah mengandung nanah dari daerah ulkus

3) Servisitis

Infeksi yang sering terjadi pada daerah servik, tapi tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan meluas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menyebar ke parametrium.

4) Endometritis

Endometritis adalah infeksi nifas yang sering terjadi. Biasanya demam mulai 48 jam postpartum dan bersifat naik turun. Hal ini disebabkan oleh kuman–kuman memasuki endometrium (biasanya pada luka implantasi plasenta) dalam waktu singkat dan menyebar ke seluruh endometrium

b Infeksi nifas yang penyebarannya melalui pembuluh darah

Infeksi ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman patogen Streptococcus Hemolitikus Golongan A.

1) Septikemia

Septikemia adalah keadaan di mana kuman-kuman atau toksinnya langsung masuk ke dalam peredaran darah (hematogen) dan menyebabkan infeksi. Gejala

klinik septikemia lebih akut antara lain: kelihatan sudah sakit dan lemah sejak awal, keadaan umum jelek, menggigil, nadi cepat 140 – 160 x per menit atau lebih, suhu meningkat antara 39-40 derajat celcius, tekanan darah turun, keadaan umum memburuk, sesak nafas, kesadaran turun, gelisah.

2) Piemia

Piemia dimulai dengan tromflebitis vena-vena pada daerah perlukaan lalu lepas menjadi embolus-embolus kecil yang dibawa ke peredaran darah, kemudian terjadi infeksi dan abses pada organ-organ yang diserangnya. Gejala klinik piemia antara lain: rasa sakit pada daerah tromboflebitis, setelah ada penyebaran trombus terjadi gejala umum infeksi, hasil laboratorium menunjukkan leukositosis; lokea berbau, bernanah, dan sub involusi.

3) Tromboflebitis

Radang pada vena terdiri dari tromboflebitis pelvica dan tromboflebitis femoralis. Tromboflebitis pelvica yang sering mengalami peradangan adalah pada vena ovarika, terjadi karena penyebaran melalui aliran darah dari luka bekas plasenta di daerah fundus uteri. Sedangkan tromboflebitis femoralis dapat merupakan

tromboflebitis vena safena magna atau peradangan vena femoralis sendiri, atau merupakan penjalaran tromboflebitis vena uterin, dan akibat parametritis.

c Infeksi nifas yang penyebarannya melalui jalan limfe

1) Peritonitis

Peritonitis Peritonitis menyerang pada daerah pelvis (pelvio peritonitis). Gejala klinik antara lain: demam, nyeri perut bawah, keadaan umum baik. Sedangkan peritonitis umum gejalanya: suhu meningkat, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, terdapat abses pada cavum douglas, defense musculair (perut tegang dan nyeri), fasies hypocratica

2) Parametritis (sellulitis pelvica)

Gejala klinik parametritis adalah: nyeri saat dilakukan periksa dalam, demam tinggi menetap, nadi cepat, perut nyeri, sebelah atau kedua bagian bawah terjadi pembentukkan infiltrat yang dapat teraba selama periksa dalam. Infiltrat terkadang menjadi abses.

d Infeksi nifas yang penyebaran melalui permukaan endometrium

Infeksi nifas yang penyebaran melalui permukaan endometrium adalah salfingitis dan ooforitis. Gejala

salfingitis dan ooforitis hampir sama dengan pelvio peritonitis.

(Wahyuningsih, 2018)

9. Asuhan pada masa nifas normal

A Pengertian Asuhan Masa Nifas

Asuhan kebidanan masa nifas adalah pentalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati sebelum hamil. Asuhan pelayanan masa nifas yang berkualitas mengacu pada pelayanan sesuai standart kebidanan, sehingga permasalahan yang terjadi pada masa ibu nifas dapat diminimalkan atau bahkan tidak terjadi sama sekali.

B Tujuan Asuhan Nifas

Asuhan masa nifas memiliki beberapa tujuan diantaranya:

a Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun pikologinya,

b Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/ merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya,

c Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat,

d Mendapatkan pelayanan KB

e Mendapatkan kesehatan emosi.

(Maritalia, 2017)

C Kunjungan Masa Nifas

Kebijakan program nasional masa nifas yaitu paling sedikit empat kali kunjungan pada nifas dalam rangka menilai status ibu dan bayi baru lahir, mencegah, mendeteksi dan mengurangi masalah-masalah yang terjadi pada masa nifas, diantaranya:

a Kunjungan I (6 – 48 jam postpartum)

Asuhan yang diberikan antara lain:

1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
2) Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak terjadi tanda-tanda infeksi
3) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (bounding attachment)
4) Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI ekslusif).

b Kunjungan II (4 hari – 28 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal

2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal,
3) Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat
4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit,
5) Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

c Kunjungan III (29 hari–42 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas.
2) Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

(Kumalasari, 2015)

10. Perawatan Masa Nifas

A Kebersihan diri

a. Menganjurkan ibu bagaimana membersihkan kelamin, yaitu terlebih dahulu dari depan kebelakang kemudian daerah anus.
b. Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain

pembalut setidaknya 2x/hari atau bila sudah terasa penuh.

c. Menyarankan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kemaluannya.

d. Jika ibu mempunyai luka episiotomi/laserasi, sarankan ibu untuk menghindari daerah luka.

B Istirahat

a. Menganjurakan pada ibu untuk istirahat cukup, bertujuan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

b. Menyarankan untuk kembali beraktifitas secara perlahan-lahan serta tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

C Gizi (nutrisi)

a. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari.

b. Makan dengan diet berimbang cukup protein, mineral dan vitamin.

c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk minum setiap kali menyusui).

d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca post partum.

D Senggama

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan setengah jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

E Keluarga Berncana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil lagi. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya

(Manuaba, 2010).

11. Masalah dalam menyususi dan cara menyusui yang benar

Beberapa keadaan atau masalah yang timbul pasa masa menyusu yang mungkin terjadi antara lain :

A Puting lecet

Puting susu lecet disebabkan oleh trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadu retak dan pembentukan celah-celah. Retakan atau lecet pada puting susu dapat sembuh sendiri dalam waktu 48 jam. bisa dicegah dan dibiasakan untuk melumasi putig susu dengan air susu dulu sebelum di susukan kepada anak dan perbaikan posisi menyusui.

B Saluran ASI tersumbat

Tersumbatnya saluran asi disebabkan oleh air susu yang mengental hingga menyumbat lumen slauran, dan pemakain bra yang terlalu ketat. Gejala yang timbul pada ibu adalah payudara terasa nyeri dan bengkak.

C Payudara bengkak

Payudara benkak disebabkan oleh kebiasaan menyusui yang tidak kontinyu sehingga menyebabkan sisa ASI terkumpul pada daerah duktus. Gejala yang muncul meliputi ; payudara bengkak, sakit, kulit payudara mengkilat, asi tidak keluar , dan terjadi demam setelah 24 jam.

D Mastitis

Mmastitis adalah peradangan pada pyudara. Mastitis ini dapt terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui. Paling sering terjadi pada hari ke-10 dan hari ke-28 setelah kelahiran . mastitis ini disebabkan oleh payudara bengkak karena menyusui yang tidak adekuat, bra yang ketat, dan puting suus lecet.

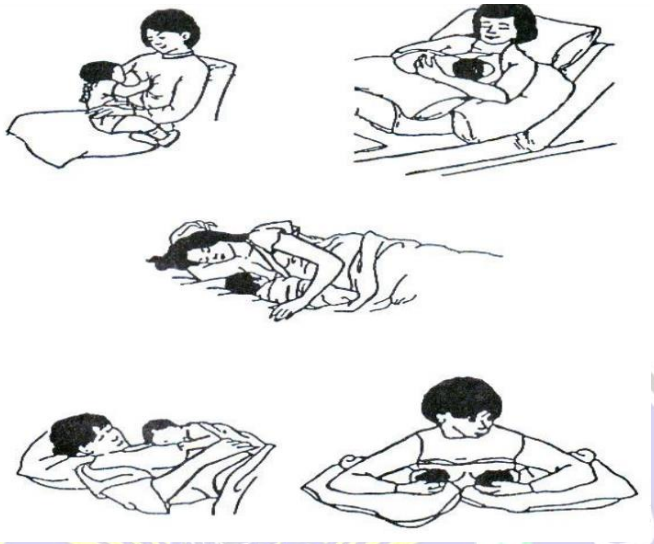
E Abses Payudara

Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik dan benar sehingga memperburuk infeksi.

Cara menyusui yang benar

A Ibu Mencuci tangan sebelum mulai menyusui

B Menempatkan diri pada posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan : duduk bersandar, tidur miring, atau berdiri. Bila duduk, jangan sampai kaki menggantung.



Gambar 2.13 Macam-macam posisi menyusui
Sumber : (Bahagia, A Dwi, 2015)

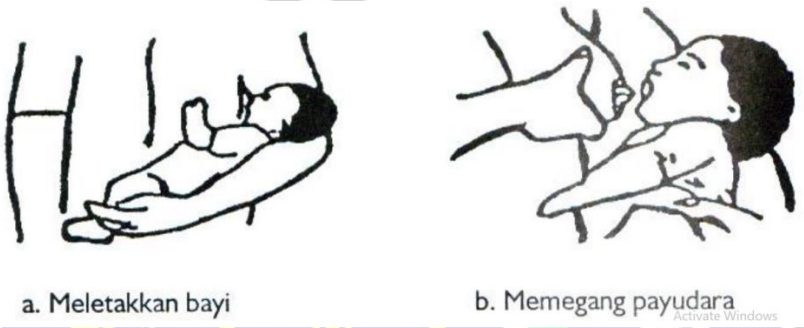
C Mengeluarkan sedikit ASI dengan cara meletakkan ibu jari dan jari telunjuk sejajar di tepi areola, kemudian tekan ke arah dinding dada lalu dipencet sehingga ASI mengalir keluar. Oleskan ASI ke puting susu dan areola sekitarnya (bermanfaat untuk kelembapan)

D Menempatkan kepala bayi pada lengkung siku ibu, kepala bayi tidak boleh tertengadah, sokong badan bayi dengan lengan dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu. Badan bayi harus sejajar dengan kepala nya.

E Menempatkan satu lengan bayi dibawah ketiak ibu

F Menatap bayinya dengan kasih sayang untuk meningkatkan bonding attachement

G Memegang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah payudara. Jangan menekan puting susu atau areolanya.

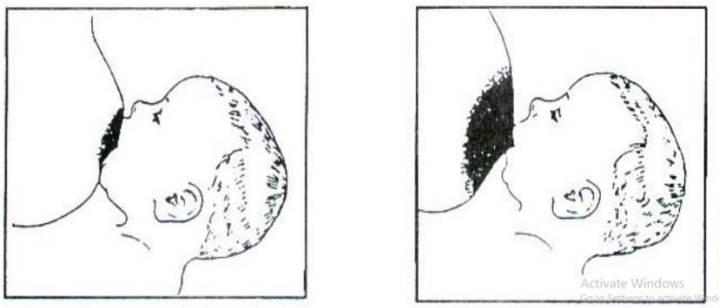


Gambar 2.14 Posisi bayi dan memegang payudara
Sumber : (Bahagia, A Dwi, 2015)

H Memeberikan rangsangan kepada bayi agar membuka mulut (refleks rooting)

I Jika bayi sudah membuka mulut , dekatkan kepala bayi ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan kemulut bayi.

J Memperhatikan tanda-tanda perlekatan bayi yang baik : dagu bayi menempel di payudara (C = chin), sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, terutama areola bagian bawah (A= areola), bibir bayi terlipat keluar (bibir atas terlipat ke atas dan bibir bawah terlipat ke bawah) sehingga tidak mencucu (L= lips), - mulut terbuka lebar (M = Mouth).



Gambar 15. perlekatan bayi saat menyusui
Sumber : (Bahagia, A Dwi, 2015)

K Apabila pada satu payudara sudah terasa kosong, ganti menyusui di payudara yang masih terasa penuh. Lalu jika sudah selesai selanjutnya melepas isapan bayi

L Setelah selesai menyusui, mengeluarkan ASI sedikit kemudian mengoleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

M Sendawakan bayi tengkurap di pangkuan ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau dengan menyendawakan bayi di pundah kemudian punggungnya ditepuk-tepuk.

N (Bahagia, A Dwi, 2015)

Gambar 2.16 menyendawakan bayi
Sumber : (Bahagia, A Dwi, 2015)

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

   Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37 sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram. Nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013).

   Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari yang memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intruterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup baik.

   Bayi Baru Lahir (BBL) disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

   Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram.

   Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari yang memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intruterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup baik (Marmi, 2012).

2. Ciri-ciri bayi baru lahir

   Menurut (Kumalasari, 2015) ciri – ciri bayi baru lahir diantaranya:

   A Berat badan 2500-4000 gram

   B Panjang badan lahir 48-52 cm

   C Lingkar dada 30-38 cm

   D Lingkar kepala 33-35 cm

   E Frekuensi jantung 120-160 kali/ menit

   F Pernapasan ± 40 – 60 kali/ menit

   G Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup

   H Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna

   I Kuku agak panjang dan lemas

   J Genetalia : Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada

   K Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

   L Reflek moro/ gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik

   M Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

3. Klasifikasi Bayi baru lahir

   Menurut Wiknjosastro (2008) yang dikutip dari (Fajriah, 2013) klasifiksai bayi baru lahir adalah :

A. Masa gestasi

a. Kurang bulan *(Preterm infant)* : usia kurang dari 37 lengkap (kurang dari 259 hari)

b. Cukup bulan *(Term infant)* : mulai dari 37 minggu sampai dengan kurang dari 42 minggu lengkap (159-193 hari)

c. Lebih bulan (Postterm infant) : 24 minggu lengkap atau lebih (294 hari)

B. Berat badan lahir

a. Berat lahir rendah : Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi

b. Bayi lahir cukup : Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 2500 sampai 4000 gram

c. Berat lahir lebih : Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 4000 gram

C. Berat Lahir Terhadap Masa Gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)

a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

4. Tahapan BBL

A. Tahapan I

Tahapan ini terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar intik pemeriksaan fisik dan scoring gray untuk interaksi ibu dan bayi

B. Tahapan II

Tahapan ini disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II ini dilakukan pengkaajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

C. Tahapan III

Tahapan ini disebut tahap periodik. Pada tahap ini dilakukan pengkajian setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

(Dewi, Vivian Nanny Lia, Sunarsih, 2010)

5. Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehidupan luar uterus

A. Sistem pernafasan

Pada proses persalinan pervaginam terjadi tekanan mekanik dalam dada yang mengakibatkan pengempisan paru-paru dan tekanan negative pada intra toraks sehingga merangsang udara masuk. Ketika tali pusat dipotong maka akan terjadi pengurangan O2 dan akumulasi CO2 dalam darah bayi, sehingga akan merangsang pusat pernafasan untuk memulai pernafasan pertama.

Pernafasan pertama bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveoli paru-paru untuk pertama kali sehingga merangsang udara masuk. Ketika bernafas, udara memenuhi paru-paru dan sisa surfaktan diserap oleh pembuluh darah dan linfe sehingga semua alveoli terisi oleh udara pada saat ini maka terjadi peningkatan tekanan O2 dalam alveolar sehingga pembuluh darah paru-paru meningkat dan memperlancar pertukaran gas dalam alveoli sehingga terjadi perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar Rahim.

B. Sistem kardiovaskuler (peredaran darah)

Aliran darah dari plasneta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke olasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan reaksi reaksi berikut :

a Penutupan foramen ovale jantung

b Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

a Saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun.

b Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan yang mengurangi volume dan tekanannya.

C. Termoregulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu , sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan.

D. Metabolisme

Pada jam-jam pertama kehidupan, energy di dapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energy diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60% dan 40%.

E. Keseimbangan air dan fungsi ginjal tubuh

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

F. Sistem imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir, masih belum matang sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang menyebabkan kekebalan alami dan buatan. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih sangat lemah dan tidak memadai. Pencegahan pajanan mikroba seperti praktik persalinan aman, menyusui ASI dini dan pengenalan serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting (Wahyuningsih, 2018).

G. Traktus digestivus

Kemampuan bayi cukup bulan menerima dan menelan makanan terbatas, hubungan esofagus bawah dan lambung belum sempurna sehingga mudah gumoh terutama bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung terbatas kurang dari 30 cc untuk bayi cukup bulan. Kapasitas lambung akan bertambah bersamaan dengan tambah umur.Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi diri dari zat berbahaya, kolon bayi baru lahir kurang efisien dalam mempertahankan air dibanding dewasa sehingga bahaya diare menjadi serius pada bayi baru lahir. (Wahyuningsih, 2018).

H. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berurang, walaupun dalam waktu yang agak lama.

I. Keseimbangan asam basa

Tingkat kesamaan (PH) darah pada waktu lahir umumya rendah karena glikolisis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini.

J. Sistem syaraf

Sistem syaraf bayi baru lahir belum matang secara anatomi dan fisiologi. Adanya beberapa aktivitas refleks yang terdapat pada

bayi baru lahir menandakan adanya kerjasama antara sistem syaraf dan sistem muskuloskeretal. Refleks tersebut antara lain:

a. Reflek Morro

   Reflek dimana bayi akan mengembangkan tangan lebarlebar dan melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Reflek Morro biasanya ada pada saat lahir dan hilang setelah usia 3-4 bulan.

b. Reflek Rooting

   Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu. Reflek ini biasanya menghilang pada usia 7 bulan.

c. Reflek Sucking

   Reflek ini timbul bersama dengan reflek rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.

d. Reflek Batuk dan Bersin

   Reflek ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.

e. Reflek Graps

   Refleks yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup telapak tangannya.

Respon yang sama dapat diperoleh ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, menyebabkan jari kaki menekuk. Ketika jari-jari kaki diletakkan pada telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam erat jari-jari. Genggaman telapak tangan bayi biasanya berlangsung sampai usia 3-4 bulan. Jari kaki akan menekuk kebawah, reflek ini menurun pada usia 8 bulan, tapi masih dapat dilihat sampai usia 1 tahun.

f. Reflek Walking dan Stapping

Reflek ini timbul bila bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah kedepan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Menginjak biasanya berangsur-angsur menghilang pada usia 4 bulan.

g. Reflek Tonic Neck

Reflek jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini tidak dapat dilihat pada bayi yang berusia 1 hari, meskipun sekali reflek ini kelihatan, reflek ini dapat diamati sampai bayi berusia 3-4 bulan

h. Reflek Babinsky

Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.

i. Reflek Galant/Membengkokkan Badan

Ketika bayi tengkurap goreskan pada punggung menyebabkan pelvis membengkokkan kesamping. Jika punggung digores dengan keras kira–kira 5 cm dari tulang belakang dengan gerakan kebawah, bayi merespon dengan membengkokkan badan kesisi yang digores. Refleks ini berkurang pada usia 2-3 bulan.

j. Reflek Bauer/ Melangkah

Reflek ini terlihat pada bayi aterm dengan posisi tengkurap, pemeriksa menekan telapak kaki. Bayi akan merespon dengan membuat gerakan merangkak. Reflek ini menghilang pada usia 6 minggu.

6. Proses bayi baru lahir

Proses bayi baru lahir menurut (Marmi, 2012). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

A. Periode Reaktivikasi (*The First Period of Reactivity*)

Dimulai dari masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Mata bayi terbuka dan menunjukkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. selama periode terjaga ini setiap usaha harus untuk memfasilitasi kontak antara ibu

dan bayi baru lahir. Bayi sering kali mengeluarkan fases segera setelah lahir bising usus basanya muncul 30 menit setelah lahir

B. Periode Tidur (*Period of Unresponsive Sleep*)

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung menurun selama periode ini, hingga kurang dari 140 kali per menit. Bayi dalam keadaan tertidur nyenyak. Bising usus ada tetapi kemudian berkurang. Apabila kemungkinan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrauteri

C. Periode Resktivitas II (*The Second Period of reaktivity*)

Selama periode reaktivitas kedua (tahap ketiga transisi), berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna kulit terjadi dengan cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan. Frekuensi pernafasan bervariasi tergantung dari aktivitas. Bayi baru lahir mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan segera sangat penting untuk mencegah hipoglikemia dan menstimulasi pengeluaran feses, serta mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga

memungkinkan kolonisasi bakteri di usus. yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna.

7. Evaluasi Awal BBL

Evaluasi awal BBL dilaksanakan segera setelah bayi baru lahir (menit pertama) dengan menilai dua indikator kesejahteraan bayi yaitu pernapasan, dan frekuensi denyut jantung bayi, karena pada menit pertama bidan berpacu dengan waktu dalam melakukan pertolongan.

Evaluasi nilai APGAR. Evaluasi ini digunakan mulai 5-10 menit. Dilakukan pada saat kala III persalinana dengan menempatkan bayi baru lahir diatas perut pasien dan ditutupi dengan selimut atau handuk kering & hangat.

Tabel 2.7
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	<100x/menit	>100x/menit
Grimace (Reflex)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
Activity (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstermitas fleksi dengan baik.
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis Kuat.

Sumber : (Prawirohardjo, 2014).

8. Kebutuhan dasar Bayi Baru Lahir

A. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Tabel 2.8
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

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

Sumber : (Marmi, 2012).

B. Eliminasi

a. Buang air besar

Fases bayi didua hari pertama setelah persalinan berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Setelah itu fases

bayi akan bergumpalgumpal seperti jeli, padat, berbiji atau seeded dan bisa juga berupa cairan, fases bayi yang di beri ASI ekslusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan fases yang diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal-gumpal atau agak liat dan bulat.

b. Buang air kecil

Bayi baru lahir cendrung sering BAK 7-10x/hari. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4-5 x/hari.

C. Istirahat dan tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Jumlah total tidur bayi akan berkurang seiring

dengan bertambahnya usia bayi, pola ini dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 2.9
Kebutuhan tidur sesuai usia

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Rukiyah, 2019).

D. Personal hygiene

Bayi dimandikan setelah 24 jam setelah kelahiran. Sebelum memandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara 36,5-37,5 ˚C), jika suhu tubuh bayi dibawah normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (skin to skin), tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil kembali. Tunda juga untuk memandikan bayi jika mengalami gangguan pernapasan. Mandikan bayi dengan cepat dan dengan air yang bersih dan hangat, setelah dimandikan segera keringakan tubuh bayi. Selain itu kebersihan bayu harus tetap dijaga terutama kebersihan tali pusat bayi. Perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

E. Aktifitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari,bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis, ketidaknyamannan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulus berlebihan.

F. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sihingga dapat pola tidur yang lebih baik (abdul bari Saifuddin, 2011). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkunganya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungan

G. Keamanan

Jangan meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun ke bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan penghangat buatan di tempat tidur bayi (Rukiyah, 2019).

9. Masalah-masalah pada Bayi Baru Lahir

A. Asfiksia

Mnurut IDAI, asfiksia neonatorum adalah kegagalan napas secara spontan dan teratur pada saat lahit atau beberapa saat setelah lahir yang ditandai dengan hipoksemia, hiperkarbia, dan asidosis. Asfiksia neonatorum diklasifikasikan menjadi 3 yaitu asfiksia ringan, sedang dan berat (Amelia, 2019).

B. Ikterus

Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Macam-macam ikterus :

a. Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga, tidak mempunyai dasar patologi, keadaan tidak melampaui potensi menjadi kern-icterus, tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Iketerus fisiologi ini akan hilang pada 10 hari pertama umur bayi.

b. Ikterus patologis

Ikterus yang mempunyai dasar patologis, kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia. Penilaian kadar bilirubin, sebaiknya dilakukan secara *laboratories*, apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis. Ikterus ini terjadi pada 24

jam pertama bayi dan tetap menetap selama 2 minggu pertama.

C. Tenaus neonatorium

Tetanus Neonatorium adalah infeksi pada bayi yang beusia <28 hari, karena masuknya bakteri Clostridium Tetani yang masuk ketubuh melaui luka. Salah satu penyebab tetanus neonatorium adalah apabila pemotongan tali pusat tidak menggunakan alat-alat yang steril.

D. Kejang

Kejang adalah auatu aritmia serebral. Kejang pada BBL merupakan suatu kondisi pada BBL yang disebabkan oleh demam. Kejang pada neonatus tidak dikategorikan sebagai penyakit tetapi merupakan gejala adanya penyakit lain yang menyebabkan kejang atau adanya kelainan pada susunan syaraf pusat. Kejnag diklasifikasikan menjadi 6 yaitu : kejang subtle, kejang klonik multifokal, kejang tonik, kejang miokolik, kejang umum, dan kejang fokal (Amelia, 2019).

E. Seborrhea

Suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, proses pergantian sel-sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan-lahan dan tidak terlihat oleh mata (Sudarti, 2012).

F. Miliriasis

Miliariasis adalah dermatosis yang disebabkan oleh retens keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. Miliariasis disebut juga *sudamina*, biang keringat, keringat buntet, *ikat tropikus, pickle heat* (Dewi, Vivian Nanny Lia, Sunarsih, 2010).

G. Muntah dan gumoh

Muntah dan gumoh merupakan gangguan dalam sistem integument yaitu suatu gangguan yang berhubungan dengan jaringan penutup permukaan tubuh, seperti membran mukosa dan kulit, yang sering terjadi dan bersifat relatif ringan. Gangguan ini sering dialami oleh bayi dan anak. Meskipun sifatnya relatif ringan, apabila tidak ditangani secara serius, maka hal tersebut dapat memperburuk kondisi kesehatan bayi dan anak (Dewi, Vivian Nanny Lia, Sunarsih, 2010).

H. Oral trush

Sariawan atau stomatitis adalah radang pada rongga mulut (bibir dan lidah) yang disebabkan oleh jamur *candida albicabs* / moniliasis dan hygine (Kristiyanasari, 2010:106). *Oral trush* adalah lapisan atau bercak-bercak putih kekuningan yang timbul di lidah yang dikelilingi oleh daerah kemerahan.

I. Diapper rush

Kelainan kulit yang timbul akibat radang di daerah yang tertutup popok, yaitu di alat kelamin, sekitar dubur, bokong, lipatan paha dan perut bagian bawah. Penyakit ini sering terjadi pada bayi dan balita yang menggunakan popok, biasanya pada usia kurang dari tiga tahun, paling banyak usia 9-12 bulan.

J. Infeksi

Infeksi pada bayi baru lahir lebih sering ditemukan pada BBLR dan bayi yang dilahirkan dirumah sakit. Setelah lahir, bayi terpapar dengan kuman yang juga berasal dari orang lain dan terhadap kuman dari orang lain, dalam hal ini bayi tidak mempunyai imunitas yang cukup untuk melawan. Penangannya adalah :

a Pertahankan tubuh bayi tetap hangat

b Berikan ASI adekuat

c Dieri injeksi antibiotik berspektrum luas

d Perawatan sumber infeksi (Diana, 2017)

10. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir yaitu :

A. Pernafasan > 60X/ menit

B. Suhu tubuh > 37,5°C atau < 36,5 ˚C.

C. Warna kuning (24 jam I), biru/ pucat, memar

D. Isapan lemah (tidak mau menghisap)

E. Mengantuk berlebihan (banyak muntah)

F. Adanya tanda-tanda Infeksi, ditandai dengan:

a. suhu tinggi, merah, bengkak (nanah, bau busuk, pernafasan sulit),

b. Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/ nanah, bau busuk dan berdarah,

c. Tinja/ kemih dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, warna hijau tua, ada lendir dan darah pada tinja

d. Aktifitas terlihat menggigil, tangis lemah, kejang dan lemas.

11. Penyuluhan sebelum Bayi Baru Lahir Pulang

A. Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat bayi dengan cara menjaganya tetap kering, membiarkan kering sendiri tanpa dibubuhi apapun, dibersihkan setiap hari dengan air bersih. Jika tali pusat dibubuhkan sembarangan bahan itu menyebabkan timbulnya infeksi pada tali pusat bayi.

B. Pemberian ASI

Pemberian ASI harus diberikan sedini mungkin dan berkelnajutan. Pemberian asi secara dini akan merangsang produksi susu, memperkuat refleks menghisap bayi. Berikan penjelasan tentang manfaat kontak langsung antara ibu dan bayi. Selain itu beritahu ibu bahwa menyusui harus sesering

mungkin dan jika menyusuinya tidak adekuat mneyebabkan tidak tercukupinya nutrisi bayi.

C. Jaga kehangatan bayi

Kontak antara ibu dan bayi sangat penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi dan mempertahankan panas tubuh bayi. Apabila suhu bayi kurang dari 36,5 ˚C segera hangatkan bayi dengan teknik metode kanguru. Metode ini sangat guna meningkatkan dan mendukung kesehatan bayi.

D. Tanda bahaya bayi

Jika timbul tanda bahaya pada bayi, ajarkan ibu untuk melakukan pertolongan pertama sesuai kemampuan dan sesuai kebutuhan, llau segera bawa ke fasilitas kesehatan.

E. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri dan melawan penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat ke tubuh bayi.

F. Perawatan bayi sehari-hari

Bayi baru lahir sangat rentn terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk selalu melakukan pencegahan terhadap infeksi pada saat memberikan

perawatan sehari-hari ke bayi. Contoh : cucui tangan sebelum memberikan ASI.

12. Pelayanan kesehatan neonatus (Asuhan BBL)

A Pengertian asuhan bayi baru lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dimulai sejak proses persalinan hingga kelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehhidupan). Dengan memegang prinsip asuhan segera, aman, dan bersih untuk bayi baru lahir

B Penanganan BBL

a Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi harus dilakukan kepada semua bayi baru lahir normal seperti Vitamin K untuk mencegah perdarahan, dengan dosis 0,5-1 mg IM. Membersihkan jalan nafas, perawatan tali pusat dan perawatan mata.

b Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan suhu bayi baru lahir belum sempurna. Oleh karena itu jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas bayi akan mengalami hipotermia. pencegahan kehilangan panas dilakukan dengan : mengeringkan bayi setelah lahir, selimuti tubuh bayu, selimuti bagian kepala, snjurkan ibu untuk memeluk

bayi dan menyusui, tempatkan dilingkungan yang hangat, suhu ruangan hangat (Rukiyah, 2019)

c Pemberian obat tetes / salep mata

Pemberian obat tetes mata/salep mata ditujukan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (Penyakit menular seksual). Perawatan mata harus dikerjakan segera. Tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai perawatan tali pusat , dan harus dicatat termasuk obat apa saja yang sudah digunakan (Prawirohardjo, 2014)

d Imunisasi

Pemberian Imunisasi pada bayu bertujuan agar tubuh kebal terhadap penyakit tertentu yang dapat menyebabkan infeksi dan menyebabkan penyakit. Pemberian imunisasi pada bayi baru lahir dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.10

Pemberian imunisasi pada bayi baru lahir

Umur	Vaksin	Ketergangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepala bayi lain.
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi prematur dan HbsAg ibu negative, maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram.
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu.
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, Interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu.
4 bulan	DPT-2	Dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2
	Polio-2	Diberikan bersamaan dengan DTP-2
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan dengan DPT-3
	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi terbaiknya 5 bulan.
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber : Kemenkes RI. 2016 : 49

e Inisiasi menyusu dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) bertujuan untuk mempererat ikatan batin antara ibu dan anak, setelah dilahirkan sebaiknya setelah di dada ibunya selama 1 jam sebelum bayi dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam diantara ibu dan anak. Biarkan bayi mencari puting payudara ibu. Hal tersebut adalah awal hubungan menyusui yang berkelanjutan yaitu sampai dengan usia 2 tahun (Rukiyah, 2019).

f Bounding Attachement

Bounding attachement adalah sentuhan atau kontak kulit sedini mungkin antara bayi dengan ibu atau dengan ayah dimasa sensitif pada menit pertama dan beberapa jam setelah kelahiran bayi. Pada proses ini terjadi penggabungan berdasarkan cinta dan penerimaan yang tulus dari orang tua terhadap anaknya dan memberikan dukungan asuhan dalam perawatannya . kebutuhan menyentuh dan disentuh adalah kunci dari insting primata. Dalam hal ini bayi sudah mulai mempelajari lingkungan (Walyani, Siwi Elisabeth, 2016).

D. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8- 28 hari. Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0-28 hari, baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah. Pelaksanaan kunjungan diantaranya:

a Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir,

b Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir

c Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir (Karwati, Pujiati.D, 2011).

2.1.5 Konsep dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian keluarga berencana

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi” adalah pertemuan antar sel telur dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat dari pertemuan sel telur dan sel sperma (Kumalasari, 2015).

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha menjaangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012).

Program keluarga berencana merupakan upaya pemerintah untuk menekan pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Keberhasilan program keluarga berencana (KB) dapat dilihat dari adanya peningkatan peserta KB aktif dan penurunan TFR (Total Fertility Rate)

2. Tujuan keluarga berencana

   Menurut Handayani, 2010; 29 dalam (Prijiatni, Ida, 2016) Tujuan Keluarga Berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

Tujuan keluarga berencana menurut (Fitri, 2018) :

A. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
B. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama.
C. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya angka kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan.

3. Sasaran keluarga berencana

Sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan sasaran tidak langsung.

A. Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan
B. Secara tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera. Berikut ini merupakan sasaran program keluarga berencana yang tertuang dalam RPJM 2004-2009, meliputi:
    a. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1.14 per tahun.
    b. Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan

c. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (unmet need) menjadi 6 persen
d. Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen
e. Meningkatkan rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
f. Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
g. Meningkatkan jumlah keluarga prasejahterah dan keluarga sejahterah 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktifMeningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional (Marmi, 2016).

4. Ruang Lingkup Keluarga berencana

Ruang lingkup program pelayanan Keluarga Berencana (KB), meliputi :

A. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
B. Konseling
C. Pelayanan kontrasepsi
D. Pelayanan infertilitas
E. Pendidikan sex
F. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan

G. Konsultasi genetik

H. Tes keganasan

I. Adopsi

Ruang Lingkup program KB secara umum, meliputi :

A. Keluarga berencana

B. Kesehatan reproduksi remaja

C. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga

D. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas

E. Keserasian kebijaksanaan kependudukan

F. Pengelolaan SDM aparatur

G. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan kepemerintahan

H. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur Negara (Marmi, 2016).

5. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

A. Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

a. Pengertian

Kontrasepsi yang tidak mengandung hormone, baik estrogen maupun progesterone. Metode kontrasepsi sederhana adalah suatu cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh akseptor KB, tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu

b. Jenis – jenis

1) Metode Amenora Laktasi (MAL)

a) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara ekslusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL akan efektif jika digunakan dengan benar selama 6 bulan pertama melahirkan dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan serta memberikan ASI secara ekslusif

Mal dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

1) Menyusui secara penuh
2) Belum haid
3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

b) Cara kerja : penundaan atau menekan ovulasi

c) Keuntungan Kontrasepsi

(1) Evektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan setelah persalinan)
(2) Segera efektif
(3) Tidak menggangu senggama
(4) Tidak ada efek samping sistemik
(5) Tidak perlu pengawasan medis
(6) Tidak perlu obat atau alat
(7) Tanpa biaya

d) Keuntungan nonkontrasepsi

(1) Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI), Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal,Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai

(2) Untuk Ibu

Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

e) Keterbatasan

(1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar menyusi dalam 30 menit pasca persalinan.

(2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial

(3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

(4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

(Affandi, 2014)

2) Coitus Interuptus

a) Pengertian

Coitus interuptus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

b) Cara Kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

c) Evektifitas

Metode senggama terputus dapat efektif, jika dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman, dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif (Jannah, 2017).

d) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila dilakukan dengan benar

(2) Tidak menganggu produksi ASI

(3) Tidak membutuhkan biaya

(4) Dapat digunakan setiap waktu

(5) Dapat digunakan sebagai pendukung KB lainnya

(6) Tidak ada efek samping

e) Manfaat non kontrasepsi

(1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana

(2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan yang lebih dekat.

f) Keterbatasan

(1) Efektfitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus. Tingkat kegagalan metode kontrasepsi ini adalah 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun

(2) Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis

(3) Memutus kenikmatan dalam hubungan seksual (Affandi, 2014).

3) Metode Lendir Serviks

a) Pengertian

Metode Lendir Serviks adalah Metode mengamati kualitas dan kuantitas lendir serviks setiap hari.

Periode subur ditandai dengan lendir yang jernih, encer, dan licin. Metode lendir serviks dilakukan dengan wanita mengamati lendir serviksnya setiap hari.

b) Terknik metode lendir serviks

Abstinens (tidak berhubungan seksual) dimulai pada hari pertama diketahui adanya lendir setelah haid dan berlanjut sampai dengan hari ke-empat setelah gejala puncak *(peak symptom)*. Periksa lendir dengan jari tangan atau tissue di luar vagina dan perhatikan perasan kering–basah. Tidak dianjurkan untuk memeriksa ke dalam vagina.

c) Kelebihan

(1) Mudah digunakan

(2) Tanpa biaya

(3) Metode mukosa serviks merupakan metode KB yang mengamati tanda tanda kesuburan sehingga dapat terus mengamati tanda-tanda kesuburan

d) Keterbatasan

(1) Angka kegagalan : 0,4-39.7 kehamilan pada 100 wanita pertahun.

(2) Disamping abstinens pada saat yang diperlukan, masih ada 3 sebab lain terjadinya kegagalan / kehamilan :

(3) Pengeluaran lendir mulainya terlambat.

(4) Gejala puncak *(peak symptom)* timbul terlalu awal/dini.

(5) Lendir tidak dirasakan oleh si wanita atau dinilai/interpretasi salah.

(6) Tidak melindungi dari infeksi menular seksua

4) Metode Suhu Basal

a) Pengertian

Suhu basal tubuh adalah suhu yang dicapai oleh tubuh ketika istirahat, atau tidak sedang melakukan aktivitas apapun (tidur). Untuk mendapatkan hasil terbaik mengukur suhu tubuh dilakukan pada pagi hari, setelah bangun tidur dan belum melakukan aktivitas apapun.

b) Kelebihan

(1) pasangan terhadap masa subur

(2) Berada dalam kendali wanita

(3) Dapat mencegah atau meningkatkan kehamilan

(4) Dapat bermanfaat sebagai konsepsi maupun kontrasepsi

c) Kekurangan

(1) Membutuhkan motivasi dari pasangan suami istri

(2) Suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh penyakit, seperti gangguan tidur,setres

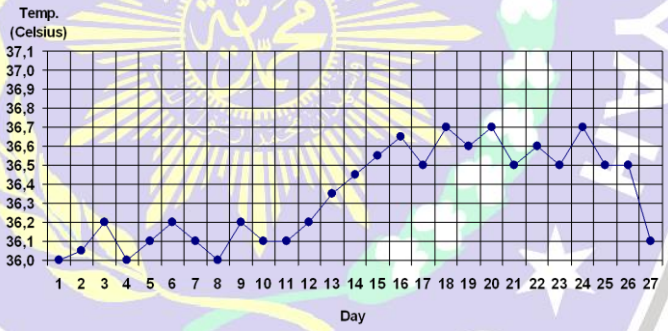
(3) Pengukuran suhu tubuh akan dilakukan pada waktu yang sama

(4) Metode kurang efektif

(5) Sulit dilakukan oleh pasangan suami istri

(6) Tidak mencegah IMS (HIV/AIDS)

(Affandi, 2014)



Gambar 2.17 Metode suhu basal
Sumber : (Affandi, 2014)

5) Metode Simtomthermal

a) Pengertian

Metode simtothermal merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang mengidentifikasi masa subur dari siklus menstruasi wanita. Metode simptothermal mengkombinasikan metodesuhu

basal tubuh dan mukosa serviks. Tetapi ada teori lain yang menyatakan bahwa metode ini mengamati tiga indikator kesuburan yaitu perubahan suhu basal tubuh, perubahan mukosa/lendir serviks dan perhitungan masa subur melalui metode kalender..

b) Kelebihan

(1) Tidak ada efek fisik seperti obat-obatan, alat, bahan kimia atau operasi yang dibutuhkan.

(2) Aman.

(3) Ekonomis.

(4) Meningkatkan hubungan kerjasama antar pasangan.

(5) Dapat langsung dihentikan apabila pasangan menginginkan kehamilan.

(6) Tidak memerlukan tindak lanjut atau alat kontrasepsi lain setelah belajar metode simptothermal dengan benar

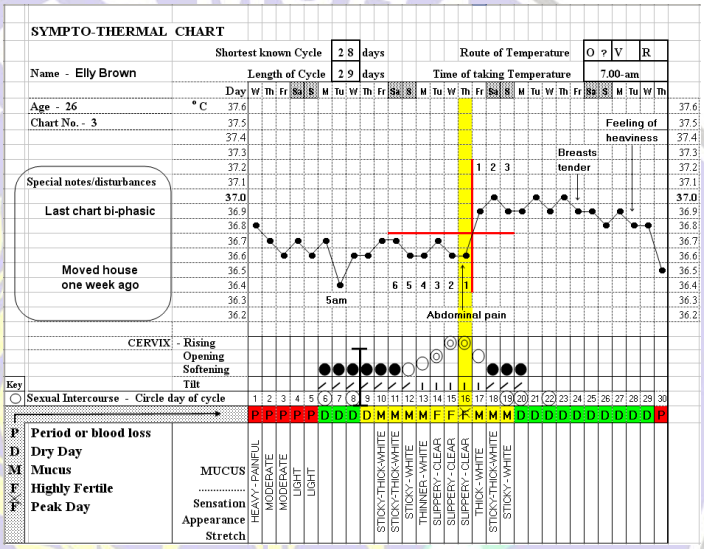
c) Kekurangan

(1) Tidak cocok digunakan oleh wanita yang mempunyai bayi, berpenyakit, pasca perjalanan maupun konsumsi alkohol.

(2) Metode simptothermal kurang efektif karena pengguna harus mengamati dan mencatat suhu basal tubuh maupun perubahan lendir serviks.

(3) Metode simptothermal memerlukan kerjasama antara pasangan suami istri.

(4) Pengguna harus mendapatkan pelatihan atau instruksi yang benar.



Gambar 2.18 Metode simtothermal
Sumber : (Affandi, 2010)

6) Metode pantang berkala atau kalender

a) Pengertian

Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari vagina. Untuk penghitungan masa subur memerlukan penghitungan siklus selama 6 bulan

dan dipakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11, siklus terpendek dikurangi 18. Antara kedua waktu itu senggama harus dihindari.

b) Manfaat Kontrasepsi

(1) Dapat digunakan untuk menghindari kehamilan

(2) Metode sederhana

(3) Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi

(4) Tidak ada efek samping

(5) Murah atau tanpa biaya

c) Manfaat nonkontrasepsi

(1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB

(2) Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi

(3) Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami dan istri

d) Keterbatasan

(1) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi

(2) Sebagai konserpatif sedang (9-20 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian)

(3) Perlu adanya persyaratan

(4) Harus ada kerjasama, motivasi, disiplin antara pasangan suami istri (Affandi, 2014).

B. Metode kontrasepsi sederhana dengan alat

a. Pengertian

Sutau metode keluarga berencana untuk menghalangi/mencegah pertemuanantara sel telur dan sel sperma dengan menggunakan metode yang membutuhkan alat sederhana yang tidak memerlukan obat obatan (Affandi, 2010).

b. Jenis-jenis

1) Kondom

a) Pengertian

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. Tipe kondom ada 3 yaitu : kondom biasa, kondom berkontur, kondom beraroma, kondom tidak beraroma.

b) Cara kerja

(1) Mengahalangi terjadiya pertemuan antara sel telur sengan sel sperma

(2) Mencegah penularan mikroorganisme (HBV, HIV/AIDS) dari masing masing pasangan

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila digunakan dengan benar

(2) Tidak menggangu produksi ASI

(3) Tidak menggangu kesehatan klien

(4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

(5) Murah dan dapat dibeli secara umum

(6) Tidak perlu resep dokter

(7) Bisa digunakan metode kontrasepsi sementara ataupun pengganti kontrasepsi

d) Manfaat non kontrasepsi

(1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber KB

(2) Dapat mencegah penularan IMS

(3) Mencegah ejakulasi dini

(4) Saling berinterkasi dengan pasangan

e) Keterbatasan

(1) Efektifitas tidak terlalu tinggi

(2) Cara penggunakan dapat mempengaruhi keberhasilan

(3) Mengurangi kepuasan

(4) Harus selalu tersedia sewaktu dibutuhkan

(5) Kesulitan dalam pembuangan limbah

f) Indikasi

(1) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi.

(2) Ingin kontrasepsi tambahan.

(3) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB.

(4) Pria yang mempunyai riwayat penyakit genetalia.

(5) Sensitivitas penis terhadap secret vagina.

(6) Ejakulasi premature

(A. Saifuddin, 2013)

Gambar 2.19 Alat Kontrasepsi Kondom
Sumber : (Affandi, 2014)

2) Diafragma

a) Pengertian

Diafragma asalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks yang diinsersikankedalam vagina sebelum coitus. Diaftagma ini dapat menutupi serviks.

b) Cara kerja

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran reproduksi bagisn atas dan sebagai tempat spermisida.

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila digunakan dengan benar

(2) Tidak menggangu produksi ASI

(3) Tidak menganggu hubungan seksual karena sudah dipasang 6 jam sebelumnya

(4) Tidak menganggu kesehatan

d) Manfaat nonkontrasepsi

(1) Salah satu pelindung dari infeksi menular seksual

(2) Bila digunakan saat haid dapat menampung darah haid

e) Keterbatasan

(1) Efektifitasnya sedang

(2) Keberhasilan bergantung kepada kepatuhan mengikuti cara penggunaan

(3) Pada beberap apengguna menyebabkan infeksi pada uretra

(4) Pada 6 jam pasca coitus, diafragma harus tetap pada posisinya

(Affandi, 2014)

Gambar 2.20 Alat Kontrasepsi Diafragma

Sumber : (Affandi, 2010)

3) Spermisida

a) Pengertian

Spermisida adalah bahan kimia(biasanya non oksinol 9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dlam bentuk : aerosol (busa), tablet vagina, supositoria, atau dissolvage film dan krim

b) Cara kerja

Menyebabkan sel membram sperma pecah, menghambat pergerakan sperma, dan menurunkan memampuan pembuahan sel telur.

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif seketika (busa dan krim)

(2) Tidak menganggu produksi ASI

(3) Tidak menganggu kesehatan

(4) Mudah digunakan

(5) Meningkatkan lubrikasi

(6) Tidak perlu resep dokter

d) Manfaat nonkontrasepsi

(1) Dapat melindungi dari IMS

e) Keterbatasan

(1) Efektifitasnya kurang (18-29 kehamilan per 100 kehamilan per tahun pertama

(2) Efektifitas bergantung dari cara penggunaannya

(3) Penggunaka harus menunggu selama 10-15 menit setelah pengaplikasian sebelum melakukan coitus.

(4) Efektifitas aplikasi hanya 1-2 jam

C. Metode kontrasepsi hormonal

a. Pengertian

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Affandi, 2014).

b. Jenis-Jenis

1) Pil Kombinasi

a) Pengertian

Pil kombinasi adalah pil kontrasepsi yang berisi hormone esterogen dan progesterone.

b) Jenis

(1) Monofasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

(2) Bifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

(3) Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tableet mengandung hormon aktif esterogen atau progesteron dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

c) Cara kerja

(1) Menekan ovulasi

(2) Mencegah implantasi

(3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma

(4) Pergerakan tuba terganggu

d) Manfaat

(1) Memiliki efektifitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)

(2) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil

(3) Tidak menganggu hubungan seksual

(4) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang

(5) Dapat digunakan jangka panjang

(6) Dapat digunakan dari remaja sampai menopouse

(7) Mudah digunakan setiap saat

(8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil diberhentikan

(9) Dapat digunakan kontrasepsi darurat

(10) Membantu mencegah : KET, kanker ovarium, kista ovarium, penyakit radang panggul, dismenorrea, kenaliann jinak payudara.

e) Keterbatasan

(1) Mahal dan membosankan karena harus menggunakan setiap hari

(2) Mual terutama pada 3 bulan pertama

(3) Spotting

(4) Pusing

(5) Nyeri payudara

(6) BB naik

(7) Berhenti haid (amennorea),

(8) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui

(9) Dapat meningkatkan tekanan darah

(10) Tidak mencegah IMS

f) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak

(3) Gemuk atau kurus

(4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi

(5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(6) Pascakeguguran

(7) Nyeri haid hebat

(8) Siklus haid tidak teratur

(9) Kelainan payaudara jinak

(10) Riwayat kehamilan ektopik

(11) Kencing manis tanpa komplikasi

g) Kontraindikas

(1) Yang hamil atau dicurigai hamil

(2) Menyusui ekslusif

(3) Perdarahan pervaginam

(4) Penyakit hati akut (hepatitis)

(5) Perokok dengan usia >35 tahun

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

(7) Riwayat gangguan pembekuan darah

(8) Migrain atau dicurigai neurologik loakal (Epilepsi / riwayat epilepsi)

(9) Tidak dapat ,menggunakn pil setiap hari

(Affandi, 2014)

Gambar 2.21 Pil Kombinasi
Sumber : (Affandi, 2012)

2) Pil Progestin

a) Pengertian

Pil kontrasepsi yang berisi hormon progesteron atau biasa disebut dengan minipil

b) Kemasan dengan isi 35 pil : 35 ug Levonpgrestel atau 350 ug noretindron, kemasan dengan isi 28 pil : 75 ug desogestrel

c) Efektifitas

Sangat efektif (98,5%). Agar maksimal jangan sampai ada pil yang lupa, tablet diguankan pada jam yang sama (malam hari).

Senggama sebaiknya 3-20 jam setelah penggunaan minipil

d) Keuntungan kontrasepsi
   (1) Sangat efektif bila digunakan dengan benar
   (2) Tidak menganggu hubungan seksual
   (3) Tidak mempengaruhi ASI
   (4) Kesuburan cepat kembali
   (5) Nyaman digunakan
   (6) Dapat dihentikan setiap saat
   (7) Tidak mengandung hormone esterogen
e) Keuntungan non kontrasepsi
   (1) Mengurangi nyeri haid
   (2) Mengurangi jumlah haid
   (3) Menurunkan tingkat kematian
   (4) Mencegah kanker endometrium
   (5) Melindungi dari penyakit radang panggul
   (6) Tidak meningkatkan pembekuan darah
   (7) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
   (8) Kurang menyebabkan kenaikan tekanna darah, nyeri kepala, depresi

f) Keterbatasan

(1) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid

(2) Peningkatan atau penuurnan berat badan

(3) Harus digunakan setiap hari

(4) Jika lupa satu pil, kegagalan lebih besar

(5) Payudara menjadi lebih tegang

(6) Efektifitasnya menjadi lebih rendah jika digunakan bersamaan dengan obat epilepsi

(7) Tidak melindungi dari IMS

(8) Hirsutisme

g) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Telah memiliki anak atau belum emmiliki anak

(3) Menginginkan metode kontrasepsi yang efektif pada saat menyusui

(4) Pascapersalinan dan tidak menyusui

(5) Pascakeguguran

(6) Perokok segala usia

(7) Mempunyai tekanan darah tinggi

(8) Tidak boleh atau tidak bisa menggunakan hormon esterogen

h) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil

(2) Perdarahan pervaginam

(3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

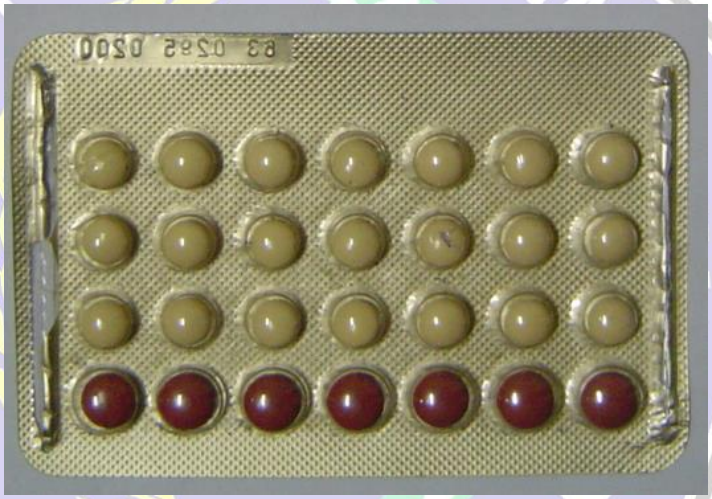
(4) Menggunakan obat tuberkolosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi

(5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(6) Sering lupa menggunakan pil

(7) Mioma uterus

(8) Riwayat stroke



Gambar 2.22 Pil Progestin
Sumber : (Affandi, 2012)

3) Suntikan Kombinasi

a) Pengertian

kontrasepsi suntikan progestin adalah kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron dan hormon esterogen. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron asetat dan 5 mg Estradiol sipionat yang diberikan dengan injeksi IM.

Sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Vakerat yang diberikan dengan cara injeksi Im sebulan sekali.

b) Efektifitas

Sangat efektif (0,2-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama pengguanan.

c) Cara Kerja

(1) Menekaan ovulasi

(2) Membuat lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.

(3) Membuat endometrium menjadi kurang baik (atrofi) untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.

(4) Mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba falopi

d) Keuntungan kontrasepsi

(1) Resiko terhadap kesehata sangat kecil

(2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri

(3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

(4) Jangka panjang

(5) Efek samping sangat kecil

(6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

e) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Mengurangi jumlah perdarahan

(2) Mengurangi nyeri saat haid

(3) Mencegah anemia

(4) Mencegah kanker endometrium dan kanker ovarium

(5) Mengurangi reksiko penyakit payudaara jinak

(6) Mencegah kehamilan ektopik

(7) Melindungi klien dari jenis – jenis penyakit tertentu.

f) Kerugian

(1) Terjadi perubahan pola haid

(2) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian,

(3) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan,

(4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.

(5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B serta virus HIV.

(6) Mual, sakit kepala , nyeri payudara ringan. Keluhan seperti ini akan hilang pada suntikan ke dua atau ke tiga.

g) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Tidak memiliki anak atau belum memiliki anak

(3) Ingin mendapatkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi

(4) Pascapersalinan > 6 bulan (jika ibu menyusui)

(5) Pascapersalinan dan tidak menyusui

(6) Anemia

(7) Nyeri haid hebat

(8) Haid teratur

(9) Riwayat kehamilan ektopik

(10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

h) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil

(2) Menyusui dibawah 6 bulan pasca persalinan

(3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(4) Usia > 35 tahun yang merokok

(5) Keganasan payudara

(6) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala

(7) Hepatitis

Gambar 2.23 Kontrasepsi suntik 1 bulan
Sumber : (Affandi, 2010)

4) Suntikan Progestin

a) Pengertian

kontrasepsi progestin adalah kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormon esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu (Sulistyawati, 2013).

b) Jenis

(1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang

diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik Intramuskular (IM)

(2) Depo Nerotisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dnegan cara disuntik intramuskular (IM)

c) Cara kerja

(1) Mencegah ovulasi

(2) Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa

(3) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.

(4) Menghambat transportasi gamet di tuba.

d) Efektifitas

Efektifitasnya tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama. Efektifitas dapat maksimal apabila penyuntikannya dilakukan secara teratur dan sesuai jadwal.

e) Keuntungan

(1) Sangat efektif penggunaannya

(2) Pencegahan kehamilan jangka panjang

(3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

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

(5) Tidak mempengaruhi ASI

(6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(7) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause

(8) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

(9) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

(10) Mencegah beberapa penyakit radang panggul

(Affandi, 2014)

f) Keterbatasan

(1) Sering ditemukan ganguan haid,

(2) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian,

(3) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan,

(4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.

(5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B serta virus HIV.

(6) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum

g) Indikasi

(1) Wanita usia reproduktif

(2) Wanita yang telah memiliki anak

(3) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi

(4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

(5) Wanita setelah melahirkan dan tidak menyusui,

(6) Wanita dengan riwayat abortus dan keguguran,

(7) Wanita yang memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi

(8) Wanita dengan masalah gangguan pembekuan darah

h) Kontraindikasi

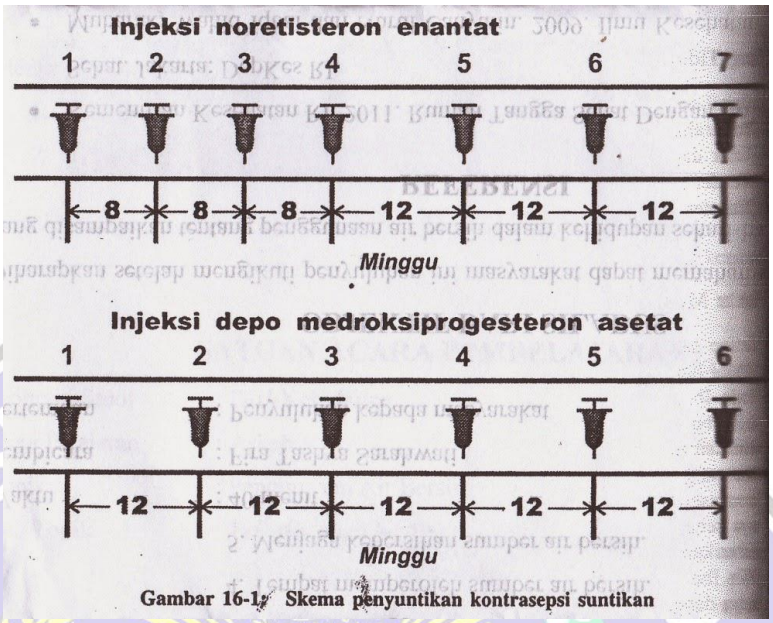
(1) Wanita hamil atau dicurigai hamil

(2) Wanita dengan perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(3) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

(4) Wanita yang pernah menderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara

(5) Wanita penderita diabetes mellitus disertai komplikasi



Gambar 16-1. Skema penyuntikan kontrasepsi suntikan

Gambar 2.24 Skema penyuntikan kontrasepsi suntikan 3 bulan
Sumber : (Affandi, 2014)

Gambar 2.25kontrasepsi suntikan 3 bulan
Sumber : (Affandi, 2014)

5) Implan

a) Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen, dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun.

b) Jenis

(1) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg Levonogestrel. Panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Lama kerjanya 5 tahun

(2) Implanon

Terdiri dari 1 batang putih telur yang berisi progestin yang dimasukkan kedalam inserter steril dan sekali pakai (disposable), panjangnya 40 mm berdiameter 2 mm yang isinya inti Ethylene Vinyl Acetate (EVA) mengandung 68 mg 3-keto-desogestrel, dengan lama kerja sampai 3 tahun

(3) Jadena & Indoplant

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

(4) Uniplant

Terdiri dari satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, mengandung 38 mg nomegestrol asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 mg perhari dengan lama kerja 1 tahun

(5) Capronor

Terdiri dari 1 kapsul biodegradabel (yang melepaskan hormon bersama zat-zat pengangkut didalam jaringan tubuh). Berdiameter 0,24 cm yang terdiri atas 2,5 cm mengandung 16 mg levonorgestrel ukuran panjang, dan kapsul panjang ukuran 4 cm mengandung 26 mg levonorgestrel. Lama kerja antara 12 – 18 bulan.

c) Mekanisme kerja

Implan mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara. Seperti kontrasepsi progestin pada umumnya yaitu mengentalkan mukus / lendir serviks sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma.

d) Efek samping

(1) Perubahan perdarahan haid : perdarahan lama, spotting, lama perdarahan ataupun bercak berkurang, amenorea.

(2) Sakit kepala (1,9%)

(3) Perubahan berat badan (biasanya meningkat, 1,7%)

(4) Perubahan suasana hati (gugup atau cemas, 1,1%)

(5) Depresi (0,9%)

(6) Lain lain : mual mual, perubahan selera makan, payudara lembek, jerawat, bertambahnya rambut dibagan badan dan muka (1,8%)

(7) Penurunan aktivitas endometrium (hipoplasia dan atrofi)

e) Keuntungan

(1) Mempunyai daya guna tinggi dengan efektivitas penggunaan 0,2–1 kehamilan per 100 perempuan.

(2) Perlindungan jangka panjang hingga mencapai 5 tahun.

(3) Mengembalikan kesuburan lebih cepat

(4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam karena implan dimasukkan lewat bagian subdermal (lengan atas)

(5) Tidak mengandung hormon esterogen, implan mengandung progestin dosis rendah

(6) Tidak mengganggu kegiatan senggama

(7) Tidak mengganggu produksi ASI

(8) Dapat dicabut setiap saat

(9) Mengurangi jumlah darah menstruasi. Terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang keluar, sehingga metode ini juga dapat memperbaiki anemia pada wanita

f) Kekurangan

(1) Dapat menimbulkan efek samping nyeri kepala, peningkatan berat badan, timbulnya jerawat, perubahan perasaan (mood), dan gelisah.

(2) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, sehingga klien tidak dapat memberhentikan sendiri pemakaiannya

(3) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual seperti HIV/AIDS

(4) Efektivitas menurun bila penggunaan obat-obat tuberkulosis atau epilepsi

g) Indikasi

(1) Wanita usia produuktif

(2) Wanita yang menghendaki kontasepsi jangka panjang

(3) Wanita dalam masa menyusui

(4) Wanita pascakeguguran (abortus)

(5) Wanita yang tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak ingin menggunakan kontrasepsi mantap (MOW)

(6) Wanita dengan kontaindikasi hormon esterogen, g) Serta wanita yang sering lupa minum jika menggunakan kontrasepsi pil.

h) Kontraindikasi

(1) Wanita hamil/ di duga hamil

(2) Wanita yang pernah mengalami perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(3) Wanita yang menderita kanker payudara

(4) Wanita yang tidak dapat menerima perubahan pola menstruasinya

(5) Wanita dengan riwayat diabetes melitus, penyakit jantung dan mengalami varises.

(Kumalasari, 2015)

Gambar 2.26 Alat kontrasepsi Implan
Sumber : (Affandi, 2014)

6) AKDR dengan Progestin

a) Pengertian

Jenis AKDR yang menggunakan hormon steroid adalah Prigestase yang mengandung progesteron dan mirena yang mengandung levonogestrel

b) Cara ker ja

(1) Endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga menganggu implantasi

(2) Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengeblok bersatunya ovum dengan sperma

(3) Mengurangi jumplah sperma yang mencapai tuba fallopi

(4) Menginaktifkan sperma

c) Efektifitas

Sangat efektif yaitu 0,5–1 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian.

d) Keuntungan kontrasepsi

(1) Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun)

(2) Tidak menganggu hubungan seksual

(3) Tidak berpengaruh terhadap ASI

(4) Kesuburan akan segera kembali setelah AKDR dilepas

(5) Efek sampingnya sangat kecil

(6) Memiliki efek sistemik yang sangat kecil

e) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Mengurangi nyeri haid

(2) Dapat dberikan pada usia perimenopouse

(3) Mengurangi jumlah darah ahid

(4) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopouse

(5) Tidak mengurangi kerja obat tuberkolosis dan oabat epilepsi.

f) Keterbatasan

(1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genetalia sebelum pemasangan AKDR

(2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR

(3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga tergantung pada tenakes

(4) Mahal

(5) Pada penggunaan jangka yang panjang menyebabkan amenorea

(6) Kejadian kehamilan ektopik semakin tinggi

(7) Dapat terjadi proliferasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus)

(8) Progestin dapat memicu pertumbuhan mioma

(9) Memperburuk perjalanan kanker payudara

(10) Bertambhanya resiko terkena penyakit radang panggul

g) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Telah memiliki ana atau belum

(3) Menginginkan kontrasepsi yang efektif jangka panjang

(4) Sedang menyusui dan ingin memeakai kontasepsi

(5) Pascakeguguran yang tidak ada gejala radang panggul

(6) Sering lupa menggunakan pil

(7) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi

(8) Resiko rendah mendapat IMS

h) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(3) Menderita vaginitis, salpingitis, endometriosis

(4) Menderita penyakit radang panggul

(5) Kelainan kongenital rahim

(6) Miom submukosum

(7) Rahim yang sulit digerakkan

(8) Riwayat kehamilan ektopik

(9) Kanker genetalia/kanker payudara

i) Efek samping

(1) Amenorrea

(2) Kram

(3) Perdarahan yang banyak dan tidak teratur

(4) Benang hilang

(5) Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul

D. Metode kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

b. Pengertian

Alat kontrasepsi dalam Rahim adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Affandi, 2014)

c. Jenis

1) AKDR CuT-380A

2) NOVA T

3) Multiload 375

4) Lipes Loop
5) Copper 7

(Affandi, 2014)

d. Cara kerja

1) Menghambat kemampuan spermaa masuk ke tuba fallopi
2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
3) Mencegah implantasi telur dalam uterus

(Affandi, 2014)

e. Keuntungan

1) Efektifitasnya tinggi 0,6-0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama
2) AKDR dapat efektif setelah pemasangan
3) Metode jangka panjang
4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
5) Meningkatkan kenyamanan karena tidak takut kalau hamil
6) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
7) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak infeksi)
8) Dapat digunakan sampai menopause

(Affandi, 2014)

f. Kerugian

1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama, dan akan berkurang setelah 3 bulan)
2) Haid lebih lama dan banyak
3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
4) Saat haid lebih sakit
5) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
6) Penyakit radang panggul terjadi apabila AKDR digunakan oleh wanita dengan IMS. Penyakit radang panggul memicu infertilitas.
7) AKDR tidak bisa dipasang dan dilepas sendiri oleh klien
8) Perempuan harus mengecek sendiri posisi benang AKDR dari waktu ke waktu.

(Affandi, 2014)

g. Yang dapat menggunakan AKDR

1) Usia reproduktif
2) Keadaan nulipara
3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
4) Menyusui
5) Setelah abortus dan tidak ada infeksi
6) Resiko rendah IMS

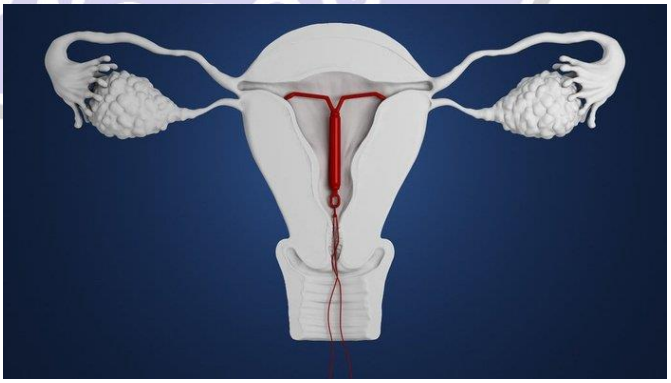
7) Tidak menghendaki kehamilan
8) Tidak menghendaki metode hormonal
9) Tidak menyukai mengingat ingat minum PIL

(Affandi, 2014)

h. Kontraindikasi

1) Sedang hamil
2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya
3) Menderita infeksi alat genital
4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak Rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
6) Penyakit trofoblas ganas
7) Menderita TBC Pelvik
8) Kanker alat genital
9) Ukuran rongga panggul <5 cm

(Affandi, 2014)



Gambar 2.27 AKDR
Sumber : (Affandi, 2012)

E. Metode kontrasepsi mantap (Steril)

a. Tubektomi

1) Pengertian

Tubektomi adalah metode kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan suatu tindakan pada kedua saluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak menginginkan anak lagi. Tubektomi termasuk metode kontrasepsi efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektifitas tubektomi : kurang dari satu kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan. Pada 10 tahun pengguanaan terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan.

2) Jenis

Minilaparotomi dan laproskopi

3) Mekanisme kerja

Dengan mengkolusi tuba fallopi (mengikat dan emmotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

4) Manfaat kontrasepsi

(1) Sangat efektif

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui

(3) Tidak bergantung pada faktor senggama

(4) Pembedahans ederhana dapat dilakukan dengan anastesi lokal

(5) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

5) Manfaat non kontrasepsi

(1) Berkurangnya resiko kanker rahim

6) Indikasi

(1) Indikasi medis umum

Adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat jika wanita tersebut hamil lagi, seperti tuberkulosis paru, penyakit jantung, penyakit ginjal maupun skizofrenia

(2) Indikasi medis obstetrik

Adanya riwayat toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulang dan histerektomi obstetrik

(3) Indikasi medis ginekologik

Pada waktu melakukan operasi ginekologik, dapat dipertimbangkan untuk dilakukannya sterilisasi.

(4) Indikasi sosial ekonomi

(a) Rumus 120; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri

(b) Rumus 100; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri

7) Kontraindikasi

(1) Wanita hamil (sudah dideteksi atau sudah dicurigai)

(2) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan penyebabnya

(3) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut

(4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

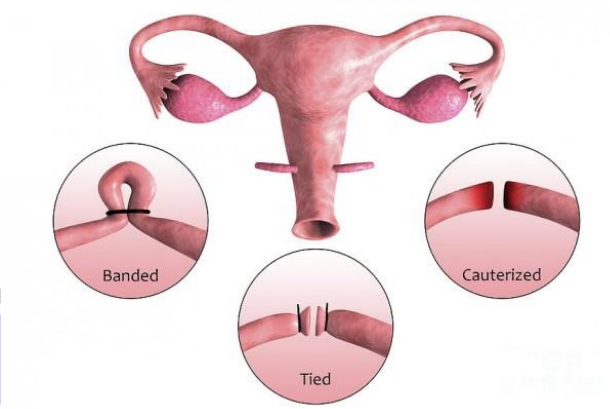
(5) Kurang pasti dan yakin mengenai keinginannua untuk fertilitas dimasa depan

(6) Belum memberikan persetujuan tertulis

8) Komplikasi

Infeksi luka, demam pasca operasi (>38˚C), luka pada kandung kemih dan intestinal, hematoma (subkutan), emboli gas yang diakibatkan oleh laparoskopi, rasa sakit pada lokasi pembedahan, perdarahan superfisial (tepi kulit atau subcutan)

(Affandi, 2014).



Gambar 2.28 Tubektomi
Sumber : (Affandi, 2014)

b. Vasektomi

1) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah klien sesuai untuk mengguankan metode kontrasepsi ini. Vasektomi merupakan metode kontrasepsi permanen pada laki-laki.

2) Jenis

Insisi dan vasektomi tanpa pisau (VTP).

3) Efektifitas

(1) Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(2) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adnaya sperma pada ejakulasi atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pad atahun pertama penggunaan.

(3) Selama 3 tahun pengguanan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan

(4) Bila terjadi kehamilan pasca vasektomi, kemungkinannya adalah : pengguna tidak menggunakan metode tambahan saat coitus, oklusi vas deferens tidak tepat, rekanalisasi spontan

4) Manfaat non-kontraseptif

(1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang

(2) Tinggi tingkat rasio rfisienso biaya dan lamnaya penggunaan kontrasepsi

5) Keterbatasan

(1) Permanen (non-reversible), dan akan timbul masalah jika klien nikah lagi

(2) Bila tidak siap maka kemungkinan penyesalan akan datang dikemuadian hari

(3) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi

(4) Resiko dan efek samping pembedahan kecil

(5) Ada nyeri/rasa tidak nyaman pascabedah

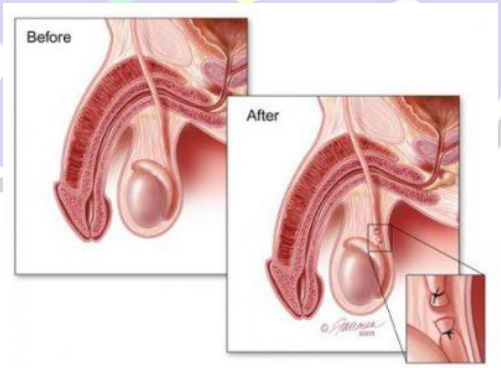
(6) Perlu tenaga pelaksana terlatih

(7) Tidak melindungi klien dari PMS

6) Efek samping

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jagka panjang. Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal dan infeksi.

(Affandi, 2014)



Gambar 2.29 vasektomi
Sumber : jatim.bkkbn.go.id/vasektomi-mop/ (diakses 7 juli 2020)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengkajian Data

   Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

   A Data Subjektif

   Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Pada kunjungan awal dan kunjungan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik.

   a. Identitas

      1) Nama

         Nama digunakan sebagai tanda pengenal. Yang berfungsi untuk mengetahui nama klien dan suami sebagai identitas pasti untuk mencegah terjadinya kekeliruan bila ada nama pasien/klien yang sama (Suryati Romauli, 2011).

      2) Umur

         Untuk mengetahui umur klien, apakah klien memiliki resiko tinggi atau tidak dalam

kehamilannya. Serta untuk membantu mengidentifikasi kehamilan yang membutuhkan perhatian khusus (seperti kehamilan remaja , dimana resiko persalinannya yang sulit dan disporposi kepala panggul, perdarahan post partum dan usia ibu yang lebih dari 35 tahun beresiko melahirkan janin dengan kelainan kongenital, resiko diabetes gestasional, hipertensi, perdarahan post partum) (Munthe, 2019)

3) Suku

Untuk mengetahui kondisi adat istiadat serta kebudayaan yang ada di lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan pasien tersebut (Handayani, 2017).

4) Agama

kepercayaan yang dianut pasien, hal ini berpengaruh dalam memberikan asuhan selama hamil. Memotivasi pasien dan suami dengan kata – kata yang bersifat religius, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis (Munthe, 2019)

5) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat pekerjaan yang tergolong berat/tidaknya. Pekerjaan yang berat dapat

mengganggu baik kondisi ataupun tumbuh kembang janin selama proses kehamilan berlangsung.

6) Pendidikan

Untuk mengetahui pendidikan terakhir yang ditempuh ibu. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan ibu dalam menerima informasi selama proses kehamilannya (Handayani, 2017).

7) Alamat / No. Telp

Untuk mengetahui tempat tinggal serta keadaan lingkungan pasien sehingga mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menghubungi pasien dan nomor telepon (Munthe, 2019).

b. Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kehamilan TM III keluhan yang sering dijumpai adalah:

1) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk

atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang

2) Nokturia

Sering miksi muncul pada trimester III disebabkan oleh turunnya bagian terendah janin sehingga menekan kandung kemih. Akibatnya frekuensi berkemih meningkat.

3) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Selain itu juga bisa disebabkan oleh pergeseran dan penekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagain presentasi janin.

4) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma

5) Nyeri ulu hati

penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi relaksasi otot halus yang kemungkinana disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang

fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

6) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga menggangu sirkulasi atau pada syaraf.

7) Nyeri punggung bawah

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

c. Alasan kunjungan

Alasan kunjungan ditanyakan untuk mengetahui apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilan ibu (Sartika, 2016).

d. Riwayat Menstruasi

Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Dan tentang haid meliputi; menarche, banyak darah, sifatnya darah (cair atau berbeku-beku, warna, bau), serta haid nyeri atau tidak dan kapan terakhir (Manuaba, 2010).

e. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi tentang kehamilan terdahulu mencangkup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun kompikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan

2) Riwayat perlainan yang lalu

Infomasi tentang persalinan terdahulu mencangkup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterem atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-koplikasi yang menyertai

3) Riwayat nifas yang lalu

Informasi tentang nifas yang mencangkup laktasi dan penyulit pada masa nifas.

f. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang sebagai dasar untuk mengetahui kondisi janin sekatang. Data yang perlu dikaji adalah riwayat kunjungan ANC, imunisasi TT, dan pergerakan janin.

g. Riwayat KB

Menetahui apakah pasien pernah menggunakan kontrasepsi, kapan, dimana, oleh siapa, berapa lama

pemakaian, adakah keluhan saat menggunakan, kapan dilepas, diamana, oleh siapa, dan alasan berhenti/ganti kontrasepsi (Munthe, 2019).

h. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan dan penyakit yang diderita ibu yaitu: penyakit jantung, TORCH. HIV/AIDS, anemia .

i. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifiksi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Suryati Romauli, 2011).

j. Pola kebiasaan setiap hari

1) Nutrisi

Menggambarakan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan antara sebelum hamil dengan saat hamil. Kebutuhan nutrisi ibu hamil meiputi : kalori, protein, kalsium, zat besi, dan asam folat (Saifudin, 2010).

2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi,

jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. Frekuensi BAK pada TM III lebih sering dikarenakan uterus menekan kanung kemih, dan ibu mengalami konstipasi Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Marmi, 2011).

3) Istirahat

Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Istirahat dengan posisi duduk lazim dipilih ibu hamil. Paha harus tertopang kursi, kaki dalam posisi datar di lantai. Bila perlu kaki sedikit ditinggikan di atas bangku kecil (Romauli, 2011).

4) Personal hygiene

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Romauli, 2011).

5) Seksual

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

6) Aktifitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otototot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2010).

7) Kebiasaan

Pengkajian pada kebiasaan ibu hamil meliputi kebiasaan merokok , minum alkohol, minum obat-obatan terlarang. Mengkonsumsi minum – minuman beralkohol, obat-obatan terlarang dan kebiasaan merokok dapat membahayakan janin selama kehamilan.

k. Riwayat psikososial dan budaya

Untuk mengetahui data tentang riwayat perkawinan, respon suami terhadap kehamilan, respon ibu terhadap kehamilan, hubungan ibu dengan anggota keluarga, adat setempat yang dianut oleh ibu hamil (Munthe, 2019)

B Data Obyektif

a. Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kreteria :

a) Baik : Jika pasien memperhilatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

b) Lemah : jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b. Kesadaran

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

d. Tanda-tanda vital

Tanda tanda vital ibu hamil menurut (Munthe, 2019).

1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah ibu dikatakan meningkat apabila tekanan darah sistol meningkat >30 mmHg dan diastol > 15 mmHg dari tekanan darah normal. Tekanan darah normal yaitu 120/80 mmHg.

2) Nadi

Pada masa kehamilan akan terjadi peningkatan frekuensi jantung sejak usia kehamilan 4 minggu sekitar 15-20 denyut per menit, kondisi ini memuncak pada usia gestasi 28 minggu karena disebabkan oleh peningkatan curah jantung. Frekuensi nadi normal 60-80x per menit.

3) Suhu

Pada ibu hamil mengalami peningkatan suhu tubuh sampai 0,5˚C dikarenakan ada peningkatan hormon progesteron yang disertai dengan peningkatan metabolisme tubuh ibu hamil . suhu normal tubuh berkisar 36 ˚C-37,5 ˚C.

4) Respirasi

Respirasi dikaji untuk mendeteksi secara dini adanya penyakit yang berhubungan dengan pernafasan. Frekuensi nafas normal yaitu 20-20 x per menit

e. Antopometri

Antopometri ibu hamil menurut (Munthe, 2019)

1) Berat badan

Pengkajian sebelum hamil dan saat hamil untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan selama kehamilan. Kenaikan BB selama hamil berkisar 9-23,5 kg. Keanikan berat badan ibu hamil normal per minggu berkisar 0,4 kg – 0,5 kg.

2) Tinggi Badan

Mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang berhubungan dengan rongga panggul pada tinggi badan <145 kg

3) Lingkar lengan atas (LILA)

Mengetahui adanya resio kekurangan energi kronik (KEK) pada wanita usia subur/ibu hamil dan menapis ibu hamil yang mempunyai resiko melahirkan BBLR apabila batas ambang LILA <23,5 cm.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil menurut (Munthe, 2019) dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya masalah secara fisik, meliputi :

1) Kepala

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

2) Wajah

Pemeriksaan pada muka digunakan untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema, dan terdapat cloasma gravidarum ada atau tidak.

3) Mata

Pemeriksaan fisik pada mata digunakan untuk mengetahui simetris/tidak, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih/kuning. Bila sklera kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis dan apabila merah kemungkinan konjungtivitis.

4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran sektret, adakah polip di hidung pasien

5) Mulut

Pemeriksaan pada mulut digunakan untuk mengetahui kondisi bibir lembab/ tidak, pucat/ tidak, gigi karies ada/ tidak, dan terdapat stomatitis/tidak..

6) Telinga

Pemeriksaan fisik pada telinga digunakan untuk mengetahui bentuk nya simetris/ tidak, apakah ada serumen/ tidak.

7) Leher

Pemeriksaan leher dikatakan normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011)

8) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan fisik pada dada dan paru-paru digunakan untuk mengetahui apakah ada benjolan atau massa abnormal, wheezing, ronkhi, retraksi dinding dada.

9) Payudara

Pada pemeriksaan payudara yang perlu diperhatikana dalah Payudara bersih/tidak, bentuk simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, konsistensi payudara, apakah ada pembengkakan atau tidak, apakah terdapat benjolan pada payudara, apakah ada nyeri tekan pada payudara. Pemeriksaan pada payidara ini bertujuan untuk mempersiapkan masa menyusui dan mendeteksi kelainan pada payudara

10) Abdomen

Ada bekas luka operasi atau tidak, terdapat linea nigra, strie livide, dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011). Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat strie livide akibat dari peregangan uterus. Pada multigravida perut lembek, menggantung serta terdapat strie livida dan albikan (Manuaba, 2010).

11) Genetalia

Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011).

12) Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid ialah pelebaran vena-vena di anus, hemoroid dapat bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah di dalam rongga panggul (Romauli, 2011)

13) Ekstermitas

Menurut (Manuaba, 2010) varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama

bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi di kaki dan betis.

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negative kemungkinan mengalami kekurangan vitamin B1. Kekurangan B1 mempengaruhi saraf tulang belakang, dapat berdampak pada reflek tubuh .

g. Pemeriksaan khusus

1) Palpasi leopold

Palpasi leopold digunakan untuk menentukan letak, presentasi, posisi dan dan penurunan kepala. Palpasi leopold terbagi menjadi empat tahap :

a) Leopold I

Pemeriksaan leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Suryati Romauli, 2011).

Cara melakukan leopold I :

(1) Meminta pasien untuk menekuk kaki sedikit

(2) Mengetengahkan uterus

(3) Mengukur TFU dan menetapkan Usia kehamilan

b) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian pnajang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Suryati Romauli, 2011).

Cara melakukan leopold II :

Tangan dipindahkan meraba bagian kanan dan kiri perut ibu untuk menentukan bagian janin yang berada dibagian kanan dan kiri perut ibu

c) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, ke ras dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011). Serta apakah bagian bawah masuk Pintu Atas Panggul (PAP) atau belum. (Suryati Romauli, 2011).

Cara melakukan leopold III :

Tangan kiri menahan fundus, tangan kanan memegang bagian bwah janin yang berada dibawah perut ibu, kemudian menggoyangkan untuk menentukan apa yang menjadi bagian terbawah janin

d) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen (Fatimah, 2017).

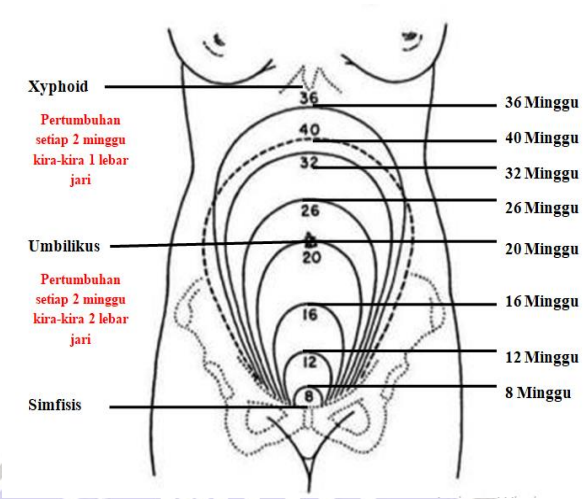
Cara melakukan leopold IV :

Mintalah ibu untuk meluruskan kaki. Kedua tangan bidan meraba dagian simpisis untuk menentukan seberapa jauh bagaian terendah sudah masuk ke PAP atau belum (posisi tangan divergen atau konvergen) dengan posisi bidan membelakangi ibu

(Munthe, 2019)

2) TFU

Berikut ini gambar tentang tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan



Gambar 2.30
Tinggi Fundus Uteri berdasarkan usia kehamilan
Sumber : (Prawirohardjo, 2016)

3) Pemeriksaan Osborn test

Tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya Cephalopelvic disproportion/ disporsisi kepala panggul pada ibu hamil. Osborn adalah sebagai berikut :

(a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

(b) Tangan kiri mendorong janin masuk/ ke arah PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka

hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (±). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Mooulase).

4) Taksiran berat janin

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut: (tinggi fundus dalam cm - n) × 155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n = 11

5) Denyut jantung janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ pada ibu hamil dengan menggunakan fetoskop dan doppler. Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen).

6) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014: 171-176) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama

ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Panggul luar

(1) Distantia spinarum, jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (normalnya ± 23-26 cm).

(2) Distantia cristarum, jarak antara crista iliaka kanan dan kiri (normalnya ± 26-29 cm).

(3) Conjungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas sympisis dan ujung prosessus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya ± 18-20 cm).

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

b. Panggul dalam

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

c. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah dilakukan untuk menentukan haemoglobin (Hb) dan golongan darah (Manuaba, 2010)

2) Pemeriksaan urine

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Yang diperiksa adalah zat keton, glukosa , dan protein urine

3) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas

dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin

4) Ultrasonografi USG

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

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

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

c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

d. Deteksi resiko Kehamilan

2. Diagnosa Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengintrepretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

Diagnosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010). Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid,

konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (heart burn), dan kecemasan mengahadapi persalinan (Varney et al, 2008:538).

3. Intervensi

Diagnosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 : 123).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

A Keadaan umum baik.

B Kesadarn kompos mentis.

C Tanda-tanda vital normal (Tekanan Darah 100/70-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5ºC, Respirasi 16-24 x/menit).

D Pemeriksaan laboratorium

E Hb 11g%, protein urin (-), reduksi urin (-).

F DJJ 120-160 x/menit, kuat dan teratur.

G TFU sesuai dengan usia kehamilan.

H Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi :

A Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

B Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T

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

C Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

D Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

E Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

F Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III. R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan yang darurat.

G Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/dengan adanya rencan persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta

mningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat (Marmi, 2011:128)

H Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan.

mengidentifikasi kebutuhan yang harus disiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan kegawatdaruratan.

I Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilannya.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klie maupun janin. (Varney , 2007:538)

Kemungkinan masalah yang terjadi :

a) Masalah I : Edema Dependen

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

Kreteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi :

(1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

(2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

(3) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul.(Varney et al, 2007: 540).

(4) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pda vena dalam panggul.

(5) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

(6) Anjurkan pada ibu untuk mengikuti senam ibu hamil.

R/senam pada ibu hamil terdapat banyak mafaat salah satunya melancarkan sirkulasi perdaran darah terutama pada ekstremitas bawah (Marmi, 2014: 540).

b) Masalah II: Nokturia

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

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

Intervensi :

(1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

(2) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

(4) Anjurkan banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

(5) Anjurkan ibu untuk posisi miring saat tidur dengan kedua kaki ditinggikan (Khususnya Malam hari)

R/ posisi miting dengan kedua kaki ditinggikan untuk mengurangu diuresis

c) Masalah III : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lumbek

Intervensi :

(1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

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

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

(3) Anjurkan ibu meningkatkan makanan serat dalam diet.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras (Romauli, 2011)

(4) 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. (Varneyet al, 2007:539)

d) Masalah VIII : Nyeri Punggung Bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi Menurut Varney et al (2007:542) :

(1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki.

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan

satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

(2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

(3) Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(4) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

(5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

4. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria:

Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural, Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent), melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based, melibatkan klien/pasien, menjaga privacy klien , melaksanakan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan, menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai, melakukan tindakan sesuai standar, dan Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Evaluasi dilakukan sesuai standar. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia, Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Mentri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

A Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Pada kunjungan awal dan kunjungan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik (Munthe, 2019)

a. Identitas

1) Nama

Nama digunaan sebagai tanda pengenal. Yang berfungsi untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Suryanti Romauli, 2011).

2) Umur

Mengetahui adanya resiko yang berhubungan dengan umur, karena jika umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun termasuk dalam resiko porsalinan (Munthe, 2019).

Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.

3) Suku

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut (Handayani, 2017).

4) Agama

Menentukan dukungan selama persalinan sesuai dengan ketentuan agama (Munthe, 2019) dan untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya (Marmi, 2012a).

5) Pekerjaan

Mengetahui apakah ada pekerjaan yang berpengaruh pada kehamilan. Seperti bekerja dipabrik rokok (Munthe, 2019)

6) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya (Handayani, 2017).

7) Alamat dan nomor telepon

Data mengenai distribusi lokasi pasien, memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke tempat persalinan (Munthe, 2019)

b. Keluhan utama

Informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kontraksi, bagaimana intensitas dan frekuensi, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta oergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Munthe, 2019).

c. Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (dapat berhubungan dengan sistem tubuh) (Hani, Ummi Jiarti K, 2010).

d. Riwayat Menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, warna, bau keluhan nyeri +/- : alat alat kandungan (disminorea). Selain itu, kaji pula HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan.

e. Riwayat Obstetri (kehamilan, persalinan, nifas yang lalu)

1) Riwayat kehamilan

Anak keberapa ? ada masalah atau tidak dengan kehamilan lalu ?

2) Riwayat persalinan

Spontan / buatan ?, aterm/prematur ?, kapan ? lahir dimana ? ditolong siapa ? apakah ada masalah dalam persalianan ?

3) Riwayat nifas

Adakah masalah pada masa nifas ?, infeksi? Perdarahan ?

4) Anak

Jenis kelamin ? BB ? Hidup/mati ? kalau meninggal kapan ? sehat ? adakah kecacatan ? pemberian ASI ? bagaimana kondisinya sekarang ?(Munthe, 2019).

f. Riwayat kehamilan sekarang

Menentukan HPHT? Umur kehamilan ? HPL ? sudah pernah periksa atau belum ? jika sudah berapa kali ? dimana ? adakah keluhan ? baik TM I,II,III ? adakah penanganan khusus keluhan tersebut ? sudah terasa gerakan janin/belum ? imunisasi TT ? (Munthe, 2019).

g. Riwayat penyakit

1) Riwayat penyakit sekarang

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir yang terdiri dari : kondisi ibu saat ini, adakah keluhan, adakah penyakit sistemik yang lain yang mungkin

mempengaruhi atau memperberat kehamilan (jantung, paru-paru, hati, diabetes mellitus) (Munthe, 2019).

2) Riwayat penyakit lalu

Riwayat sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau memperberat oleh kehamilan, riwayat alergi obat/makanan tertentu, ada atau tidaknya riwayat operasi umum/operasi kandungan.

3) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan, penyakit keturunan, penyakit menular.

4) Riwayat keturunan kembar

Dalam keluarga pakah ada yang mempunyai riwayat keturunan kembar.

(Munthe, 2019).

h. Riwayat KB

Menetahui apakah pasien pernah menggunakan kontrasepsi, kapan, dimana, oleh siapa, berapa lama pemakaian, adakah keluhan saat menggunakan, kapan dilepas, diamna, oleh siapa, dan alasan berhenti /ganti kontrasepsi (Munthe, 2019).

i. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Dikaji tentang bagaimana nutrisi ibu (frekuensi, jenis, porsi, keluhan, pantangan makanan).

2) Eliminasi

Selama persalinan ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam. Urin yang berada dalam kandung kemih adalah masa yang tidak dapat ditekan, sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, meningkat resiko perdarahan pascasalinan. Dikaji tentang bagaimana pola eliminasi ibu ynag terdiri dari : frekuensi, warna, bau, konsistensi, keluhan saat melakukan BAB atau BAK.

3) Personal hygiene

Hal yang perlu dikaji dari ibu tentang personal hygiene adalah : berapa frekuensi mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian.

4) Istirahat

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his. Hal yang perlu dikaji dari pola istirahat ibu adalah : tidur siang, tidur malam, dan keluhan saat beristirahat.

5) Seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali klien melakukan hubungan seksualitas dengan suami dalam seminggu dan ada keluhan atau tidak

6) Aktifitas

Hal yang perlu dikaji dari pola aktivitas adalah bagaimana pola aktivitas yang dilakukan ibu sehari hari selama kehamilan sampai dengan prosen persalinan.

7) Pola kebiasaan

Dikaji untuk mengetahui apkah ibu mempunyai kebiasaan merokok, minum jamu, minu-minuman alkohol, minum obat-obatan.

j. Riwayat psikososial, budaya, spiritual, dan ekonomi

Dikaji untuk mengetahui kondisi psikologis ibu menghadapi kehmilan, apkaah ada dukungan dari keluarga pasien, persiapan persalinan, pengetahuan ibu tentang pemberian ASI, merawat bayi, kegiatan ibadah,

kegiatan sosial, persiapan keuangan ibu dan keluarga, serta kepercayaan keluarga tentang kehamilan.

k. Pengetahuan ibu tentang ANC

Dikaji sejauh mana ibu mengetahui tentang kehamilan, jika sudah tm III apa yang ibu ketahui tentang persalinan, apakah ibu juga sudah mengkonsumsi tablet Fe.

l. Lingkungan yang berpengaruh

Dikaji untuk mengetahui bagaimana kondisi lingkungan sekitar ibu apakah terdapat hewan peliharaan atau tidak yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayinya. (Munthe, 2019).

B Data Obyektif

a Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaaran composmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau berjalan pincang)

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat

kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar)

3) Tanda-tanda vital :

a) Tekanan Darah

Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg

b) Nadi

Nadi normal menunjukkan pasien dalam keadaan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda bahaya rupture uteri, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan.

c) Suhu

Suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal adalah peningkatan yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10°C

d) RR

Sedikit peningkatan pernafasan diatas normal masih masuk dalam kategori ibu bersalin normal, karena selama persalinan ada peningkatan metabolisme tubuh.

(Manuaba, 2010).

b Pemeriksaan antropometri

1) Berat Badan

Kenaikan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu 6,5 kg – 16,5 kg selama hamil.

2) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan ≤ 145 cm tergolong resiko tinggi. Karena dihawatirkan ukuran panggulnya tidak sesuai untuk persalinan normal.

3) LILA

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR.

c Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh ibu bersalin dengan mengumpulkan data obyektif yang didapat dari hasil pemeriksaan pasien.

1) Kepala

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

2) Muka

   Pemeriksaan pada muka digunakan untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia, dan juga pemeriksaan cloasma gravidarum ada atau tidak.

3) Mata

   Pemeriksaan fisik pada mata digunakan untuk mengetahui simetris/tidak, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih/kuning. Bila sklera kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan konjungtivitis, dan Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia.

4) Hidung

   Adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran sektret, adakah polip di hidung pasien.

5) Mulut, gigi, dan tenggorokan

Pemeriksaan pada mulut gigi dan tenggorokan digunakan untuk mengetahui kondisi bibir lembab/ tidak, pucat/ tidak, apakah gigi karies, stomatitis/tidak. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.

6) Telinga

Pemeriksaan fisik pada telinga digunakan untuk mengetahui bentuk nya simetris/ tidak, apakah ada serumen/ tidak.

(Suryati Romauli, 2011).

7) Leher

Pemeriksaan fisik pada leher digunakan untuk memeriksa apakah ada bendungan vena jugularis, pembengkakan kelenjar limfe, dan pembesaran kelenjar tiroid pada ibu.

8) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan fisik pada dada dan paru-paru digunakan untuk mengetahui apakah ada benjolan atau massa abnormal, wheezing, ronkhi, retraksi dinding dada.

9) Payudara

Pemeriksaan fisik pada payudara digunakan untuk mengetahui kondisi Payudara, apakah bersih bersih/tidak, bentuk simetris atau tidak , puting susu menonjol, dan pengeluaran kolostrum.

10) Abdomen

Pemeriksaan fisik pada Abdomen digunakan untuk mengetahui keadaan abdomen yaitu : luka bekas operasi, linea nigra/alba, striae gravidarum livide/albican, TFU, DJJ yang dilakukan sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi, pemeriksaa HIS harus dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi, leopold dan kandung kemih.

Kandung kemih harus sering diperiksa seiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensia juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapartum awal.

11) Genetalia

Pemeriksaan bertujuan untuk mengetahui Keadaan perineum, pembengkakan kelenjar bartholini, oedema, pengeluaran pervaginam, dan tanda-tanda persalinan dimulai. Pada genetalia juga dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikositas vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka perut di vagina. Luka perut di vagina mengidentifikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya.

12) Anus

Untuk pemeriksaan haemorroid dan mengetahui tanda persaliann yaitu Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka

13) Ektermitas

Hal yang perlu diperiksa pada ekstermitas adalah Warna kuku jari, oedema tangan - kaki, varises pada kaki, refleks patella kanan dan kiri. Edema merupakan tanda klasik preeklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar.

(Munthe, 2019).

d Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan khusus dilakukan untuk mengetahui apakah ibu bersalin sudah masuk dalam persalinana (Inpartu) atau belum. Pemeriksaan dilakukan oleh bidan yang sudah terampil (mampu memperhatikan, melaksanakan dan membaca hasilnya)

1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Melakukan pemeriksaan mengukur tinggi *fundus* uteri dengan teknik *Mc.Donald* bertujuan untuk menentukan umur kehamilan bedasarkan bulan dibandingkan dengan hasil anamnesis *HPHT* dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama denagan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan HPHT . Cara menghitung TFU :

a) Mengetengahkan uterus
b) Mengukur TFU dari sympisis ke fundus uteri (kaki lurus)
c) Membaca hasil pengukuran dengan tepat (dengan sistem buta) (Munthe, 2019).

Tabel 2.11
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk penunjuk badan
12 minggu		Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu		Ditengah, antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (±2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (±2 cm)	
28 minggu	28 cm (±2 cm)	Ditengah, antara umbilicus dan prosessus xifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (±2 cm)	
36 minggu	36 cm (±2 cm)	Pada prosessus xifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2014)

2) Tafsiran berat janin (TBJ)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut: (TFU (cm) – n) x 155= berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11 (Suryanti Romauli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam table berikut :

Tabel 2.12
TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

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

Sumber : (Dartiwien, 2019).

3) Palpasi Uterus Leopold I – IV

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin. Cara melakukan palpasi leopold adalah sebagai berikut :

e) Leopold I

Pemeriksaan leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011).

Cara melakukan leopold I :

(4) Meminta pasien untuk menekuk kaki sedikit

(5) Mengetengahkan uterus

(6) Mengukur TFU dan menetapkan Usia kehamilan.

f) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian pnajang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Suryati Romauli, 2011).

Cara melakukan leopold II :

Tangan dipindahkan meraba bagian kanan dan kiri perut ibu untuk menentukan bagian janin yang berada dibagian kanan dan kiri perut ibu

g) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, ke ras dan melenting (kepala janin) (Suryati Romauli, 2011). Serta apakah bagian bawah masuk Pintu Atas Panggul (PAP) atau belum. (Suryati Romauli, 2011).

Cara melakukan leopold III :

Tangan kiri menahan fundus, tangan kanan memegang bagian bwah janin yang berada dibawah perut ibu, kemudian menggoyangkan untuk menentukan apa yang menjadi bagian terbawah janin.

h) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen (Fatimah, 2017).

Cara melakukan leopold IV :

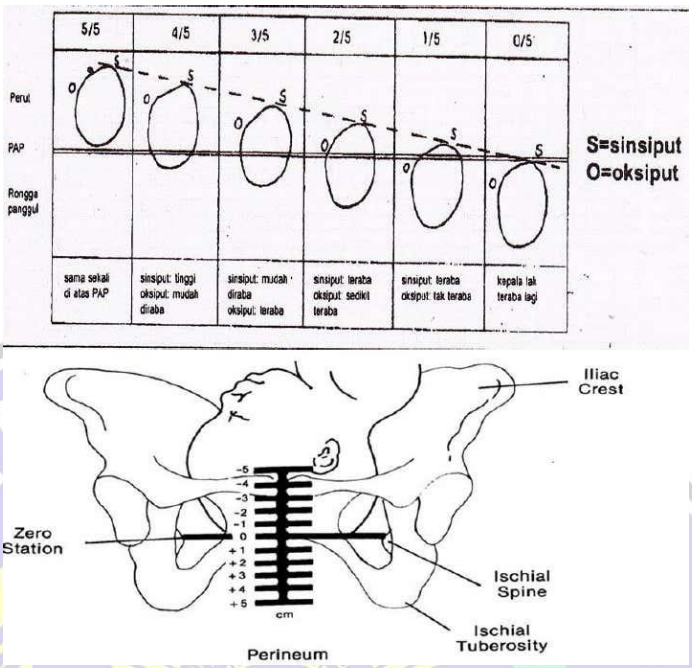
Mintalah ibu untuk meluruskan kaki. Kedua tangan bidan meraba dagian simpisis untuk menentukan seberapa jauh bagaian terendah sudah masuk ke PAP atau belum (posisi tangan divergen atau konvergen) dengan posisi bidan membelakangi ibu.

4) Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan kepala janin dilakukan dengan proporsi bagian yang masih berada ditepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan).

Metode lima jari (perlimaan) (A. Saifuddin, 2013).

Penurunan kepla janin dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2.31 Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaan

Sumber : (Prawirohardjo, 2016)

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

Gambar 2.32 penurunan kepala janin menurut sistem perlimaan dan bidang Hodge

Sumber : Saifuddin, 2013

5) Bidang hodge panggul

a) Bidang Hodge I Yaitu batas promontorium pinggir atas simfisis

b) Bidang Hodge II Yaitu bidang sejajar H-I setinggi tepi bawah simfisis

c) Bidang Hodge III Yaitu bidang setinggi spina ischiadica

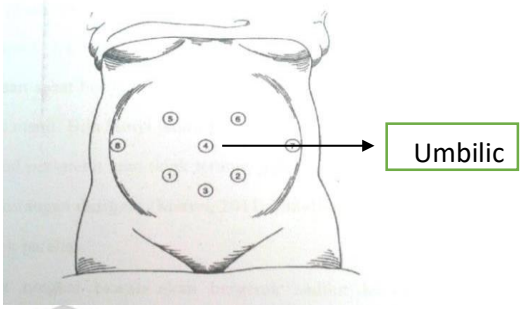
d) Bidang Hodge IV Yaitu bidang setinggi ujung bawah os coccyges.

6) Pemeriksaan DJJ

Penilaian DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit.

Cara pemeriksaan DJJ :

a) Tentukan puctum maksimum dengan tepat



Gambar 2.33 letak puctum maksimum
Sumber : Wheeler, 2007 : 145

b) Hitunglah frekuensi DJJ menggunakan monoskop dengan tepat (satu tangan memegang nadi ibu dan tangan lain memegang arloji menghadap ke arah ibu bila terjangkau) (Munthe, 2019)

c) Cara menghitung bunyi jantung janin adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 dtik pertama, 5 detik ketiga dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

(2) (10-14-8) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia

(3) (8-7-8) Kesimpulannya teratur,

frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan fetal distress.

Kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima dalam satu menit tidak boleh lebih dari 2.

7) Pemeriksaan Kontraksi Uterus / HIS

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik. Cara pemeriksaan kontraksi uterus atau his adalah sebagai berikut :

a) Lakukan perabaan pada perut ibu apakah ada kontraksi.
b) Mulai menilai his ketika timbul hingga his menghilang.
c) Nilai ada berapa his dalam 10 menit perabaan (Munthe, 2019).

8) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan atau jika ada indikasi. Jika selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa, diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa. Pada Pemeriksaan dalam (VT) yang diperiksa adalah: Keadaan Vulva, Vagina, pembukaan,

effacement, konsistensi, ketuban, presentasi, denominator, Hodge, dan bagian janin yang menumbung (Prawirohardjo, 2016).

9) Pemeriksaan penunjang lainnya

a) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) dan kadar pembekuan darah.

b) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasonic untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ

(Prawirohardjo, 2014).

2. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : G..P..A..P..I..A..H.. UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

A Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan

B Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan. Pada kala 1 fase aktif patograf harus digunakan sampai dengan observasi kala IV.

C Kala II dengan kemungkinan masalah : kekurangan cairan, infeksi, kram kaki atau tungkai,

D Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

E P≥1 Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah adalah retensio plasenta dan avulsi tali pusat.

F P≥1 kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu : Atonia uteri, Robekan vagina, perineum atau serviks, Sub involusio sehubungan dengan kandung kemih penuh.

3. Intervensi

Diagnosa : G..P..A..P..I..A..H.. UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

A. KU baik, kesadaran komposmentis.
B. TTV dalam keadaan batas normal. TD : 100/60-130/90 mmHg, S : 36,5-37,50C, N : 80-100x/menit, R : 16-24x/menit.
C. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
D. Kala I pada primigravida ≤ 13 jam sedangkan multigravida ≤ 7 jam.
E. Kala II pada primigravida ≤ 2 jam seangkan pada multigravida ≤ 1 jam.
F. Bayi lahir spontan , menangis kuat, gerak aktif.
G. Kala III pada primigravida ≤ 30 menit sedangkan pada multigravida ≤ 15 menit.
H. Plasenta lahir spontan, lengkap.
I. Perdarahan ≤ 500 cc.

Intervensi ;

I. Mengenal Tanda Gejala Kala Dua

1. Melihat tanda gejala kala dua

a Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran

b Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina

c Perineum tampak menonjol

d Vulva dan sfinger ani membuka

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplilasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi BBL : tempat datar rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat, lampu 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, tabung atau balon dan sungkup

a Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi

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

3. Memalai celemek kain

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dongan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

5. memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

III. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
   a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
   b. Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
   c. Mengganti sarung tangan jika terkontaninasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0.5 % → poin 9).
8. Melakukan pemeriksaan daIam untuk memastikan pembukaan lengkap
   b. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalarm larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10

menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10. Memeriksa denyut jantung janin DJJ setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit).

c. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

d. Mendokumentasikan hasiI-hasiI pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada pantograf.

IV. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses bimbingan Meneran

11. Memberitahukan ke ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam manemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

b. Menjelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan

memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah dipeluk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
    a Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
    b Mendukung dan memberi semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
    c Membantu Ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
    d Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
    e Menganjurkan keluarga umtuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu
    f Memberikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
    g Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

h Segera melakukan rujukan jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)

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

V. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepada bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

XI. Menolong Kelahiran bayi

Lahirnya Kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan

ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal

20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
    a Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan Iewat bagian atas kepala bayi.
    b Jika pusat melilit Ieher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan rnuncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari-jari lainnya).

VI. Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik). Penilaian bayi baru lahir sebagai berikut :

a Sebelum bayi lahir

1) Apakah kehamilan cukup bulan ?

2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan) ?

b Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan)

Meletakkan bayi diperut ibunya dan melakukan penilaian sepintas :

1) Apakah bayi menangis, bernafas atau tidak atau nafasnya tersendat ?

2) Apakah tonus otot bayi baik, bayi bergerak aktif?

3) Apakah kulit bayi kebiruan ?

Jika bayi cukup bulan, ketuban tidak bercampur mekonium, menangis atau bernapas normal/tidak megap-megap dan bergerak aktif, lakukan langkah 26. Jika bayi tidak cukup bulan dan atau ketuban

bercampur mekonium dan atau bayi tidak bernapas atau megap-megap dan atau bayi lemas, lakukan manajemen bayi dengan asfiksia

26. Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh Iainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah handuk / kain yang kering. Biarkan bayi tengkurap di atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramukuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persIinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dan klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
    a Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

d Ikat tali pusat dengan DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi Iainnya.

e Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dan putting payudara ibu.

a Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

b Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

c Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

d Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasill menyusu

XII. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.

34. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi tangan lain memegangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang — atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah lnversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

    Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu

Mengeluarkan Plasenta

36. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas. Mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

    b Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dan vulva dan lahirkan plasenta

c Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

1) Memberi dosis ulangan oksitosin 16 unit IM
2) Melakukan kateterisasi (aseptik) Jika kandung kemih penuh.
3) Meminta keluarga untuk menyiapknn rujukan.
4) Mengulang tekanan dorsocranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
5) Jika plasenta tiaki lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaputnya yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Massage) Uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus

dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus eraba keras).

b. Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik massage.

VII. Menilai Perdarahan

39. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

40. Mengvaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan perjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

VIII. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

41. Memastikan uterus berkontraksi dgn baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42. Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan

tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Evaluasi

43. Memastikan kandung kemih kosong
44. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
47. Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
    c. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
    d. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukanJika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

Kebersihan dan Keamanan

48. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekotaminasi (10 menit).

Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi

50. Membersihkan ibu jari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
51. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
55. Memakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K_1 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi

(normal 40-60 kali/menit) dan temperature tubuh (normal 36,5 – 37,5ºC) setiap 15 menit

57. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

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

Kemungkinan Masalah

A. Masalah dalam kala I

a. Masalah 1 = Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria Hasil : Ibu Tampak Tenang

Intervensi menurut Wiknjosatro (2008: 113) :

1) Jelaskan fisiologi Persalinan pada Ibu

R/ Proses persalinan merupakan proses yang

panjang sehingga diperlukan pendekatan

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada Ibu R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan tentang kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan bantasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan

b. Masalah 2 = Nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan : Mengurangi rasa nyeri karena kontraksi uterus. Kriteria Hasil : Nyeri berkurang dan Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Henderson (2007) :

1) Kaji kontraksi uterus dan ketidaknyamanan (frekuensi, durasi, intensitas dan gambaran ketidaknyamanan)

R/ Mengetahui kemajuan persalinan dan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu.

2) Berikan usapan/ massase

R/Usapan/ massase dapat meningkatkan relaksasi.

3) Lakukan managemen distraksi relaksasi.

R/Distraksi relaksasi bertujuan untuk membebaskan pikiran dan beban dari keterangan dengan cara mengalihkan perhatian.

4) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

5) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/ Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

6) Lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi ingin ditempati tidur anjurkan untuk miring ke kiri.

R/ Nyeri persalinan bersifat sangat individual sehingga posisi nyaman tiap individu akan berbeda, miring kiri dianjurkan karena memaksimalkan curah jantung ibu.

7) Pengisapan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

B. Masalah pada kala II

a. Masalah 1 = : Kekurangan Cairan

Tujuan : Tidak Terjadi dehidrasi

Kriteria Hasil : Nadi 76-100x/menit dan Urin Jernih, produksi urine 30 cc/jam

Intervensi menurut Henderson (2007) :

1) Anjurkan ibu untuk minum R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.
2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL 125 atau 125 cc/jam.

   R/ Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.
3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

   R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi

b. Masalah 2 = Kram tungkai (Varney, dkk 2007: 722)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria Hasil : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

   R/meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

2) Atur posisi Dorsofleksi

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

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

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

C. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/ Menkes/ SK/VIII/2007 tentang stándar asuhan Kebidanan)

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria Hasil:

a. Bayi Menangis kuat
b. Bayi Bergerak aktif

Intervensi Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang estándar asuhan kebidanan :

1) Observasi tanda – tanda vital dan tangisan Bayi

R/ tanda – tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

3) Bounding attachment dan lakukan IMD

R/ Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat placenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5mg

R/ Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial

5) Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis

D. Masalah pada kala III

a. Masalah 1 = Retensio plasenta (Manuaba, 2010)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap 246

Kriteria hasil : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) antara lain :

1) Perhatikan keadaan umum pasien R/ keadaan tetap terpantau dan tidak terjadi komplikasi dengan

melihat apakah anemis, jumlah perdarahannya, tekanan darah, suhu, nadi, kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.

2) Memasang infuse dan memberikan cairan pengganti
3) Retensio plasenta dengan perdarahan lakukan plasenta manual.
4) Retensio plasenta tanpa perdarahan
   a) Pastikan keadaan umum ibu
   b) Rujuk ibu kepusat dengan fasilitas cukup untuk mendapat penanganan yang lebih baik.
5) Berikan Transfusi

b. Masalah 2 = Terjadi alvulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, tali pusat lahir

Kriteria hasil : Tali pusat Utuh

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2007) anata lain :

1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi
2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati–hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso – kranial pada uterus.
3) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan

periksa plasenta.

4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

E. Masalah pada kala IV

a. Masalah 1 = terjadinya atonía uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus baik, keras dan Perdarahan

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) antara lain :

1) Pasang infuse untuk memberikan cairan pengganti
2) Berikan uterotonika intramuscular, intravena atau dengan drip
3) Lakukan masase uterus sehingga kontraksi otot rahim makin cepat dan makin kuat
4) Segera lakukan kompresi aorta abdominalis selama 5 sampai 7 menit untuk mengurangi perdarahan.
5) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus

dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung oksitosin 20 UI.

6) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
7) Jika kontraksi tidak berkontraksi selama 12 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang lebih tepat.
8) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b. Masalah 2 = Robekan Vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan Vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria hasil : Vagina,perineum,atau serviks dapat terjahit dengan baik dan Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut (Marmi 2016)

1) Lakukan pemeriksaan secara hati – hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat 2 lakukan penjahitan.
3) Jika laserasi derajat tiga atau empata tau robekan serviks :
    a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL

b)) Pasang tampón untuk mengurangi darah yang keluar

c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetric

d) Dampingi ibu ke tempat rujukan

4. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara Komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidience based kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Evaluasi dilakukan sesuai standar. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia, Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : data o bjektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Mentri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

A Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Pada kunjungan awal dan kunjungan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik (Munthe, 2019).

a Identitas

1) Nama

Nama digunakan sebagai tanda pengenal. Yang berfungsi untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Suryati Romauli, 2011).

2) Umur

Mengetahui adanya resiko yang berhubungan dengan umur, karena jika umur ibu kurang dari 20 tahun alat-alat reproduksi belu matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan jika umur lebih dari 35 tahun rentan sekali mengalami perdarahan dalam masa nifas (Munthe, 2019)

3) Suku

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut (Handayani, 2017). Suku/bangsa berpengaruh pada kebiasaan sehari-hari (Munthe, 2019).

4) Agama

untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya (Munthe, 2019)

5) Pekerjaan

Pengkajian pekerjaan pasien berguna untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonomi, karena ini juga berpengaruh pada gizi ibu (Munthe, 2019). Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012).

6) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi

termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya (Handayani, 2017)

7) Alamat dan nomor telepon

Data mengenai alamat dan nomor telepon pasien digunakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Munthe, 2019)

b Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena ada jahitan pada perineum.

Menurut Varney, et all (2008:974-977), Keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) Nyeri setelah lahir (After pain)

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara yang tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermitten. Nyeri setelah lahir akan hilang

jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

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

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan keyamanan perineum dapat meredakan ketidak nyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dann episiotomi.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberpa hari. Jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

c Alasan Kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, Ummi Jiarti K, 2010).

d Riwayat Menstruasi

Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Dan tentang haid meliputi; menarche, banyak darah,

sifatnya darah (cair atau berbeku-beku, warna, bau), serta haid nyeri atau tidak dan kapan terakhir (Marmi, 2012a). Dengan memberikan ASI kepada bayi, maka kembaliya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4-6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010)

e Riwayat Obstetri (kehamilan, persalinan, nifas yang lalu)

1) Riwayat Obstetri yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu. Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini

2) Riwayat nifas yang lalu

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

berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus, serta ibu yang menyusui kurang dari 2 tahun dan terdapat adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat.

f Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas Sekarang

1) Riwayat kehamilan : perlu adanya pencatatan tentang pemeriksaan kehamilan ke fasilitas kesehatan dan adakah keluhan keluhan yang menyertai
2) Riwayat persalinan : hal yang perlu dicatat adalah kapan persalianan dilaksanakan, usia kehamilan bayi lahir, jenis persalianan, penolong persalinan, tempat persalinan, ketuban , penyulit yang menyertai dan penggunaan obat selama persalinan, serta Jenis kelamin bbl dan berat badan bbl. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini dan adakah resiko yang berpengaruh untuk masa nifas ibu.

3) Riwayat nifas saat ini

Hal yang perlu dikaji adalah perdarahan ibu (pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta disebut lokea), kontraksi uterus, tinggi Funfus uteri, laktasi, dan juga kemungkinan terjadinya infeksi pada ibu post partum.

g Riwayat KB

Dalam riwayat KB ini apakah ibu sebelumnya pernah menggunakan kontrasepsi, baik peroral, suntik, maupun menggunakan alat dan juga dalam sub ibi akan dibahas terkait dengan renacana pemilihan kontrasepsi bagi ibu.

Kontrasepsi tidak diperlukan dalam 3 minggu pertama pascapartum karena pada semua wanita terjadi penundaan pemulihan ovulasi. Setelah waktu ini, ovulasi dapat pulih kembali tanpa dapat diduga pada wanita yang menyusui, bergantung pada variasi biologik individual serta intensitas menyusui. Kontrasepsi khusus progestin, termasuk pil mini, medroksiprogesteron depot, dan implan levonorgestrel tidak mempengaruhi kualitas susu dan meningkatkan; meskipun sedikit; volume susu; oleh karena itu, kontrasepsi khusus-progestin merupakan kontrasepsi pilihan bagi wanita yang menyusui

h Riwayat Kesehatan dan penyakit pasien

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

(Manuaba, 2010) menjelaskan penyakit-penyakit yang mempunyai pengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas adalah:

1) Penyakit jantung

   Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca salin/nifas adalah :

   (1) Setelah bayi lahir penderita tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan tiba-tiba darah membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya

   (2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI. Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

   (3) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung

   (4) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum

2) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010)

3) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan yaitu dibagi menjadi hipertensi esensal, dan hipertensi karena penyakit ginjal.hipertensi esensal disebabkan oleh factor lingkungan dan emosi.

Hipertensi karena penyakit ginjal. Penyakit ginjal yang dapat meningkatkan tekanan darah di antaranya glomerulofritis akut atau kronis dan pielonefritis akut atau kronis. Gejala penyakit ginjal pada kehamilan disertai hipertensi adalah suhu badan yang meningjat dan gangguan miksi.

4) Tuberkulosis

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI langsung ke bayi karena dapat menularkan penyakit pada bayi (Manuaba, 2010).

5) Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O_2 dan CO_2.

6) Diabetes Mellitus

Penyakit gula merupakan penyakit keturunan dengan ciri kekurangan atau tidak terbentuknya insulin yang sangat penting untuk metabolism gula dan pembentukan glikogen. Akibatnya kadar gula dalam darah akan tinggi yang dapat mempengaruhi metabolisme tubuh secara menyeluruh dan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

7) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : Sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.

i Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan

kesehatan pasien dan bayinya yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai.

j Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Nutrisi

Menggambarakan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan antara sebelum melahirkan dengan masa nifas. Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Maritalia, 2017).

Tabel 2.13
Contoh menu makanan ibu nifas dalam sehari

Bahan makanan	Ibu menyusui bayi		
	Bayi Usia 0-6 bulan	Bayi usia 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	2 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber : Saifuddin, 2014 : 128

2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah.

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spinter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Ibu diharapkan dapat BAK sekitar 3-4 jam postpartum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi berikan rangsangan per oral atau per rectal atau lakukan klisma bilamana perlu

3) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genetalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

4) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan

mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

Ibu nifas harus beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Istirahat 6-8 jam jika bayi tidur ibu ikut tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

5) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti ibu dapat memasukan satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai hubungan suami istri.

6) Aktifitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat

mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi.

7) Pola kebiasaan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluhpembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

k Riwayat psikososial, budaya, spiritual, dan ekonomi

Dikaji untuk mengetahui kondisi psikologis ibu dalam menghadapi tahapan masa nifas. Pengkajian ini juga berkaitan erat dengan perubahan psikologis ibu nifas mulai dari fase taking in, taking hold dan letting go.

Untuk mengetahui pasien dan keluargaa yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan (Ambarwati, E, R Diah, 2010).

B Data Obyektif

a Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kreteria :

c) Baik : Jika pasien memperhilatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

d) Lemah : jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

2) Kesadaran

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

3) Tanda-tanda vital :

a) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami penngkatan darah secara sistolik dan diastolick, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa

hari apabila tidak ada penyakit-penyakit lainnya (Munthe, 2019)

b) Nadi

Denyut nadi yang mengikat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama purperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum.

c) Suhu

Suhu 38˚C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital.

d) Respirasi

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru. Keadaan pernafasan akan

selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan nadi (Munthe, 2019).

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.

2) Muka

Pemeriksaan pada muka digunakan untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema, dan pemeriksaan cloasma gravidarum ada atau tidak.

3) Mata

Pemeriksaan fisik pada mata digunakan untuk mengetahui simetris/tidak, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih/kuning. Bila sklera kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis dan apabila merah kemungkinan konjungtivitis.

4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran sektret, adakah polip di hidung pasien.

5) Mulut

Pemeriksaan pada mulut digunakan untuk mengetahui kondisi bibir lembab/ tidak, pucat/ tidak, gigi karies ada/ tidak, dan terdapat stomatitis/tidak.

6) Telinga

Pemeriksaan fisik pada telinga digunakan untuk mengetahui bentuk nya simetris/ tidak, apakah ada serumen/ tidak.

7) Leher

Pemeriksaan leher dikatakan normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Suryati Romauli, 2011).

8) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan fisik pada dada dan paru-paru digunakan untuk mengetahui apakah ada benjolan atau massa abnormal, wheezing, ronkhi, retraksi dinding dada.

9) Payudara

Pada pemeriksaan payudara yang perlu diperhatikana dalah Payudara bersih/tidak, bentuk simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak,

konsistensi payudara, apakah ada pembengkakan atau tidak (Munthe, 2019).

10) Abdomen

Menurut Verney et all (2007: 1064) pemeriksaan adomen pascapatum dilakukan secara periode pascartum dini (1 jam – 5 jam) yang meliputi tindak berikut:

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandungan kemih mencari secara spesifik distensi kandungan kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisasitas kandungan kemih karena trauma selama melahirkan. Normalnya bisa buang air kecil (Munthe, 2019)

b) Pemeriksaan tinggi fundus uteri

Pemeriksaan tinggi fundus uteri dugunakan untuk mengetahui apakah proses involusi uterus berjalan normal atau tidak. Berikut ini adalah tabel tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandungan kemih.

Tabel 2.14
Perubahan uterus masa nifas

No	Waktu involusi	TFU	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gr	12,5 cm	lunak
2	Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gr	12,5 cm	lunak
3	Satu minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
4	Dua minggu	tidak teraba diatas simfisis	300 gr	5 cm	1 cm
5	Enam minggu	Bertambah kecil	60 gr	2,5 cm	menyempit

Sumber : (Kumalasari, 2015)

c) Pemeriksaan kontraksi uterus : umumya uterus berkontraksi dengan baik, tidak berada di atas ketinggian fundus saat masa nifas segera. Abnormalnya lembek, diatas ketinggian dundus saat masa postpartum segera (Munthe, 2019).

11) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia yang harus diperiksa adalah tipe, kuantitas dan bau dari lokea. Pada pemeriksaan vulva perinium adalah keadaan luka bekas episiotomi,dan terdapat oedema/tidak pada genetalia.

12) Anus

Pada pemeriksaan anus adalah ada atau tidaknya haemorrroid

13) Ektermitas

Hal yang perlu diperiksa pada ekstermitas adalah Warna kuku jari, oedema tangan - kaki, varises pada kaki.

(Munthe, 2019)

c Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Manuaba, 2010), pemeriksaan penunjang pada ibu nifas normal adalah Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dan dapat dilakukan dengan mengunakan Hb sahli.

2. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012: 183).

PAPIAH, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembangkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

3. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembangkakan payudara

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria hasil menurut (Manuaba, 2010) adalah :

A Keadaan umum dan kesadaran :Keadaan Umum baik dan kesadaran komposmentis

B Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

C Tanda-tanda vital:

a TD : 110/70-130/90 mmHg

b N : 60-80 x/menit

c S : 36-37,50C

d RR : 16-24x/menit

D Laktasi normal : Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, merupakan bahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni, 2009).

E Involusi uterus normal

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba TFU:

a Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram

b Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat.

c Pada 1 minggu postpartum, TFU terba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.

d Pada 2 minggu postpartum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.

e Pada 6 minggu postpartum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram

F Lochea normal : Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam. lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

G Keadaan Umum bayi baik dengan : R : 30-60 x per menit dan S 36,5 – 37,5 ˚C.

Intervensi :

A Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea

R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.

B Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali (Saifuddin, 2009:377).

C Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan kondisi ibu seperti semula dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Mochtar,2012:176)

D Beri konseling ibu tentang KB pascasalin

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012:89)

E Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

Kemungkinan masalah :

a Masalah 1 = Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK (retensio urin) dan BAB dengan lancer

Intervensi :

1) Jelaskan tentang pentingnya BAK dan BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

   R/ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

2) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih serta makan sayur dan buah

   R/ air putih berfungsi sebagai memperlancar eliminasi dan kinerja sistem urinaria

3) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengekjan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada jahitan

   R/ Menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

4) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

   R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

b Masalah 2 = Nyeri pada luka jahitan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut (Purwanti, 2012) antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat. R/ Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.
3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

   R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.
4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

   R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

c Masalah 4 = pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 124), antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

   R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada
2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

   R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

   R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengakan dan nyeri yang dialami.

5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

   R/ Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

   R /Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

7) Ajarkan ibu melakukan perawatan payudara ibu nifas

   R/ Dengan dilakukan perawatan payudara diharapkan produksi ASI lancar sehingga proses menyusui bisa

berlangsung dengan baik dan pembengkakan payudara bisa berkurang.

8) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen.

R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

d Masalah 6 = Subinvolusio uteri

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah subinvolusio uteri teratasi

Kriteria : Uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 130), antara lain:

1) Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu. R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu
2) Beritahu ibu penyebab subinvolusi uteri R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu.
3) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat. R/ Memberikan kenyamanan dan mempercepat proses involusi uterus
4) Anjurkan ibu untuk terus dan sering menyusui bayinya.

R/ Menyusui merupakan faktor pertama yang mempengaruhi involusi uterus karena pada waktu bayi mengisap puting susu ibu terjadi ransangan ke hipofisis posterior sehingga dikeluarkan oksitosin yang berfungsi

meningkatkan kontraksi otot polos disekitar alveoli kelenjar air susu ibu (ASI) sehingga ASI dapat dikeluarkan dan terjadi rangsangan pada otot polos rahim sehingga terjadi percepatan involusi uterus

5) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya.

R/ Kandung kemih yang kosong bisa memudahkan proses involusio uteri

6) Ajarkan ibu bagaimana melakukan senam nifas.

Ajarkan ibu bagaimana melakukan senam nifas. R/ dengan senam nifas bisa membantu mempercepat proses involusi uteri.

4. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara Komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidience based kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera

dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Evaluasi dilakukan sesuai standar. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

6. Dokumentasi

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia, Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P: penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian Data

Menurut keputusan Mentri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

A Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Pada kunjungan awal dan kunjungan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik.

a Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010).

b Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap putting (Manuaba, 2010)

c Riwayat Antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah

kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir

d Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah factor resiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernafasan.

e Riwayat Postnatal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium

f Riwayat Kesehatan

1) Bayi

Apakah bayi memiliki penyakit congenital yang menyertai

2) Ibu

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita ibu i yang ada hubungannya dengan kesehatan bayinya.

3) Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan bayi yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai.

g Pola kebiasaan setiap hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012)

2) Eliminasi

a) BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari.

b) BAB

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama

ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012b)

3) Istirahat

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

4) Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok

5) Aktifitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan.

h Riwayat psikososial dan budaya

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan

terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2012)

B Data Obyektif

a Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5°C–37°C. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan.

b Tanda-tanda vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit

2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5- 37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C.

3) Respirasi

Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60

kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen.

c Antopometri

1) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014:214). Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik.

2) Panjang Badan

Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Normal 45-53 cm.

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang. Ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

a. Diameter suboksipito-breghmatika : 9,5-10 cm

b. Diameter oksipito-frontalis : 11 cm

c. Diameter mento oksipitalis : 12 cm

d. Diameter mento oksipitalis : 13,5-15 cm

e. Diameter submento-breghmatika : 9,5-10 cm

f. Cirkumferensial mento oksipitalis : ± 35 cm

g. Cirkumferensial sub oksipito breghmatika : ± 232 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi dua :

a. Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

b. Diameter bitemporalis : 8-10 cm

c. Cirkumferensial fronto oksipitalis : ± 34 cm

4) Lingkar dada : 33-38 cm

5) Lingkar lengan : ± 11 cm

d Apgar score

Tabel 2.15
Apgar Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Grimace (Reflex)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
Activity (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstermitas fleksi dengan baik.
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis Kuat.

Sumber : (Prawirohardjo, 2016)

Nilai 1-3 : Asfiksia berat
Nilai 4-6 : Asfiksia sedang
Nilai 7-10 : Asfiksia ringan (Normal)

e Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Periksa Besar, bentuk, molding, sutura tertutup/melebar,fontanel anterior, kaput suksadenum, sefal hematoma , perdarahan suprapubik, fraktur tulang tengkorak (Munthe, 2019).

2) Wajah

Periksa kesimetrisan wajah, kelainan wajah khas seperti down syndrome, kelianna wajah akibat trauma lahir seperti laserasi , paresi (Munthe, 2019)

3) Mata

Periksa letak mata, jumlah, strabismus, glauokoma, trauma perti palpebra. Perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu .Kaji perdarahan subkonjungtiva, mata yang menonjol, katarak dan lain-lain (Munthe, 2019).

4) Hidung

Pwngkajian pada bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya > 2,5 cm, periksa adnaya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah hal ini menandakan adanya sifilis kongenital,

periksa adanya cuping hidung. Pemeriksa harus memblok setiap lubang hidung ketika mulut bayi tertutup untuk menjamin bahwa aliran udara mengalir dengan bebas melalui lubang hidung yang lain (Munthe, 2019).

5) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kaji labioskisis, labiogenato palatoskisis, tooth buds dan lain-lain, serta periksa tanda foote (Munthe, 2019).

6) Telinga

Memastikan bentuk, jumlah dan posisinya. Pada bayi cukup bulan tulang rawan sudah matang, daun telinga sudah berbentuk smepurna dengan lengkungan yang jelas, memperhatikan letak daun telinga, jika daun telinga letaknya rendah kemungkinan bayi mengidap suatu sidrom.

7) Leher

Seluruh leher harus diinspeksi dan dipalpasi. Bayi harus mempunyai rentang gerak penuh dan simetris. Memeriksa trauma leher.

8) Dada dan paru-paru

Dada bayi dikaji dengan menggunakan inspeksi, palpasi, dan auskultasi. Bentuk torak harus dikaji. Prosesus xifoideus mungkin terlihat pada neonatus normal karena tipisnya dinding dada. Posisi payudara dan puting harus dikaji. Jantung diamati pulsasi, frekuensi jantung, kelainan bunyi jantung.

9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2008). Tali pusat tidak berdarah, warna tali pusat tidak pucat atau merah, jumlah pembuluh darah normal, tidak ada pembuluh darah yang putus, tidak ada hernia di pusat atau di selangkang

10) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna.

11) Genetalia

a) Laki-laki

Lokasi meatus uretra harus diperiksa pada neonatus laki laki. Meatus ini harus tepat diujung penis. Pemeriksa harus menetapkan lokasi kedua testis.

b) Perempuan

Pada bayi perempuan, tonjolan labia mayora, minora, dan klitoris harus diperhatikan.

12) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, mengalami kebuntuan/ tidak.

13) Ekstermias

a) Atas

Jumpalh nya hrus dipastikan normal yaitu 10. kelainan jari disebut sebagai sindaktil dan polidaktil. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Kesimetrisan lengan juga hrus diperiksa, panjang lengan (Munthe, 2019)

b) Bawah

Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital, kesimterisan tungkai (Munthe, 2019).

14) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, 349 telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning.

f Data fungsional kesehatan

Pengkajian mengenai riwayat pernikahan orangtua, kelahiran anak, dan kepercayaan berhubungan dengan kelahiran.

g Pemeriksaan neurologis (refleks)

1) Reflek Morro

Reflek dimana bayi akan mengembangkan tangan lebarlebar dan melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Reflek Morro biasanya ada pada saat lahir dan hilang setelah usia 3-4 bulan.

2) Reflek Rooting

Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu. Reflek ini biasanya menghilang pada usia 7 bulan.

3) Reflek Sucking

Reflek ini timbul bersama dengan reflek rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.

4) Reflek Batuk dan Bersin

Reflek ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.

5) Reflek Graps

Refleks yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup telapak tangannya. Respon yang sama dapat diperoleh ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, menyebabkan jari kaki menekuk. Ketika jari-jari kaki diletakkan pada telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam erat jari-jari. Genggaman telapak tangan bayi biasanya berlangsung sampai usia 3-4 bulan. Jari kaki akan menekuk kebawah, reflek ini menurun pada usia 8 bulan, tapi masih dapat dilihat sampai usia 1 tahun

6) Reflek Walking dan Stapping

Reflek ini timbul bila bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah kedepan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Menginjak biasanya berangsur-angsur menghilang pada usia 4 bulan.

7) Reflek Tonic Neck

Reflek jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini tidak dapat dilihat pada bayi yang berusia 1 hari, meskipun sekali reflek ini kelihatan, reflek ini dapat diamati sampai bayi berusia 3-4 bulan

8) Reflek Babinsky

Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.

9) Reflek Galant/ Membengkokkan Badan

Ketika bayi tengkurap goreskan pada punggung menyebabkan pelvis membengkokkan kesamping. Jika punggung digores dengan keras kira – kira 5 cm dari tulang belakang dengan gerakan kebawah, bayi merespon dengan membengkokkan badan kesisi yang digores. Refleks ini berkurang pada usia 2-3 bulan.

10) Reflek Bauer/ Melangkah

Reflek ini terlihat pada bayi aterm dengan posisi tengkurap, pemeriksa menekan telapak kaki. Bayi akan merespon dengan membuat gerakan

merangkak. Reflek ini menghilang pada usia 6 minggu.

2. Diagnosa Kebidanan

   Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin lak i-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rush (Marmi, 2012)

   NCB SMK, Usia. hari (KEPMENKES No. 938/Menkes/SK/VII/2007).

3. Intervensi

   Diagnosa : Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin lak i-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rush

   Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari interuterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

   Kriteria hasil :

   A Keadaan umum : Baik

   B TTV Normal : suhu = 36,5-37,5˚C, Nadi = 120-160 x/menit, RR = 40-60 x/menit.

   C Bayi menyusu kuat

   D Bayi menangis kuat dan aktif

   Intervensi menurut (Marmi, 2012) antara lain :

A Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/: Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

B Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua

R/: Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

C Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/: Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, 2007).

D Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/ :Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

E Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik

R/: Suhu normal bayi adalah 36,5 -37,5 ˚C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

F Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah

Kemungkinan masalah yang timbul

A Masalah 1 = hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria : Kadar glukosa dalam darah >45 mg/dL dan tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi :

a Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

b Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan stripkimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

c Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia

R/ Nutrisiyang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

B Masalah 2 = hipotermi

Tujuan : hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi < 360C dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, 281 tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006).

Intervensi :

a Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

b Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

c Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

C Masalah 3 = ikterus

Tujuan : ikteerus tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL dan Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine(Marmi, 2012)

Intervensi menurut (Marmi, 2012) antara lain :

a Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit. R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

b Mengkaji faktor-faktor resiko. R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning

(indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

c Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik. R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

d Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam. R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium

D Masalah 8 = mual dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria hasil : Tidak muntah dan gumoh setelah minum dan Bayi tidak rewel

a Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis. R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

b Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan KH :

A. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spritualkultural.
B. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (Inform consent).
C. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
D. Melibatkan klien/pasien.
E. Menjaga privacy klien/pasien.
F. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
G. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
H. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
I. Melakukan tindakan sesuai standar.
J. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

   Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Evaluasi dilakukan sesuai standar. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

6. Dokumentasi

   Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

   Dengan kriteria:

   Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia, Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

   Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

   S : data subjektif, mencatat hasil anamnesa

   O : data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Mentri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

A Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Pada kunjungan awal dan kunjungan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik (Munthe, 2019)

a. Identitas

1) Nama

Nama digunaan sebagai tanda pengenal. Yang berfungsi untuk dapat mengenal atau mengenali

nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Suryanti Romauli, 2011)

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2010).

3) Suku

Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut (Handayani, 2017).

4) Agama

Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya (Marmi, 2012)

5) Pekerjaan

Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga.

6) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya (Handayani, 2017).

7) Alamat dan nomor telepon

Mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menghubungi pasien dan suami (Munthe, 2019)

b. Keluhan utama

Pada umumnya klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin tambah anak lagi (Saifuddin, 2010).

c. Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, Ummi Jiarti K, 2010).

d. 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.

2) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin
3) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012)

e. Riwayat kebidanan

1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.
2) Siklus Haid

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

   Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai motode 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

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 menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

f. Riwayat kehamilan, persalian, dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, maka infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012)

g. 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, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari

IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD.

Riwayat pemakaian kontrasepsi (jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, lama pemakaian, keluhan atau efek samping dari penggunaan kontrasepsi) (Munthe, 2019).

h. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

KB hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari pada biasannya (Hartanto, 2015).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015)

3) Personal hygiene

Kebersihan perlu lebih diperhatikan karena pada pemakaian IUD potensial PID lebih tinggi. Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genetalia.

Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap (Ambarwati, E, R Diah, 2010)

4) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang

5) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido. Pada kontrasepsi suntik progestin diberikan pada waktu 7 hari siklus haid, tetapi jika akeptor terlambat diberikan sesudah haid 7 hari, maka akseptor perlu menggunakan metode kontrasepsi lain (kondom) selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual. Pada akseptor implant sebaiknya dipasang pada saat hari ke- 2 hingga hari ke-7. Lebih dari itu akseptor kb implant perlu adanya penggunaan kontrasepsi tambahan selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual.

6) Aktifitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya.

i. Riwayat Ketergantungan

1) Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik.
2) Efektivitas implan menurun bila menggunakan obat-obat TBC dan epilepsi
3) Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

j. Keadaan psikologis

1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum
2) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan kontrasepsi estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang
3) Selama 6 minggu pertama pascapersalinan, progestin mempengaruhi tumbuh kembang bayi

4) Menyusui dapat meningkatkan hubungan psikologi ibu dan anak (Manuaba, 2010).

k. Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang kontrasepsi hormonal dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

l. Latar belakang sosial budaya

Mengkaji apakah suami mendukung ibu untuk menggunakan KB dan sama sekali tidak ada larangan untuk pemakaian KB dalm mengambil keputusan diambil secara bersama. Tidak ada budaya setempat yang menghambat ibu dalam pemakaian alat kontrasepsi (Manuaba, 2010).

B Data Obyektif

Data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan langsung kepada pasien .

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Pemeriksaan keadaan umum meliputi status kesadaran, status gizi, tanda vital dan lain-lain

2) Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya kelainan pada gangguan system kardiovaskuler. Composmentis: sadar penuh , Apatis: acuh tak acuh

dan lama dalam menjawab, Sommnolen: keadaan mengantuk (letargi), Delirium: penurunan abnormal , disertai dengan peningkatan yang abnormal, Koma: keadaan tidak sadar diri yang penderitanya tidak dapat dibangunkan.

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah

b) Nadi

Denyut nadi ireguler (aritmia) menunjukkan klien kemungkinan mengidap kelainan jantung (Saifuddin, 2010).

c) Suhu

Suhu normal 36–370C, pada akseptor dengan radang panggul akan terjadi kenaikan suhu mencapai 380C atau lebih.

b. Pemeriksaan antropometri

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1–5 Kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh. Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu

terjadi peningkatan/penurunan berat badan. Ibu dengan obesitas tidak diperbolekan menggunakan kntraepsi hormonal (Manuaba, 2010).

Berat badan merupakan salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan atau penurunan berat badan.

c. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Meliputi warna, mudah rontok atau tidak dan kebersihanya.

2) Muka

Akan timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggnaan kontrasepsi progestin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Sulistyawati, 2013).

3) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010)

Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sedangkan normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu kemungkinan konjungtivitis.

4) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda- tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa)

5) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan:

a) Bau nafas
b) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
c) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
d) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies
e) Gusi : perdarhan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat
f) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah

g) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran

h) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan tonsillar pillar, inflamasi, edema, perdarhan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil (Varney, 2008).

6) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008).

7) Leher

Tidak ditemukan penegangan vena jugularis, tidak pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe (Saifuddin, 2010).

8) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasu, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. Interkosta atau subklavikula Ekskursi pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak nafas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru : bunyi napas normal, rales, mengi, frictio (Varney, 2008)

9) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti kasinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium.

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2014).

10) Abdomen

Bekas luka operasi : untuk mengetahui apakah pernah SC atau operasi lain, konsistensi: keras atau tidak,

pembesaran lien (liver): ada atau tidak, adakah adanya tanda-tanda kehamilan

11) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore. Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR.). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012).

12) Ektermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan. Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

Lokasi yang biasanya digunakan untuk penanaman kapsul adalah bagian dalam lengan atas yang tidak dominan, walaupun implan sebenarnya dapat dimasukkan dibagian tubuh yang lain (misal: bokong, abdomen bagian bawah, tungkai atas). Lengan atas bagian dalam merupakan area tubuh yang terlindungi, mudah dijangkau untuk memasang

dan kembali melepas implan, tidak terlalu terlihat dan mudah dijangkau oleh klien saat melakukan perawatan pascainsersi dan pasca pelepasan. Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012).

d. Pemeriksaan penunjang

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

a) Memastikan gerakan serviks bebas
b) Menentukan besar dan posisi uterus
c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

2. Diagnosa Kebidanan

   Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

   Dengan kriteria : Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien, Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

   Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, Prognosa baik (Saifuddin, 2010).

3. Intervensi

   Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

A Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif

B Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga

C Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga

D Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan avidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

E Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

A Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.

B Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

C Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya

Kriteria : Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas, Ibu memilih salah satu KB yang sesuai, Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

A Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

B Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

C Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

D Bantulah klien menentukan pilihannnya
R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya

E Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.
R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

F. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

G. Pesankan pada ibu untuk untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan kontrasepsi.

Kemungkinan masalah :

A Masalah 1 : Amenorea

Tujuan : Setelah diberikannya asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut

a. Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil perlu tidakaan khusus

R/ Jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

b. Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik

R/ mendapatkan pelayanan lebih

c. Bila hamil, hentikan penggunaan kontrasepsi dan kehamilan dilanjutkan

R/penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan resiko kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB

d. Jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid. Kalaupun diberikan tidak aka nada gunakanya

   R/ Dengan memberikan obat hormonal dapat mempengarhu proses menstruasi.

e. Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode konstrasepsi lain

   R/ Memberikan kenyamanan pada klien

B Masalah 2 : Pusing

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

a. Kaji keluhan pusing pasien

   R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

b. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

c. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri

C Masalah 3 : kenaikan berat badan

Tujuan : Berat Badan Normal

Kriteria : Berat badan sesuai indeks masa tubuh

Intervensi Menurut Dyah dkk, 2011 antara lain:

a. Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya

b. Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

c. Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

d. Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

D Masalah 4 : Perdarahan bercak/spotting

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang

Intervensi menurut (Manuaba, 2010), adalah :

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting

a. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

R/ Klien bebas memilih kontrasepsi yang sesuai dan tanpa kontraindikasi

E Masalah 5 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB.

Kriteria :Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dyah,2010, yaitu :

a. Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada pengguaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.

   R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai porsi, apabila klien memiliki riwayat anemia maka maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit

b. Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan

   R/ mengetahui penyebab perdarahan

c. Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.

   R/ Pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan.

d. Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR

   R/ Memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB.

4. Implementasi

   Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

   Dengan kriteria:

   Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural, Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent), melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based, melibatkan klien/pasien, menjaga privacy klien , melaksanakan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan, menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai, melakukan tindakan sesuai standar, dan Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

5. Evaluasi

   Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil

evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Evaluasi dilakukan sesuai standar. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia, Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah /dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.