

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

1. Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional..(St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)
2. Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum lalu dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan

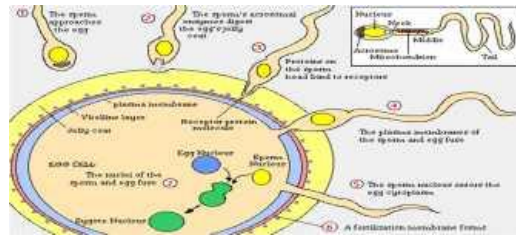
normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester : trimester 1 berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 sampai ke 27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga 40 minggu) (walyani, 2015.).

2.1.2 Fisiologi Kehamilan

Fisiologi kehamilan menurut (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

1 Proses fertilisasi

Untuk membuahi sebuah ovum, sebuah sperma mula-mula harus melewati korona radiata dan zona pelusida. Enzim-enzim akrosom, yang terpecah saat membran akrosom rusak saat sperma berkontak dengan korona radiata, memungkinkan sperma membuat terowongan menembus sawar-sawar protektif tersebut. Sperma pertama yang mencapai ovum itu sendiri berfusi dengan membran plasma ovum, memicu suatu perubahan kimiawi di membran yang mengelilingi ovum sehingga lapisan ini tidak lagi dapat ditembus sperma lain (Fenomena Block To Polyspermy).



Gambar 2 1. Proses Fertilisasi

Sumber : (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

Kepala sperma yang berfusi tertarik dan ekor lenyap. Penetrasi sperma kedalam sitoplasma memicu pembelahan meiosis akhir oosit sekunder. Nucleus sperma dan ovum menyatu membentuk zigot lalu menjadi morula dan masuk uterus setelah uterus sudah bisa dimasuki oleh morula, lalu menjadi blastokista dan terjadi implantasi di dinding endometrium.

Fertilisasi berlangsung di oviduktus ketika telur yang dilepaskan dan sperma yang diletakkan di vagina bertemu di tempat ini. Ovum yang telah dibuahi mulai membelah diri secara mitosis. Dalam waktu seminggu ovum tumbuh dan berdiferensiasi menjadi sebuah blastokista yang dapat melakukan implantasi. Sementara itu, endometrium telah mengalami peningkatan vaskularisasi dan dipenuhi oleh simpanan glikogen di bawah pengaruh progesterone fase luteal.

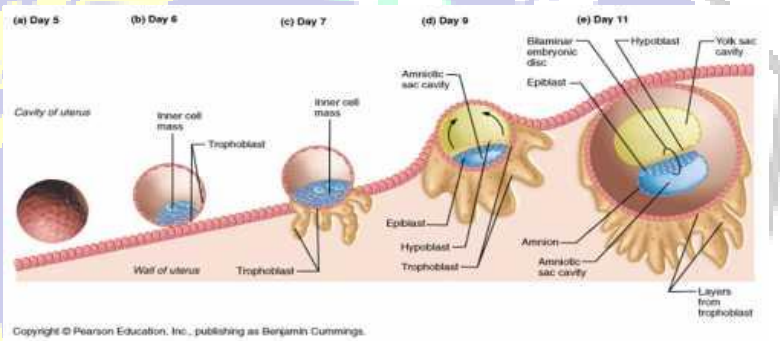
Blastokista terbenam di lapisan yang telah dipersiapkan tersebut melalui kerja enzim-enzim yang dikeluarkan oleh lapisan luar blastokista. Enzim ini mencernakan jaringan endometrium kaya

nutrient, melaksanakan dua fungsi yaitu membuat lubang di endometrium untuk implantasi blastokista sementara pada saat yang sama membebaskan nutrient dari sel endometrium agar dapat digunakan oleh mudigah yang sedang berkembang. (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

2. Implantasi

Ovum yang sudah dibuahi membelah dengan cepat selama perjalanannya dalam tuba fallopii. Bila kelompok sel yang disebut sebagai morula mencapai cavum uteri maka terbentuklah "inner cell mass". Pada stadium Blastosis, mass tersebut dibungkus dengan sel trofoblas primitif. Di dalam sel tersebut terjadi produksi hormon secara aktif sejak awal kehamilan dan juga membentuk EPF (early pregnancy factor) yang mencegah reaksi hasil konsepsi. Pada stadium ini, zygote harus mengadakan implantasi untuk memperoleh nutrisi dan oksigen yang memadai. Terjadi perkembangan "inner cell mass" kedalam lapisan ektodermal dan endodermal. Di antara kedua lapisan tersebut terbentuk lapisan mesodermal yang akan tumbuh keluar untuk membentuk mesoderm ekstra embrionik. Pada stadium ini terbentuk 2 rongga yaitu "yolk sac" dan cavum amnion. Kantung amnion berasal dari ektoderm dan yolk sac dari endoderm. Pada stadium ini, cavum

amnion masih amat kecil.2 rongga yang terbungkus oleh mesodermbergerak kearah blastosis. Batang mesodermal akan membentuk talipusat. Area embrionik yang terdiri dari ektoderm–endoderm dan mesoderm akanmembentuk janin.Cavum anion semakin berkembang sehingga mencapaisampai mencapai dinding blastosis. Bagian dari Yolc sac tertutup dalamembrio dan sisanya membentuk tabung yang akan menyatu dengan tangkai mesodermal

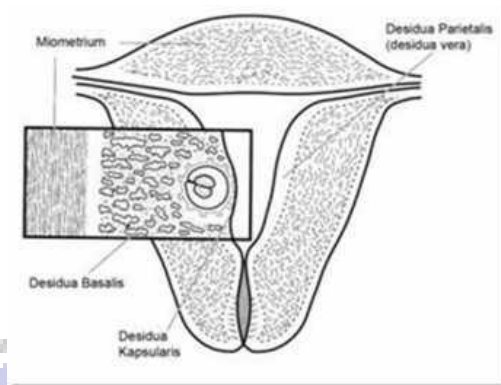


Gambar 2 2. Proses Implementasi

Sumber : (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

3. Plasentasi.

Villi terdapat diseluruh permukaan blastosis. Dengan demikian membesarnya blastosis, desiduasuperfisial (desiduakapsularis) akan tertekan dan kehamilan akan semakin mengembang ke arah dalam cavum uteri.



Gambar 2 3. Proses Plasentasi

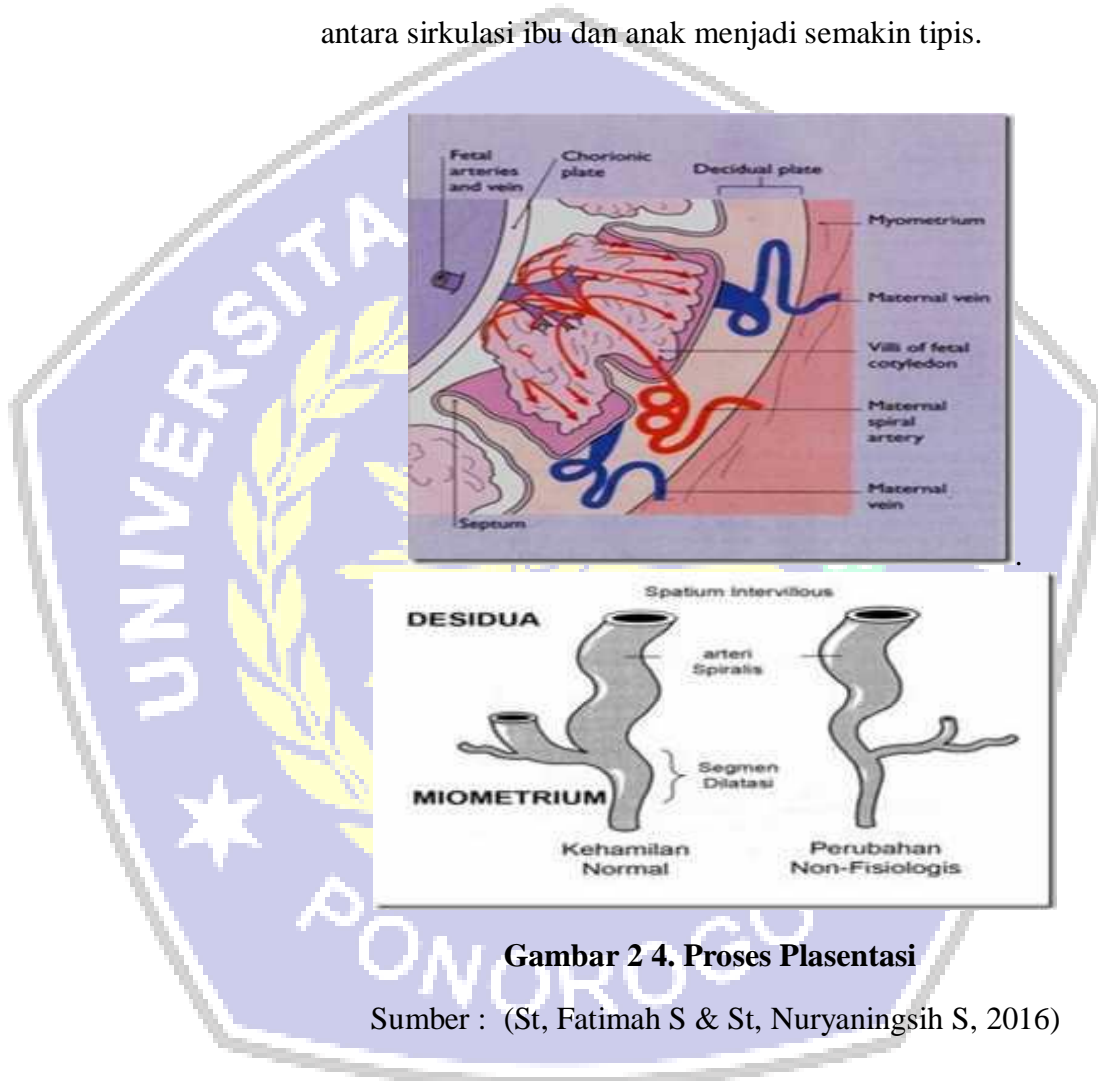
Sumber : (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

Perkembangan desidua kapsularis secara bertahap memangkas sirkulasi yang melaluinya. Hal ini akan menyebabkan atrofi dan hilangnya villi yang bersangkutan. Permukaan blastosis menjadi halus dan bagian korion ini disebut Chorion Laeve. Pada sisi yang berlawanan, villi mengalami pertumbuhan dan pembesaran dan disebut sebagai Chorion Frondusum. Dengan semakin luasnya ekspansi blastosis, desidua kapsularis menempel dengan desidua vera dan cavum uteri menjadi obliterasi. (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016). Trofoblas primitif chorion frondusum melakukan invasi desidua. Pada proses ini, kelenjar dan stroma akan rusak dan pembuluh darah maternal yang kecil akan mengalami dilatasi membentuk sinusoid. Trofoblas mengembangkan lapisan seluler yang

disebut sitotrofoblas dan lapisansinsitium yang disebut sinsitiotrofoblas. Struktur yang disebut villichorialis ini terendam dalam darah ibu.

Dengan kehamilan yang semakin lanjut, struktur villichorialis menjadi semakin kompleks dan vilili membelah dengan cepat untuk membentuk percabangan-percabangan dimana cabang vasa umbilicalis membentuk percabangan yang berhubungan erat dengan permukaan epitel trofoblas. Sebagian besar cabang villi chorialis yang disebut sebagai villi terminalis mengapung dengan bebas dalam darah ibu sehingga memungkinkan terjadinya transfer nutrisi dan produk sisa metabolisme. Sejumlah villi melekat pada jaringan maternal dan disebut sebagai anchoring villi. Struktur dan hubungan villi terminalis dapat dipelajari dengan melihat gambar penampangnya. Dengan semakin lanjutnya kehamilan, hubungan antara vaskularisasi trofoblas dan maternal menjadi semakin erat. Trofoblas mengalami migrasi ke dalam arteri spiralis maternal yang berasal dari ruang intervillous. Perubahan fisiologi yang berakibat dilatasi arteri maternal 1/3 bagian dalam miometrium. Perubahan ini berakibat konversi pasokan darah utero plasenta ke dalam vaskularisasi yang bersifat “ low resistance–high flow

vascularbed” yang diperlukan untuk tumbuh kembang janin intra uterin. Dengan semakin lanjutnya kehamilan maka transfer nutrien – sisametabolisme–hormon dan CO serta O2 plasenta akan semakin meningkatdimana struktur pemisah antara sirkulasi ibu dan anak menjadi semakin tipis.



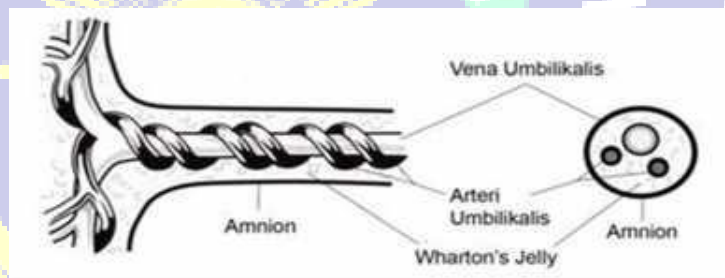
Gambar 2 4. Proses Plasentasi

Sumber : (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

Tidak ada hubungan langsung antara kedua jenis sirkulasi dan “placental barrier” pada akhir kehamilan terletak di microvilli sinsitiotrofoblas yang memperluas permukaan transfer

nutrien dan lain lain. Selanjutnya, sinsitiotrofoblas dan mesoderm janin akan semakin tipis dan vas dalam villus mengalami dilatasi.

Plasenta yang sudah terbentuk sempurna berbentuk cakram yang berwarna merah dengan tebal 2-3cm pada daerah insersi talipusat. Berat saat aterm \pm 500 gram. Talipusat berisi dua arteri dan satu vena dan diantaranya terdapat 'WhartonJelly' yang bertindak sebagai pelindung arteri dan vena sehingga tali pusat tidak mudah tertekan atau terlipat, umumnya berinsersi di bagian parasentral plasenta.



Gambar 2 5. Plasenta

Sumber : (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

2.1.3 Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan menurut (Ratnawati, 2014) meliputi :

1. Tanda pasti kehamilan

1. Gerakan janin yang dapat dilihat / diraba / dirasa, juga bagian-bagian janin.

2. Denyut jantung janin

- 1) Didengar dengan stetoskop monoral leannec.
- 2) Dicatat dan didengar alat Doppler.
- 3) Dicatat dengan foto elektrokardiogram
- 4) Dilihat pada ultrasonografi (USG).

3. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

2. Tanda tidak pasti kehamilan (persumptive)

1. Amenorea

Umur kehamilan dapat dihitung dari tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung menggunakan rumus naegele yaitu $TTP = (HPHT + 7)$ dan $(\text{bulan HT} + 3)$.

2. Nausea and Vomiting

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir

triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari, maka disebut morning sickness.

3. Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan / minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama, tidak tahan suatu bau-bauan.

4. Pingsan

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

5. Anoreksia

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan kemudian nafsu makan timbul kembali.

6. Mammae membesar

Mammae membesar, tegang dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar montgomery terlihat membesar.

7. Miksi

Miksi sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan.

8. Konstipasi / obstipasi

Konstipasi terjadi karena tonus otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.

9. Pigmentasi kulit

Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (Chloasma gravidarum),

areola payudara, leher dan dinding perut (linea nigra=grisea).

10. Pemekaran vena-vena (varises).

Terjadi pada kaki, betis dan vulva. Keadaan ini biasanya dijumpai pada triwulan akhir.

11. Epulis atau dapat disebut juga hipertrofi dari papil gusi.

3. Tanda kemungkinan hamil

1. Uterus membesar.

Pembesaran dinding abdomen terkait dengan terjadinya pembesaran uterus di rongga abdomen. Pembesaran ini biasanya dimulai pada usia kehamilan 16 minggu dimana uterus beralih dari organ pelvik jadi organ abdomen. Pembesaran perut ibu lebih terlihat pada posisi berdiri jika dibandingkan dengan posisi berbaring. Juga lebih terlihat pada multipara dibandingkan dengan primigravida akibat kendurnya otot – otot dinding perut.

2. Tanda Hegar.

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.

3. 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.

4. Tanda Chadwick

Tanda yang berwarna kebiru-biruan ini dapat terlihat saat melakukan pemeriksaan, adanya perubahan dari vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena peningkatan vaskularitas dan pengaruh hormon esterogen pada vagina. Tanda ini tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti, karena pada kelainan rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai pertumbuhan tumor.

5. Tanda Piscasek

Yaitu adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris.

6. Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (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.

7. Teraba 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 sekitar usia 4-5 bulan, tetapi ballotement tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti kehamilan, karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam kandungan ibu

8. 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.

9. Hyperpigmentasi Kulit

Bintik –bintik hitam (hyperpigmentasi) pada muka disebut chloasma gravidarum. Hyperpigmentasi ini juga terdapat pada areola mammae atau lingkaran hitam yang mengelilingi puting susu, pada papilla mammae (puting susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh faktor alergi makanan, kosmetik, obat-obatan seperti pil KB.

2.1.4 Tahap Kehamilan

Tahap-tahap kehamilan menurut (Ratnawati, 2014) meliputi :

1. Kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu).
2. Kehamilan triwulan kedua (antara > 12 sampai 28 minggu).
3. Kehamilan triwulan terakhir (antara > 28 sampai 40 minggu).

2.1.5 Perubahan Fisiologi pada Kehamilan

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

1) Sistem Reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari luar, fundus uteri

kira-kira terletak diantaras setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24 fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke prosesus xifodeus, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari prosesus xifodeus, pada minggu ke-36 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari dibawah prosesus xifodeus, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali dan. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk ke dalam rongga panggul Vagina, terjadi pembuluh darah vagina bertambah, hingga warna selaput lendirnya membiru (tanda Chadwick), kekenyalan (elastis). Vagina bertambah artinya daya diregang bertambah, sebagai persiapan persalinan. (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

2) Sistem Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016)

3) Sistem Pernapasan

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena usus tertekan ke arah diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat karena selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin. (Ratnawati, 2014)

4) Sistem Pencernaan

Pengaruh estrogen yang meningkat, pengeluaran asam lambung menyebabkan hipersalivasi, morning sickness, emesis gravidarum, terasa panas dilambung akibat pengaruh progesteron menimbulkan gerakan usus semakin lambat sehingga terjadi konstipasi. (Ratnawati, 2014)

5) Perubahan pada Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Cloasma gravidarum) (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016).

6) Perubahan Sistem Endokrin

Plasenta sebagai sumber utama setelah terbentuk menghasilkan hormon HCG (Human Chorionic Gonadotrophin) hormon utama yang akan menstimulasi pembentukan estrogen dan progesteron yang di sekresi oleh korpus luteum, berperan mencegah terjadinya ovulasi dan membantu mempertahankan ketebalan uterus. Hormon lain yang dihasilkan yaitu hormon HPL (Human Placenta Lactogen) atau hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (Human Chorionic Thyrotropin) atau hormon pengatur aktivitas kelenjar tyroid, dan hormon MSH (Melanocyte Stimulating Hormon) atau hormon yang mempengaruhi warna atau perubahan pada kulit.

7) Perubahan Sistem Perkemihan (Urinaria)

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. 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 hormoekueni berkemih.

8) Perubahan Sistem Gastrointestinal

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 estrogen 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 kekerongkongan

9) Perubahan Metabolisme

- 1) Metabolisme basal naik 15-20 %.
- 2) Keseimbangan asam basa meurun akibat hemodilusi darah dan kebutuhan mineral untuk janin.
- 3) Kebutuhan nutrisi meningkat.
- 4) Pertambahan berat badan ibu hamil normal antara 6,5-16,5 kg

5) selama hamil atau 0,5 kg per minggu.

2.1.6. Perubahan Psikologis pada Kehamilan

Perubahan psikologis pada wanita hamil menurut trimester kehamilan menurut (Ratnawati, 2014) Meliputi :

1. Trimester I

1) Rasa Cemas Bercampur Bahagia

Perubahan psikologis yang paling menonjol pada usia kehamilan trimester pertama ialah timbulnya rasa cemas dan ragu sekaligus disertai rasa bahagia. Munculnya rasa ragu dan khawatir sangat berkaitan pada kualitas kemampuan untuk merawat dan mengasuh bayi dan kandungannya, sedangkan rasa bahagia dikarenakan dia merasa sudah sempurna sebagai wanita yang dapat hamil.

2) Perubahan Emosional

Perubahan-perubahan emosi pada trimester pertama menyebabkan adanya penurunan kemauan berhubungan seksual, rasa letih dan mual, perubahan suasana hati, cemas, depresi, kekhawatiran ibu tentang kesejahteraannya dan bayinya, kekhawatiran pada bentuk penampilan diri yang kurang menarik dan sebagainya.

3) Sikap Ambivalen

Sikap ambivalen menggambarkan suatu konflik perasaan yang bersifat simultan, seperti cinta dan benci terhadap seseorang, sesuatu atau kondisi. Meskipun sikap ambivalen sebagai respon individu yang normal, tetapi ketika memasuki fase pasca melahirkan bisa membuat masalah baru. Penyebab ambivalensi pada ibu hamil yaitu perubahan kondisi fisik, pengalaman hamil yang buruk, ibu karier, tanggung jawab baru, rasa cemas atas kemampuannya menjadi ibu, keuangan dan sikap penerimaan keluarga terdekatnya.

4) Ketidakyakinan atau Ketidakpastian

Awal minggu kehamilan, ibu sering tidak merasa tidak yakin pada kehamilannya. Dan hal ini diperparah lagi jika ibu memiliki masalah emosi dan kepribadian. Meskipun demikian pada kebanyakan ibu hamil terus berusaha untuk mencari kepastian bahwa dirinya sedang hamil dan harus membutuhkan perhatian dan perawatan khusus buat bayinya.

5) Perubahan Seksual

Selama trimester pertama keinginan seksual wanita menurun.

Hal-hal yang menyebabkannya berasal dari rasa takut terjadi keguguran sehingga mendorong kedua pasangan menghindari aktivitas seksual.

6) Fokus pada Diri Sendiri

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, sering kali pikiran ibu lebih berfokus kepada kondisi dirinya sendiri, bukan kepada janin. Meskipun demikian bukan berarti ibu kurang memperhatikan kondisi bayinya. Ibu lebih merasa bahwa janin yang dikandungnya menjadi bagian yang tidak terpisahkan.

7) Stres

Kemungkinan stres yang terjadi pada masa kehamilan trimester pertama bisa berdampak negatif dan positif, dimana kedua stres ini dapat mempengaruhi perilaku ibu. Terkadang stres tersebut bersifat intrinsik dan ekstrinsik. Stres ekstrinsik timbul karena faktor eksternal seperti sakit, kehilangan, kesendirian dan masa reproduksi.

8) Guncangan Psikologis

Terjadinya guncangan jiwa diperkirakan lebih kecil terjadi pada trimester pertama dan lebih tertuju pada kehamilan pertama.

2. Trimester II

Trimester kedua kehidupan psikologi ibu hamil tampak lebih tenang, namun perhatian ibu mulai beralih pada perubahan bentuk tubuh, kehidupan seks, keluarga dan hubungan batiniah dengan bayi yang dikandungnya, serta peningkatan kebutuhan untuk dekat dengan figur ibu, melihat dan meniru peran ibu serta meningkatnya ketergantungan ibu pada pasangannya. Beberapa bentuk perubahan psikologis pada trimester kedua, yaitu :

1) Rasa Khawatir / Cemas

Kekhawatiran yang mendasar pada ibu ialah jika bayinya lahir sewaktu-waktu. Keadaan ini menyebabkan peningkatan kewaspadaan terhadap datangnya tanda-tanda persalinan. Hal ini diperparah lagi dengan kekhawatiran jika bayi yang dilahirkannya tidak normal. Paradigma dan kegelisahan ini membuat kebanyakan ibu berusaha mereduksi dengan cara melindungi bayinya dengan memakan vitamin, rajin kontrol dan konsultasi, menghindari orang atau benda-benda yang dianggap membahayakan bayinya.

2) Perubahan Emosional

Perubahan emosional trimester II yang paling menonjol yaitu periode bulan kelima kehamilan, karena bayi mulai banyak bergerak sehingga ibu mulai memperhatikan bayi dan memikirkan apakah bayinya akan dilahirkan sehat atau cacat. Rasa kecemasan ini terus meningkat seiring bertambahnya usia kehamilannya.

3) Keinginan untuk Berhubungan Seksual

Pada trimester kedua terjadi peningkatan energi libido sehingga pada kebanyakan ibu menjadi khawatir jika dia berhubungan seksual apakah ini dapat mempengaruhi kehamilan dan perkembangan janinnya. Bentuk kekhawatiran yang sering terjadi adalah apakah ada kemungkinan janinnya cedera akibat penis, orgasme ibu, atau ejakulasi. Meskipun demikian, yang perlu diketahui hubungan seks pada masa hamil tidak berpengaruh karena janin dilindungi cairan amnion di dalam uterus

3. Trimester III

1) Rasa Tidak Nyaman

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan pada kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya semakin jelek. Selain itu, perasaan

tidak nyaman juga berkaitan dengan adanya perasaan sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga, bidan.

2) Perubahan Emosional

Pada bulan-bulan terakhir menjelang persalinan perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tak terkontrol. Perubahan emosi ini bermuara dari adanya perasaan khawatir, cemas, takut, bimbang dan ragu jangan-jangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran dan kecemasan akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas-tugas sebagai ibu pasca kelahiran bayinya.

2.1.7 Deteksi Dini Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan. Menurut (St, Fatimah S & St, Nuryaningsih S, 2016) Menyanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil:

1. Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan mudaterutama pada pagi hari namun kondisi ini biasanya hilangsetelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perludikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidakdapat makan dan berat badan menurun terus.

2. Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusingsampai mengganggu aktivitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

3. Sakit kepala

Sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

4. Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

5. Sakit perut hebat

Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu danjaninnya.

6. Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluarnya cairanberlebihandari bang rahim dan kadang-kadang berbau merupakan salahsatu tanda bahaya pada kehamilan.

7. Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dandapat dicurigai ibu hamil menderita TB.

8. Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satumasalah pada kehamilan yang harus diwaspadai.

9. Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yangbiasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderitakurang darah.

10. Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Namunapabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

11. Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahayapada ibu hamil.

12. Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan maka ibu hamil harus waspada.

13. Perilaku berubah selama hamil, seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi, dsb. Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsultasikan ke psikiater.

14. Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KTP) selama kehamilan

Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan selalu mauberterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan. Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri

2.1.8 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Agar janin dapat berkembang secara optimal, maka dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya perlu dipenuhi oleh zat gizi yang

lengkap, baik berupa vitamin , mineral, kalsium, karbohidrat, lemak, protein dan mineral. Oleh karena itu selama proses kehamilan seorang ibu hamil perlu mengonsumsi makanan dengan kualitas gizi yang sehat dan seimbang, karena pada dasarnya selama kehamilan berbagai zat gizi yang kita konsumsi akan berdampak langsung pada kesehatan dan perkembangan janin ibu sendiri. Menurut (Yulizawati.et.al, 2017) kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya:

1. Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil

1) Karbohidrat

Merupakan sumber utama dalam makanan sehari-hari. Sebenarnya tidak ada rekomendasi tetap mengenai asupan minimal karbohidrat bagi ibu hamil dan ibu menyusui. Namun bila di US dan Kanada rekomendasi asupan karbohidrat bagi ibu hamil sebesar 175 gram per hari dan bagi ibu menyusui sebesar 210 gram per hari.

2) Protein

Pada trimester awal kehamilan, pada ibu hamil usia 19- 50 tahun kebutuhan asupan protein sebesar 46 gram per hari.

Pada trimester II dan III 60 gram per hari. Protein pada kehamilan berguna untuk membantu sintesis jaringan maternal dan pertumbuhan janin.

3) Lemak

Rekomendasi intake lemak dalam masa kehamilan sebesar 20- 35 % dari total energi keseluruhan. Lemak membantu penyerapan vitamin larut lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K. Selama kehamilan, janin mengambil asam lemak sebagai sumber makanan dari ibu. Namun pada trimester III janin dapat membuat asam lemak sendiri yang berguna untuk menaikkan berat badan saat lahir nanti

2. Kebutuhan Personal Hygiene

1. Cuci tangan

Baik mencuci tangan mencegah penyebaran kuman dan virus. Cuci tangan dengan bersih dengan air hangat dan sabun atau anti bakteri mencuci tangan selama 20-30 detik ketika, Ibu setelah ke toilet dan sebelum makan atau menyiapkan makanan.

2. Keseluruhan kebersihan tubuh

Mandi harian akan mencegah bakteri memasuki vagina.

Jika ibu menjalani operasi caesar, jangan mencukur atau menghilangkan rambut kemaluan selama seminggu sebelum operasi.

3. . Sikat Gigi

1) Kebersihan gigi yang buruk dapat menyebabkan penyakit periodontal. Hal ini dapat berbahaya karena bakteri dapat mencapai ke bayi ibu yang belum lahir

dan diketahui menyebabkan komplikasi seperti infeksi cairan ketuban dan kelahiran prematur

2) Kunjungi dokter gigi pada awal kehamilan. Sikat gigi dua kali sehari dan membatasi makanan dan minuman manis.

4. Kebersihan payudara

1) Pada awal kehamilan payudara ibu mungkin mulai mengeluarkan kolostrum yang dapat membuat payudara ibu menjadi lembab dan gatal. Mengganti bra lebih sering akan membantu mengurangi rasa lembab dan gatal.

2) Basuh payudara setiap hari dengan sabun tubuh ringan, basuh puting dan areola dengan air yang jernih untuk mempertahankan minyak alami di puting.

5. Vaginal Hygiene

1) Kenakan pakaian longgar kapas yang akan memungkinkan aliran

2) udara yang tepat untuk daerah vagina ibu.

3) Jangan gunakan tampon selama kehamilan atau periode postnatal

4) Jika keputihan putih normal menjadi gatal, berwarna atau memiliki bau yang ofensif, laporkan pada bidan atau dokter

6. Pakaian

Selama kehamilan Ibu dianjurkan untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan katun untuk mempermudah penyerapan keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang.

3. Kebutuhan Istirahat/Tidur

Waktu tidur pada wanita dipengaruhi oleh perubahan psikologi efek dari hormon endokrin, temperatur tubuh, mood dan status emosi selama pubertas, siklus menstruasi, kehamilan, dan menopause. Berdasarkan survey oleh Hedman terhadap 325 wanita hamil didapati frekuensi tidur ibu hamil, sebelum hamil 8,2 jam/hari, pada trimester I 7,8 jam/ hari, trimester II 8 jam/ hari, trimester III 7,8 jam/ hari.

4. Kebutuhan seksual

Pengaruh pekerjaan terhadap kehamilan, Kebutuhan psikologis ibu hamil. Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu:

- 1) Pernah mengalami arbotus sebelumnya,
- 2) Riwayat perdarahan pervaginam sebelumnya,
- 3) Terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir.

Walaupun ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya rangsangan libido pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan intim dengan pasangannya, rasa nyama yang sudah jauh berkurang disertai ketidaknyamanan seperti pegal/nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III.

5. Mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan darurat. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk: Mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, Mempersiapkan donor darah, Mengadakan persiapan financial, Mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.
6. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan. Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus diketahui:

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam servik mendatar dan pembukaan telah ada.

2.1.9 Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. (Direktur Kemenkes RI, 2010).

Dalam WHO ANC model 2016, WHO merekomendasikan minimal 8 kontak ANC, 2 kontak dijadwalkan pada TM I (sampai 12 minggu masa kehamilan). 2 kontak dijadwalkan pada TM II (pada usia kehamilan 20 dan 26 minggu). Dan 5 kontak yang dijadwalkan pada TM III (pada usia 30,34,36,38, dan 40 minggu).

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1. 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.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

3. 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)

4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada

gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu

Tabel 2. 1. Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU cm

Usia Kehamilan	Dalam cm	Menggunakan petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Pertengahan simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm	Pada umbilicus
22-27 minggu	UK dalam minggu = cm 2cm	-
28 minggu	28 cm	Pertengahan umbilicus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	UK dalam minggu = cm 2	-
36 minggu	36 cm	Pada sifoideus prosesus

Sumber : Saifuddin, 2013

5. 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.

6. 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.

7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

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

8. 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.

9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

1) Pemeriksaan golongan darah,

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeclampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah.

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga)

10. 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. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

11. KIE efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

1) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

2) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan kesehatan.

5) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

6) Gejala penyakit menular dan tidak menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular (misalnya penyakit IMS, Tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (misalnya hipertensi) karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

7) Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).

Konseling HIV menjadi salah satu komponen standar dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil diberikan penjelasan tentang risiko penularan HIV dari ibu ke janinnya, dan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dicegah agar tidak terjadi penularan HIV dari ibu ke janin, namun sebaliknya apabila ibu hamil tersebut HIV negative maka diberikan bimbingan untuk tetap HIV negatif selama kehamilannya, menyusui dan seterusnya.

8) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI

mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

9) KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahannya tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.

10) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami tetanus neonatorum.

Tabel 2. 2. Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi	Interval	Lama Perlindungan	Prosentase Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	3 tahun	
TT 2	4 mgg setelah TT 1	3 tahun	80%

TT 3	6 bln setelah TT 2	5 tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99%
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup	99%

Sumber : (Enny Fitriahadi. S.Si.T.M.Kes, 2017)

2.1.10 Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

1. Odema

Perut dan bayi akan kian membesar selama kehamilan akan membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki dan kadang membuat tangan bengkak. (Manuaba, 2010)

2. Nokturia

Pada awal kehamilan terjadi keinginan sering buang air kecil akibat Rahim yang membesar dan menekan kandung kemih dan akan berkurang pada TM II serta akan muncul kembali pada akhir kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh kepala janin(Suryani & Handayani, 2018)

3. Konstipasi

Penanganan : istirahat yang cukup, makan- makanan yang berserat, senam BAB segera setelah ada dorongan membiasakan BAB secara teratur (Suryani & Handayani, 2018)

4. Sesak nafas

Pada masa kehamilan ibu dapat mengalami masalah kehamilan berupa sesak nafas yang disebabkan karena adanya produksi hormone progesterone yang menekan gerak paru-paru. Adanya perkembangan Rahim yang semakin mendorong diafragma sehingga rongga dada menjadi lebih sempit dan dengan sendirinya paru-paru tertekan.

5. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring. (Manuaba, 2010).

6. Sesak Nafas

Pada masa kehamilan ibu hamil dapat mengalami masalah kehamilan berupa sesak nafas yang disebabkan karena adanya produksi hormon progesteron yang menekan gerak paru-paru. Adanya perkembangan rahim yang makin mendorong diafragma sehingga rongga dada menjadi lebih sempit dan dengan sendirinya paru-paru tertekan. (Kusmiyati, 2010)

7. Perubahan Kulit

Perubahan Kulit timbul pada trimester 2-3, karena melanosit yang menyebabkan warna kulit lebih gelap. Timbul garis kecoklatan mulai dari pusar ke arah bawah yang disebut linea nigra.

Kecoklatan pada wajah disebut cloasma gravidarum. Tanda ini bisa jadi petunjuk kurangnya vitamin folat. Stretch marak terjadi karena peregangan kulit yang berlebihan, biasanya pada perut, pada atas dan payudara. (Kurnia, 2010)

8. Rasa Panas di Perut

Rasa panas diperut saat hamil adalah keluhan yang paling sering selama hamil karena meningkatnya tekanan akibat rahim yang membesar dan juga pengaruh hormonal yang menyebabkan rileksasi otot saluran cerna sehingga mendorong asam lambung ke arah atas. (Kusmiyati, 2010)

9. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan tekanan pada vena hemoroid. (Romauli, 2011).

10. Peningkatan Cairan Vagina (Keputihan)

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal karena adanya hormonal selama kehamilan. Cairan vagina selama kehamilan berwarna putih atau kuning muda, kadang agak lengket dan tidak berbau. Cairan ini akan meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan dan mendekati persalinan akan lebih cair. Penanganan tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari,

memakai celana dalam yang terbuat dari nilon. (Suryani & Handayani, 2018)

2.1.11 Pelayanan Kebidanan saat Pandemi

1. Tidak ada keluhan bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah. Segera ke fasyankes jika ada keluhan / tanda bahaya.
2. Ibu membuat janji melalui Telepon/WA, ANC pada trimester pertama 1x kolaborasi dg dr. utk pemeriksaan kesehatan.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dgn kewaspadaan Covid-19. Dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu (ODP/PDP,Covid +).
4. ANC dilakukan sesuai standar (10T) dgn APD level1. Lakukan skrining faktor resiko. Jika ditemukan faktor resiko rujuk sesuai standar.
5. Ibu hamil pendamping dan tim kesehatan yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan covid-19
6. Tunda kelas Ibu hamil / dilakukan secara online
7. Konsultasi kehamilan, KIE dan Konseling dapat dilakukan secara online (Pandu pengisian P4K) (Nurjasm, 2020)



2.2 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

1. Persalinan normal adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan ibu sendiri, tanpa bantuan alat – alat serta

tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. (Herry Rosyati, SST, MKM, 2017)

2. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. (Herry Rosyati, SST, MKM, 2017)
3. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. (Rukiyah et al., 2018)
4. Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

2.1.2 Jenis Persalinan

Menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

1. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan
 - 1) Persalinan Spontan : Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
 - 2) Persalinan Buatan : Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

- 3) Persalinan Anjuran : Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin

2. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.

2) Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

3) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4) Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

5) Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

2.1.3 Teori Penyebab Persalinan

Beberapa teori yang dikemukakan oleh (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-

otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3. Keregangannya Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan.

Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim

sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

2.1.4 Tanda-Tanda Perasalinan

Tanda-tanda persalinaan menurut (Rukiyah et al., 2018) meliputi :

1. Tanda-tanda persalinaan sudah dekat

1) Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

2) Pollakisuria

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

3) False labor

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks.

His pendahuluan ini bersifat:

1. Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
2. Tidak teratur
3. Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
4. Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan cervix.

4) Perubahan cervix

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak namun menjadi: lebih lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

5) Energy Spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai, setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan

maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

6) Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan

2. Tanda-tanda persalinan

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:

1. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
2. Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
3. Kalau dibawa berjalan bertambah kuat
4. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.

2) Bloody show (Lendir disertai darah dari jalan lahir)

disertai Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar dengan sedikit darah. Perdarahan

yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

3) Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat lima faktor esensial yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor tersebut dikenal dengan lima P: passenger (penumpang, yaitu janin dan plasenta), passageway (jalan lahir), powers (kekuatan), position (posisi ibu), dan psychologic respons (respon psikologis) (Bopak, 2013).

1. Passenger (Penumpang)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan

lahir, maka plasenta dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

2. Passageway(JalanLahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).Lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi meskipun itu jaringan lunak, tetapi panggul ibu jauh lebihberperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatifkaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul perlu diperhatikansebelum persalinan dimulai.

3. Power(Kekuatan)

Kekuatanyangmendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-oto perut, kontraksi diafragma,danaksidariligamen. Kekuatan primeryang diperlukan dalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan sebagai kekuatan sekundernyaadalahtenaga meneran ibu.

4. Position(Posisi Ibu)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan.posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, danmemperbaiki sirkulasi. Posisi yang baik dalam persalinan yaitu

posisi tegak yang meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak dapat memberikan sejumlah keuntungan, hal itu dikarenakan posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin, dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat, mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah serta posisi tegak dapat membuat kerja otot-otot abdomen lebih sinkron (saling menguatkan) dengan rahim saat ibu mendedan.

5. Psychologic Respons(Psikologis)

Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta. Faktor psikologis tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut: Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual, Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, Kebiasaan ada,

Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

2.1.6 Tahap Persalians

Menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) Tahap persalinan dibagi menjadi

4 kala, yaitu :

1.Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif:

1) fase laten persalinan

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

2) fase aktif persalinan

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

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

2.Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multipara.

Tanda dan gejala kala II

Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

- 1) Ibu ingin meneran
- 2) Perineum menonjol
- 3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- 4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- 6) Pembukaan lengkap (10 cm)
- 7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam
- 8) Pemantauan
 1. Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
 2. Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 3. Kondisi ibu sebagai berikut ini

Tabel 2. 3. Pemantauan Kondisi Ibu Kala II

Kemajuan persalinan Tenaga	Kondisi Pasien	Kondisi Janin Penumpang

1. Usaha mengedan	1. Periksa nadi dan tekanan	1. Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran
2. Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit)	2. darah selama 30 menit.	2. Penurunan presentasi dan Perubahan posisi
3. Frekuensi Lamanya	3. Respons keseluruhan pada kala II:	3. Warna cairan tertentu
4. Kekuatan	1. Keadaan dehidrasi	
	2. Perubahan sikap/perilaku	
	3. Tingkat tenaga (yang memiliki)	

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

3.Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung kurang lebih 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta.

Tanda dan gejala kala III adalah : perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, semburan darah tiba – tiba.

fase – fase dalam pengluaran uri meliputi :

1) Fase pelepasan uri

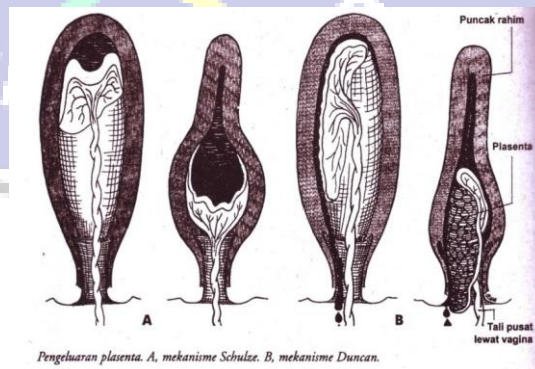
Cara lepasnya uri ada beberapa macam, yaitu :

1. Schultze : lepasnya seperti kita menutup payung , cara ini paling sering terjadi (80%). Yang lepas duluan adalah bagian tengah, kemudian seluruhnya.
2. Duncan : lepasnya uri mulai dari pinggir, uri lahir akan mengalir keluar antara selaput ketuban pinggir plasenta.

2) Fase pengeluaran uri

Persat – perasat untuk mengetahui lepasnya uri, antara lain :

1. Kustner, dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat di tegangkan maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju (sudah lepas).
2. Klein, saat ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (belum lepas), diam atau turun (sudah lepas).
3. Strassman, tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergetar (belum lepas), tidak bergetar (sudah lepas), rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dank eras, keluar darah secara tiba – tiba.



Gambar 2 6. Pengeluaran Plasenta

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

Pemantauan kala III

1. P alpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir
2. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera.

4.Kala IV

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering.

Observasi yang di lakukan pada kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran
- 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc.

Tujuh langkah pemantauan yang dilakukan kala IV :

1. Kontraksi rahim

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan

adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan teraba keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

2. Perdarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

3. Kandung kencing

Kandung kencing: harus kosong, kalau penuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi.

Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

4. Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan. laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas :

1) Derajat I

Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I. Ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan

2) Derajat II

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur

3) Derajat III

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingter ani external

4) Derajat IV

Derajat III ditambah dinding rectum anterior. Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus



Gambar 2 7. Robekan Perineum

Sumber : (Rukiyah et al., 2018)

5. Uri dan selaput ketuban harus lengkap
6. Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

Keadaan Umum Ibu

- 1) Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering
- 2) Apakah ibu membutuhkan minum
- 3) Apakah ibu akan memegang bayinya
- 4) Pemeriksaan tanda vital.

Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri:

Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawah umbilicus.

Periksa fundus :

- 1) 2-3 kali dalam 10 menit pertama
 - 2) Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan.
 - 3) Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan
 - 4) Masage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi
7. Bayi dalam keadaan baik.

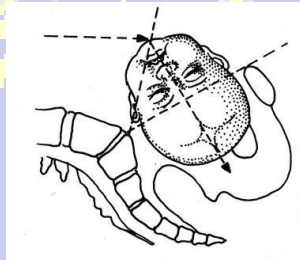
2.1.7 Mekanisme Persalinan

Menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut :

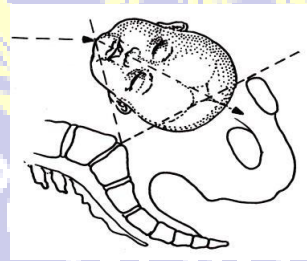
1. Turunnya kepala / Masuknya kepala janin ke PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/ posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- 3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP
- 4) 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.
- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus"

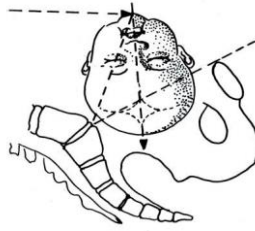
- 6) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan.
- 7) Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang
- 8) Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.



Gambar 2 8. Synclitismus



Gambar 2 9. Asynclitismus Anterior



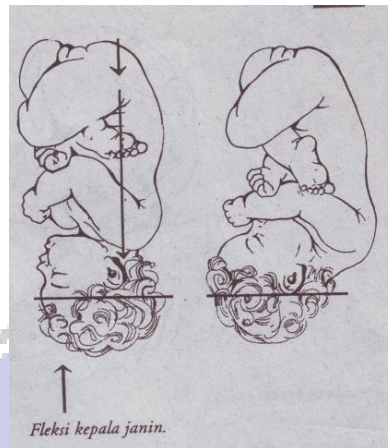
Gambar 2 10. Asynclitismus Posterior

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

2. Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi.

Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.



Gambar 2 11. Kepala Fleksi

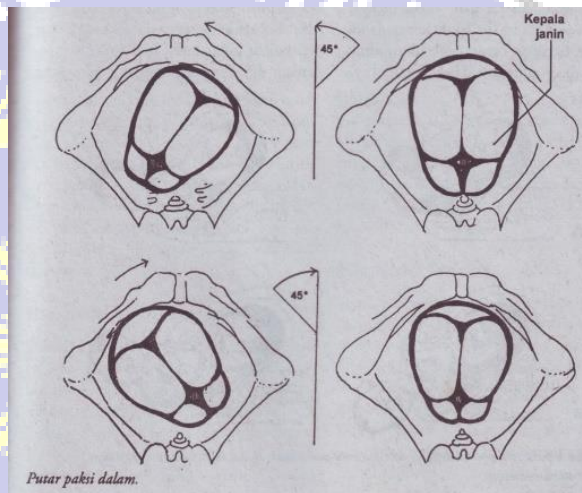
Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

3. Putar Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. 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.

Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam:

- 1) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- 2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior



Gambar 2 12. Putaran Paksi Dalam

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

4. 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. Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar

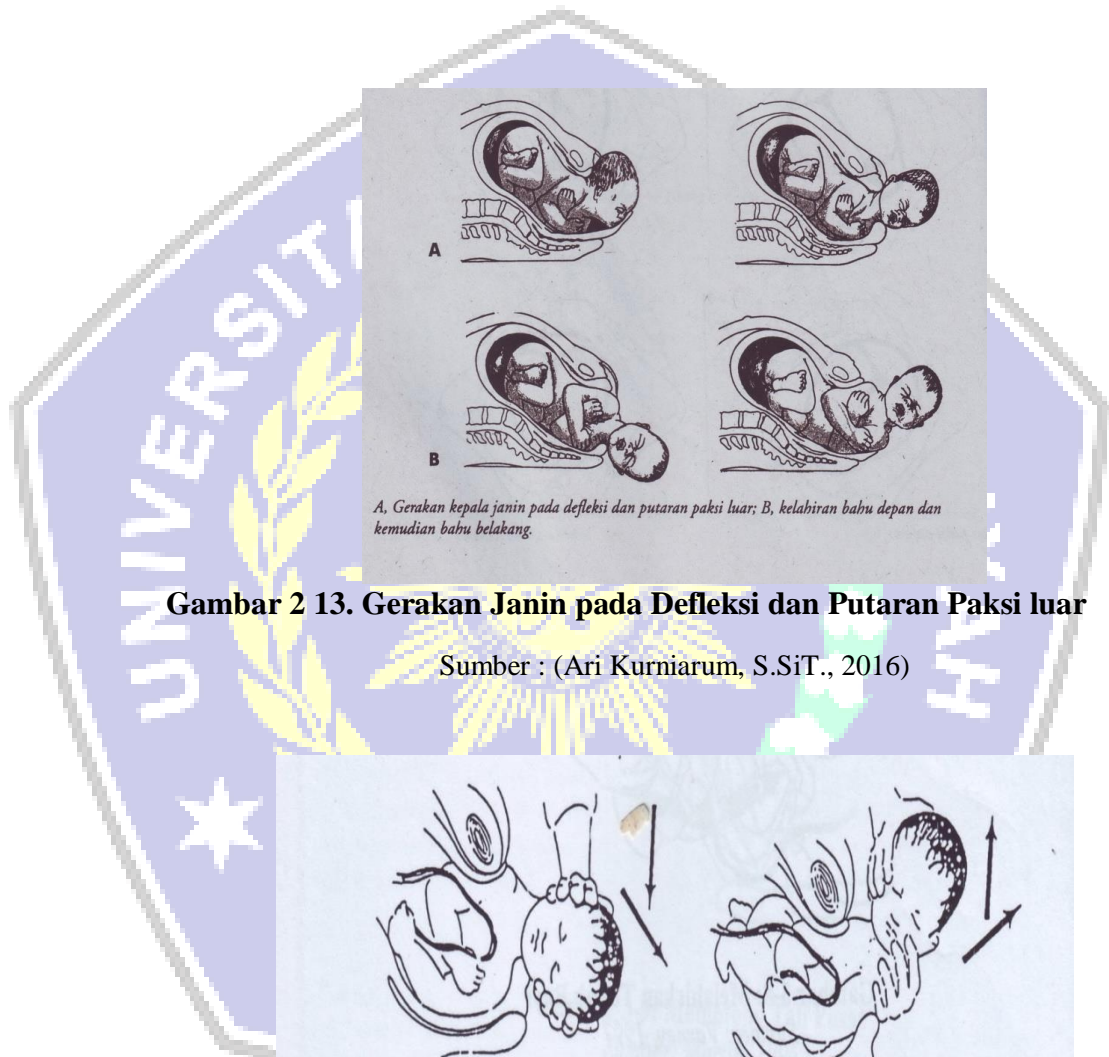
5. Putar Paksi Luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.

Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

6. Ekspulsi

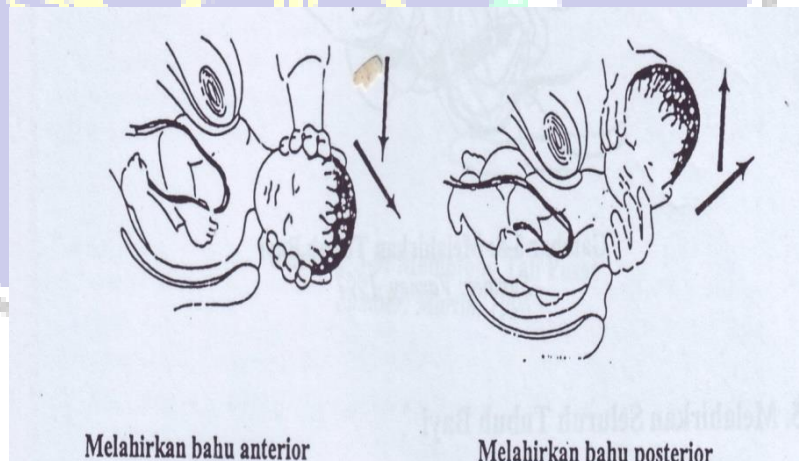
Setelah putar paksi luar bahu depan sampai bawah symphysis dan menjadi posisi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah paksi jalan lahir.



A, Gerakan kepala janin pada defleksi dan putaran paksi luar; B, kelahiran bahu depan dan kemudian bahu belakang.

Gambar 2 13. Gerakan Janin pada Defleksi dan Putaran Paksi luar

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)



Melahirkan bahu anterior

Melahirkan bahu posterior

Gambar 2 14. Kelahiran Bahu Depan kemudian Bahu Belakang

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

2.1.8 Perubahan Fisiologis Persalinan

Perubahan Fisiologis pada persalinan menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) meliputi :

1. Perubahan Uterus

Di uterus terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi sebagai berikut:

- 1) Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen

- 2) Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)

- 1) SAR dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar

- 2) SBR dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan

2. Perubahan Bentuk Rahim

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

- 1) Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul.
- 2) Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR).

3. Faal Ligamentum Rotundum

Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir.

Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas.

4. Perubahan Serviks

- 1) Pendataran serviks/Effacement

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

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

5. Perubahan Pada Sistem Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kencing semakin tertekan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Proteinuri sedikit dianggap normal dalam persalinan.

Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun

juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (Insensible Water Loss) melalui respirasi.

6. 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. Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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. Seiring dengan kontraksi uterus sekitar 300 sampai 500 ml darah dipindahkan ke volume darah sentral. Dalam studi klasik, Hendrik dan Quilligan (1956) mendemonstrasikan bahwa nyeri dan ansietas dapat meningkatkan curah jantung sekitar 50 % sampai 60 %. Karena kontraksi uterus dapat menyebabkan kompresi bermakna pada aorta dan arteria iliaka, sebagian besar peningkatan curah jantung dialirkan ke ekstermitas atas dan kepala. Pada setiap kontraksi uterus, aliran darah di cabang-cabang arteri uterus yang menyuplai ruang intervilli menurun dengan cepat sesuai dengan besarnya kontraksi.

Penurunan ini tidak berhubungan dengan perubahan yang bermakna dalam tekanan perfusi sistemik, tetapi lebih berhubungan dengan peningkatan tahanan vaskuler lokal di dalam uterus. Tekanan vena istemik meningkat saat darah kembali dari vena uterus yang membengkak. Pada kala I, sistolik rata-rata meningkat 10 mm hg dan tekanan diastolik rata-rata meningkat sebesar 5-19 mmhg selama kontraksi, tetapi tekanan tidak banyak berubah. Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmhg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmhg. Jika wanita mengejan dengan kuat, terjadi kompensasi tekanan darah, seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis saat wanita berhenti mengejan di akhir kontraksi. Perubahan lain dalam

persalinan mencakup peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100 kali per menit pada persalinan kala II. Frekuensi denyut nadi dapat ditingkatkan lebih jauh oleh dehidrasi, perdarahan, ansietas, nyeri dan obat-obatan tertentu, seperti terbutalin. Karena perubahan kardiovaskuler yang terjadi selama kontraksi uterus, pengkajian paling akurat untuk mengkaji tanda-tanda vital maternal adalah diantara waktu kontraksi.

Pengaturan posisi memiliki efek yang besar pada curah jantung. Membalikkan posisi wanita bersalin dari miring ke telentang menurunkan curah jantung sebesar 30%. Tekanan darah meningkat selama kontraksi, kenaikan sistole 15 (10-20) mmhg, kenaikan diastole 5-10 mmhg, diantara kontraksi tekanan kembali pada level sebelum persalinan.

Posisi berbaring miring akan mengurangi terjadinya perubahan tekanan darah. Selama proses kontraksi. Rasa sakit/nyeri, takut dan cemas juga dapat meningkatkan tekanan darah. Kenaikan detak jantung berkaitan dengan peningkatan metabolisme. Secara dramatis detak jantung naik selama uterus berkontraksi. Antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

8. 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. Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara perlahan yang terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan ibu, nadi, pernafasan, cardiac out put dan hilangnya cairan. Pada Basal Metabolisme Rate (BMR), dengan adanya kontraksi dan tenaga mengejan yang membutuhkan energi yang besar, maka pembuangan juga akan lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh akan sedikit meningkat ($0,5-1^{\circ}\text{C}$) selama proses persalinan dan akan segera turun setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan metabolisme tubuh. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh lebih dari 1°C .

9. Perubahan Sistem Pernafasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai responns terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat penambahan laju metabolik. Rata- rata CO_2 menurun dari 32 mm hg pada awal persalinan menjadi 22 mm hg pada akhir kala I. Menahan nafas saat mengejan selama kala II persalinan dapat mengurangi

pengeluaran CO. Masalah yang umum terjadi adalah hiperventilasi maternal, yang menyebabkan kadar CO₂ menurun dibawah 16 sampai 18 mm hg. Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki, kebas dan pusing. Jika pernafasan dangkal dan berlebihan, situasi kebalikan dapat terjadi karena volume rendah. Mengejan yang berlebihan atau berkepanjangan selama Kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas. Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya alkalosis

10. Perubahan Pada Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat persalinan berlangsung, khususnya selama fase transisi pada kala I persalinan. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktifitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. Ketidaknyamanan lain

mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Es batu biasanya diberikan untuk mengurangi ketidaknyaman akibat kekeringan mulut dan bibir. Beberapa fasilitas layanan lain mengizinkan minum air putih, jus dan ice pop. Banyak fasilitas lain memberikan asupan cairan melalui intravena. Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorbs gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaforesis (perspirasi) selama persalinan dan kelahiran. Poliuri (sering berkemih) merupakan hal yang biasa terjadi. Penurunan asupan cairan oral akibat mual dan muntah, ketidaknyamanan dan pemberian analgetik atau anestesi dapat lebih jauh mengubah keseimbangan cairan dan elektrolit.

11. Perubahan Pada Hematologi

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. 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. Peningkatan leukosit terjadi secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktifitas uterus dan muskulus skeletal.

12. 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, fase laten kontraksi pendek dan lemah, 5 sampai 10 menit atau lebih dan berangsur selama 20 sampai 30 detik. Wanita mungkin tidak mengalami ketidaknyamanan yang bermakna dan mungkin dapat berjalan ke sekeliling secara nyaman diantara waktu kontraksi. Pada awal kala I, sensasi biasanya berlokasi di punggung bawah, tetapi seiring dengan waktu nyeri menjalar ke sekelilingnya seperti korset/ikat pinggang, sampai ke bagian anterior abdomen. Interval kontraksi makin memendek, setiap 3 sampai 5 menit menjadi lebih kuat dan lebih lama.

Pada Kala II, nyeri yang terjadi disebabkan oleh distensi dan kemungkinan gangguan pada bagian bawah vagina dan perineum.

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mekanisme nyeri dan metode penurunan nyeri yang terjadi pada wanita yang bersalin beragam kejadiannya. Saat persalinan berkembang ke fase aktif, wanita seringkali memilih untuk tetap di tempat tidur, ambulasi mungkin tidak terasa nyaman lagi. Ia menjadi sangat terpengaruh dengan sensasi di dalam tubuhnya dan cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar. Lama setiap kontraksi berkisar antara 30 – 90 detik, rata-rata sekitar 1 menit. Saat dilatasi serviks mencapai 8-9 cm, kontraksi mencapai intensitas puncak, dan wanita memasuki fase transisi. Pada fase transisi biasanya pendek, tetapi sering kali merupakan waktu yang paling sulit dan sangat nyeri bagi wanita karena frekuensi (setiap 2 sampai 3 menit) dan lama (seringkali berlangsung sampai 90 detik kontraksi). Wanita menjadi sensitif dan kehilangan kontrol. Biasanya ditandai dengan meningkatnya jumlah show akibat ruptur pembuluh darah kapiler di serviks dan segmen uterus bawah. (Rukiyah et al., 2018)

2.1.9 Perubahan Psikologis Persalinan

Perubahan psikologis yang kompleks memerlukan adaptasi terhadap proses kehamilan yang terjadi. Dukungan psikologik dan perhatian akan memberi dampak terhadap pola kehidupan sosial (keharmonisan,

penghargaan, pengorbanan, kasih sayang, dan empati) pada wanita hamil.

Menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) meliputi

1. Perubahan psikologis ibu bersalin kala I

Pada persalinan Kala I selain pada saat kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah :

1) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis, dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.

2) Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur

nyenyak, sering kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.

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

4) Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan :

1. Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebab-sebab yang jelas

2. Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar

3. Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan

4. Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek, cepat dan takikardi

5) Adanya harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan Relasi ibu dengan calon anaknya terpecah,

sehingga popularitas AKU-KAMU (aku sebagai pribadi ibu dan kamu sebagai bayi) menjadi semakin jelas.

Timbullah dualitas perasaan yaitu:

1. Harapan cinta kasih
2. Impuls bermusuhan dan kebencian

6) Sikap bermusuhan terhadap bayinya

1. Keinginan untuk memiliki janin yang unggul
2. Cemas kalau bayinya tidak aman di luar rahim
3. Belum mampu bertanggung jawab sebagai seorang ibu

7) Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi:

1. Takut mati
2. Trauma kelahiran
3. Perasaan bersalah
4. Ketakutan riil

2. Perubahan psikologis ibu bersalin kala II

Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut:

- 1) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- 2) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap

- 3) Frustrasi 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

2.1.10 60 Langkah APN

I. Mengenali Gejala Dan Tanda Kala Dua

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua

- 1) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
- 2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- 3) Perineum tampak menonjol
- 4) vulva dan sfingter ani membuka

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir untuk ditempatkan ditempat datar dan kering 2 kain dan 1 handuk bersih dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi sertaganjal bahu bayi. Menyiapkan oksitosin 10 Unit dan lat suntik steril sekali pakai didalam partus set

3. Pakai celemek

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkntangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai Sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin ke dalam lubang suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

III. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik

dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas

10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-16x/menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Dokumentasi hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

IV. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

11. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

1) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

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

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

- 1) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- 2) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- 3) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
- 4) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
- 5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- 6) Berikan asupan cairan per-oral (minum)
- 7) Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- 8) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir selama 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)

14. Anjurkan 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. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu

17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan Bahan

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

VI. Pertolongan Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulvamaka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengankain bersih dan kering, tangan yang lain menahan kepala bayi, untuk menahan posisi defleksi perlahan atau bernafas cepat dandangkal

20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi

1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat ataskepala bayi

2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di duatempat dan potong diantara dua klem tersebut

21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental, anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depanmuncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah

atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang lahirnya badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan 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 pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya)

VII. Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Lakukan penilaian selintas

1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?

2) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir)

26. Keringkan tubuh bayi Keringkan bayi dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk lain yang kering, biarkan bayi diatas perut ibu

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntukkan oksitosin 10 Unit IM dari 1/3 paha atas bagian distal lateral

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

2) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul mati pada sisi lainnya

3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

32. Letakkan bayi agar kontak kulit ibu ke kulit bayi. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

VIII. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

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

34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang – atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegang 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 puting susu

36. Mengeluarkan Plasenta, lakukan 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 arah jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)

Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IMb. Lakukan Katerisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. Jika plasenta tidak

lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

37. Setelah plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketubanterpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yangtelah disediakan. Jika selaput ketuban robek. pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jaritangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal

38. Lakukan masase pada fundus uteri dengan menggosokkan fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kirihingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

IX. Menilai perdarahan

39. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pasrtikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plastic atau tempat khusus

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, lakukan penjahitan bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif.segera lakukan penjahitan

X. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42. Mencecupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan membilas kedua tangan tersebut menggunakan air DTT dan keringkan.
43. Pastikan kandung kemih kosong
44. Menajarkan ibu atau keluarga bagaimana masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
45. Mengevaluasi kehilangan darah
46. Memeriksa tekanan darah nadi dan kandung kemih setiap 5 menit sekali selama satu jam pasca persalinan dan 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
47. Melakukan IMD dan pantau bayi
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu Ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% dan bilas dengan air bersih
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Setelah IMD gunakan sarung tangan DTT
56. Lakukan asuhan bayi baru lahir normal (timbang, memberikan salep mata, menyuntikan vit K, pemeriksaan fisik)
57. Satu jam setelah pemberian vitamin K1 diberikan suntik HBO di paha kanan anterolateral bayi.
58. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir
60. Lengkapi dokumentasi partograf

2.2.11 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) meliputi :

1. Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Ventilasi udara perlu diperhatikan, apabila ruangan tertutup karena menggunakan AC, maka pastikan bahwa dalam ruangan tersebut tidak terdapat banyak orang. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

2. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, maupun IV), ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan yang kurang, akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu

bersalin. Pada ibu bersalin, hipoglikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu, akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan, serta dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi kesejahteraan janin, sehingga dapat mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat mengakibatkan melambatnya kontraksi/his, dan mengakibatkan kontraksi menjadi tidak teratur. Ibu yang mengalami dehidrasi dapat diamati dari bibir yang kering, peningkatan suhu tubuh, dan eliminasi yang sedikit. Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan.

Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

3. Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh pusat kesehatan untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan.

Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

- 1) Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas spina isciadika
- 2) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
- 3) Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
- 4) Menetaskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
- 5) Memperlambat kelahiran plasenta
- 6) Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

4. Kebutuhan Hygiene

Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genitalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. Mandi pada saat persalinan tidak dilarang. Pada sebagian budaya, mandi sebelum proses kelahiran bayi merupakan suatu hal yang harus dilakukan untuk mensucikan badan, karena

proses kelahiran bayi merupakan suatu proses yang suci dan mengandung makna spiritual yang dalam. Secara ilmiah, selain dapat membersihkan seluruh bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit. Selama proses persalinan apabila memungkinkan ibu dapat diijinkan mandi di kamar mandi dengan pengawasan dari bidan.

Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan bloodshow dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetalia untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genetalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lisol. Bersihkan dari atas (vestibulum), ke bawah (arah anus). Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misalnya setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan.

Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (under pad) yang dapat menyerap cairan tubuh (lender darah, darah, air ketuban) dengan baik. Apabila saat mengejan diikuti dengan faeses, maka bidan harus segera membersihkannya, dan meletakkannya di

wadah yang seharusnya. Sebaiknya hindari menutupi bagian tinja dengan tisyu atau kapas ataupun melipat underpad.

Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu sudah mengenakan pakaian bersih dan penampung darah (pembalut bersalin, underpad) dengan baik. Hindari menggunakan pot kala, karena hal ini mengakibatkan ketidaknyamanan pada ibu bersalin. Untuk memudahkan bidan dalam melakukan observasi, maka celana dalam sebaiknya tidak digunakan terlebih dahulu, pembalut ataupun underpad dapat dilipat disela-sela paha

5. Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur

apabila sangat kelelahan. Namun sebagai bidan, memotivasi ibu untuk memberikan ASI dini harus tetap dilakukan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan.

2.1.12 Patograf

1. Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut:

- 1) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. ((NPK-KR, 2019)
- 2) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan

2. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) 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. ((NPK-KR, 2019)

3. Penggunaan Patograf

Partograf harus digunakan:

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

Richard; Mckee, 2019)

4. Pengisian Patograf

Pengisian partograf antara lain:

- 1) Pencatatan selama Fase Laten Kala I Persalinan

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

1. Denyut jantung janin : setiap 30 menit
 2. Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
 3. Nadi : setiap 30 menit
 4. Pembukaan serviks : setiap 4 jam
 5. Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam
 6. Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam
 7. Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 – 4 jam
 8. Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan
- 2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan; dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil – hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, meliputi:

1) 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)
- (5) Waktu pecahnya selaput ketuban

2) Kondisi janin:

- (1) DJJ (denyut jantung janin)
- (2) Warna dan adanya air ketuban)
- (3) Penyusupan (moulase) kepala janin.

3) Kemajuan persalinan

- (1) Pembukaan serviks
- (2) Penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin 10
- (3) Garis waspada dan garis bertindak

4) Jam dan waktu

- (1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
- (2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

5) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya

6) Obat – obatan dan cairan yang diberikan:

(1) Oksitisin

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

7) Kondisi ibu :

(1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur

(2) Urin (volume , aseton, atau protein)

8) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) ((NPK-KR, 2019)

5. Mencatat Temuan pada Patograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

1) Informasi Tentang Ibu

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

2) Kondisi Janin

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

a) Denyut jantung janin

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

b) Warna dan adanya air ketuban

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

Gunakan lambang-lambang berikut ini :

U : Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

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

c) Penyusupan (Molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu.

Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul (CPD). Ketidak mampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban.

Gunakan lambang-lambang berikut ini :

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

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

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

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan((NPK-KR, 2019)

6. Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan sentimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu. (Han, Richard; Mckee, 2019)

7. Jam dan Waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan. (Han, Richard; Mckee, 2019)

8. Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “ kontraksi per 10 menit “ di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi. ((NPK-KR, 2019).

9. Penggunaan Obat-obatan dan Cairan

1) Oksitosin

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

2) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya. (Han, Richard; Mckee, 2019)

10. Halaman Belakang

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal- hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta

tindakan – tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). 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. (Han, Richard; Mckee, 2019).

11. Kontraindikasi Pelaksanaan Patograf

Berikut ini adalah kontraindikasi dari pelaksanaan patograf.:

- 1) Wanita hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm.
- 2) Perdarahan antepartum
- 3) Preeklamsi berat dan eklamsi
- 4) Persalinan prematur
- 5) Persalinan bekas sectio caesaria (SC)
- 6) Persalinan dengan hamil kembar
- 7) Kelainan letak
- 8) Keadaan gawat janin
- 9) Persalinan dengan induksi
- 10) Hamil dengan anemia berat

11) Dugaan kesempitan panggul (Han, Richard; Mckee, 2019)

12. Keuntungan dan Kerugian Patograf

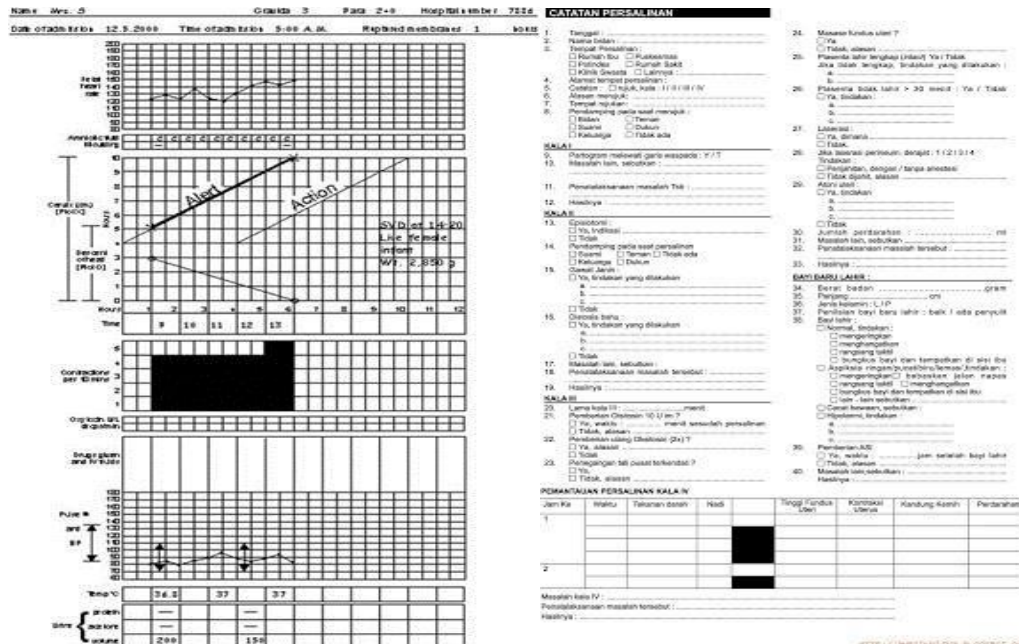
1) Keuntungan

1. Tersedia cukup waktu untuk melakukan rujukan (4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada.
2. Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk melakukan tindakan.
3. Mengurangi infeksi karena pemeriksaan dalam yang terbatas

2) Kerugian

Kemungkinan terlalu cepat lakukan rujukan, yang sebenarnya dapat dilakukan di tempat. (Han, Richard; Mckee, 2019)





Gambar 2 15. Patograf

Sumber : (Han, Richard; Mckee, 2019)

2.2.13 Lima Benang Merah

Lima aspek dasar lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan menurut (NPK-KR, 2019) :

1. Membuat keputusan klinik

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

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

3. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) 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 dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti HIV/AIDS dan Hepatitis. ((NPK-KR, 2019)

4. Pencatatan/dokumentasi

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam

merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan bagi ibu dan bayinya. Hal yang penting diingat yaitu identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis, dan obat-obatan yang diberikan dan partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepatwaktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir. ((NPK-KR, 2019)

1.1.1 Pelayanan Kebidanan Saat Pandemi

1. Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan skrining faktor resiko termasuk

resiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM / RS sesuai standar

2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +)
3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD & Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level2, dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19 - pada ibu bukan PDP, Covid+ (Pasien dan pendamping maks 1 org menggunakan masker)
4. Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM / RS sesuai standar
5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan COVID- 19.
6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk Ibu bersalin dengan risiko, termasuk risiko ODP/PDP/Covid +sesuai standar (Nurjasmii, 2020)

2.3 Masa Nifas

2.3.1 Pengertian

- 1.Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu(Firdaus, 2019).

2. Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Febi Sukma, M. Keb, Elli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017)

3. Periode pasca partum (Puerperium) adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2.3.2 Tahap Masa Nifas

Menurut (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018), tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi : kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2. Periode early postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak

demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

2.3.3 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Dalam masa itu, tubuh ibu kembali keukuran sebelum melahirkan (Febi Sukma, M. KebElli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017) .

1) Involusi Rahim

Setelah placenta lahir, Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami perubahan besar selama masa kehamilan dan persalinan. uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot – ototnya. Fundus uteri \pm 3 jari bawah pusat. Selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke-10 tidakteraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukurannya kembali

ke keadaan sebelum hamil. Pada ibu yang telah mempunyai anak biasanya uterusnya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak. Involution terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasmanya yang berlebihan dibuang, involution disebabkan oleh proses autolysis, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi.



Tabel 2. 4. Proses Involution Uterus

Involution	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua Jari bawah Pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan Pusat simpisis	500 gram

Dua minggu	Tak Teraba Diatas Simpisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah Kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar Normal	30 gram

Sumber : (Febi Sukma, M. KebElli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017)

2) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3–4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. (Febi Sukma, M. Keb, Elli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017).

3) Perubahan pembuluh darah Rahim

alam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas. (Febi Sukma, M. KebElli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017)

4) Perubahan pada Perineum, Vagina, Vulva, dan Anus

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva ke arah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Merupakan proses yang bertahap akan

berguna jika ibu melakukan ambulasi dini, dan senam nifas. Involusi serviks terjadi bersamaan dengan uterus kira-kira 2-3 minggu, servik menjadi seperti celah. Ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pingirannya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama dilalui oleh satu jari. Karena hyperplasia dan retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh.

Pada awal masa nifas, vagina dan muara vagina membentuk suatu lorong luas berdinding licin yang berangsur-angsur mengecil ukurannya tapi jarang kembali ke bentuk nulipara. Rugae mulai tampak pada minggu ketiga. Himen muncul kembali sebagai kepingan-kepingan kecil jaringan, yang setelah mengalami sikatrisasi akan berubah menjadi caruncule mirtiformis. Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Mukosa vagina tetap atrofi pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium. Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina.

Kekeringan lokal dan rasa tidak nyaman saat koitus (dispareunia) menetap sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi. Mukosa vagina memakan waktu

2-3 minggu untuk sembuh tetapi pemulihan luka sub-mukosa lebih lama yaitu 4-6 minggu. Beberapa laserasi superficial yang dapat terjadi akan sembuh relatif lebih cepat. Laserasi perineum sembuh pada hari ke-7 dan otot perineum akan pulih pada hari ke 5-6. Pada anus umumnya terlihat hemoroi (varises anus), dengan ditambah gejala seperti rasa gatal, tidak nyaman, dan perdarahan berwarna merah terang pada waktu defekasi. Ukuran hemoroid biasanya mengecil beberapa minggu postpartum. (Firdaus, 2019)

5) Perubahan pada cairan vagina (lochia)

Dari cavum uteri keluar cairan secret disebut Lochia. Jenis Lochia yakni:

(Febi Sukma, M. Keb, Elli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017)

1) Lochia Rubra (Cruenta)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (desidua, yakni selaput lendir Rahim dalam keadaan hamil), verniks caseosa (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel, yang menyelimuti kulit janin) lanugo, (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yakni isi usus janin cukup bulan yang terdiri

dari atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijaukehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lochia Sanguinolenta

Warnanya merah kuning berisi darah danlendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

3) Lochia Serosa

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

4) Lochia Alba

Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2minggu.

5) Lochia Purulenta

Terjadi karena infeksi, keluar cairan sepertinahan berbau busuk.

6) Lochiotosis

Lochia tidak lancer keluaranya

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Pada saat postpartum nafsu makan ibu bertambah. Ibu dapat mengalami obstipasi karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan, pengeluaran cairan yang berlebih, kurang makan, haemoroid, laserasi jalanlahir, pembengkakan perineal yg disebabkan episiotomi. Supaya buang airbesar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatanasupan cairan, dan ambulasi awal.

Bila tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia. (Febi Sukma, M. Keb, Elli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017)

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000ml per hari pada 2-5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Lebih kurang 30-60 % wanita mengalami inkontinensial urine selama periode post partum. Bisa trauma akibat kehamilan dan persalinan, Efek Anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasalebih lama, Dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal diatas. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali pada akhir postpartum minggu keempat. Sekitar 40% wanita postpartum akan mempunyai proteinuria nonpatologis sejak pasca salin hingga hari kedua postpartum. Mendapatkan urin yang valid harus diperoleh dari urin dari kateterisasi yang tidak terkontaminasi lochea. (Febi Sukma, M. Keb, Elli Hidayati, SST & Siti Nurhasiyah Jamil, 2017).

4. Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman-anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta diberikan. Pada wanita berdiri dihari pertama setelah

melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen wanita itu akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil stria menetap. (Heni Puji Wahyuningsih, 2017)



Gambar 2 16. Musculoskeletal

Sumber : (Ester Simanullang, SST, 2017)

5. Endokrin

Hormon Plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke tujuh sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum. Pada hormon pituitary prolaktin meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada minggu ke-3. Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dapat dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi

pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolactin juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI. (Rukiyah et al., 2018).

6. Kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melahirkan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun dan selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

Perubahan tanda-tanda vital yang terjadi masa nifas :

1) Suhu badan

Kembali normal setelah masa persalinan sedikit meningkat ($37,3^{\circ}\text{C}$) dan akan stabil dalam waktu 24 jam kecuali bila ada infeksi. (Ester Simanullang, SST, 2017)

2) Pernafasan

Dalam batas normal.

3) Nadi

Dalam batas normal jika lebih 100x/menit abnormal dan merupakan tanda infeksi atau terjadi perdarahan infeksi. Beberapa wanita mungkin mengalami bradycardi (40-50x/menit) segera setelah persalinan dan beberapa jam setelah post partum. (Ester Simanullang, SST, 2017)

4) Tekanan Darah

Tekanan darahnya biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsia post partum. (Ester Simanullang, SST, 2017)

7. Hematologi

Leukositosis, yang meningkatkan jumlah sel darah yang putih hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepanjang hari pertamapostpartum. Jumlah sel darah putih dapat menjadi lebih meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologi jika wanita mengalami proses persalinan diperlama. Jumlah normal kehilangan darah dalam persalinan pervaginam 500 ml, seksiosecaria 1000 ml, histerektomi secaria 1500 ml. Total darah yang hilang hingga akhir masa postpartum sebanyak 1500 ml, yaitu 200-500 ml pada saat persalinan, 500-800 ml pada minggu pertama postpartum \pm 500 ml pada

saat puerperium selanjutnya. Total volume darah kembali normal setelah 3 minggu postpartum. Jumlah hemoglobin normal akan kembali pada 4-6 minggu postpartum.(Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

8. Berat Badan

Kehilangan 5 sampai 6 kg pada waktu melahirkan. Kehilangan 3 sampai 5 kg selama minggu pertama masa nifas. Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa nifas di antaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja di luar rumah, dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak memengaruhi penurunan berat badan.(Firdaus, 2019)

9. Perubahan Kulit

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara, hiperpigmentasi kulit dinding perut (striae gravidarum). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu “striae albikan”.(Firdaus, 2019)

2.3.5 Proses Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

1. Adaptasi Perubahan Psikologi Masa Nifas

Setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadidirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dpt

menyentuhbayinya. Perasaan ibu oleh bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam koping dan tidur. Ibu menderita dalam kebiasuannya sehingga menimbulkan distress karenakemarahan terhadap situasi.

Periode ini dieskpresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini :

1) Taking in Period(Masa ketergantungan)

periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu baru pada umumnya pasif dan bergantung, perhatiannya tertuju pada tubuhnya. Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah, kurangnya nafsu makan menandakan tidak berlangsung normal.(Ester Simanullang, SST, 2017).

2) Taking hold period

Periode ini berlangsung pada hari 2-4 post partum ibu menjadi orang tua yang sukses dengan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir melakukan hal-hal tersebut. Cenderung menerima nasehat bidan.(Ester Simanullang, SST, 2017)

3) Leting go period

periode yang biasanya terjadi setiap ibu pulang ke rumah, pada ibu yang bersalin di klinik dan sangat berpengaruh pada waktu

dan perhatian yang diberikan oleh keluarganya. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. (Ester Simanullang, SST, 2017)

2. Post Partum Blues

Postpartum blues adalah reaksi penyesuaian dengan perasaan depresi, yang juga dikenal dengan istilah baby blues, merupakan periode sementara terjadinya depresi yang sering terjadi selama beberapa hari pertama pada masa nifas. (Ester Simanullang, SST, 2017)

1) Penyebab yang menonjol adalah :

- 1) Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan.
- 2) Rasa sakit pada masa nifas
- 3) Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan
- 4) Kecemasan ketidakmampuan merawat bayi setelah pulang dari rumah sakit
- 5) Rasa takut tidak menarik lagi bagi suami

2) Gejala-gejalanya antara lain:

Sangat emosional, sedih, khawatir, kurang percaya diri, mudah tersinggung, merasa hilang semangat, menangis tanpa sebab jelas, kurang merasa menerima bayi yang baru dilahirkan,

sangat kelelahan, harga diri rendah, tidak sabaran, terlalu sensitif, mudah marah dan gelisah. Dari hasil penelitian terhadap 41 ibu yang mengalami depresi hampir sepertiganya melakukan marah patologis terhadap bayinya. Efek dari depresi pada pengembangan kognitif dan emosionalnya bisa bertahan selama 14 tahun.

3) Hal-hal yang dapat dilakukan seorang bidan antara lain :

- 1) Menciptakan ikatan antara bayi dan ibu sedini mungkin
- 2) Simpati, memberikan bantuan dalam merawat bayi dan dorongan pada

3) ibu agar tumbuh rasa percaya diri.

4) Menyarankan pada ibu untuk:

1. Meminta bantuan suami atau keluarga jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan

2. Memberi tahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan, karena dengan bantuan suami dan keluarga dapat membantu mengatasi gejala-gejala ini.

3. Membuang rasa cemas dan kekhawatiran akan kemampuan merawat bayi, ibu akan semakin terampil dan percaya diri

4. Mencari hiburan dan meluangkan waktu untuk diri sendiri.

3. Kesedihan dan Duka Cita

Proses kehilangan menurut kause dan Kennell 1982 meliputi tahapan:
(Firdaus, 2019)

1) Syok (lupa peristiwa)

Merupakan respon awal terhadap kehilangan, bentuk respon fase shock inidiantaranya; menolak, tidak percaya, putus asa, marah.

2) Denial (menolak, “apakah ini bayiku?”, “ini bayi orang lain”)

3) Depresi (menangis, sedih “kenapa saya?”)

4) Equilibrium dan acceptance (penurunan reaksi emosional kadang menjadi kesedihan yang kronis)

5) Reorganization dukungan mutual antara orang tua.

Respon terhadap bayi cacat yang mungkin muncul. antara lain:

1. Fantasi anak normal vs kenyataan
2. Syok, tidak percaya, menolak
3. Frustrasi, marah
4. Menarik diri

Hal-hal yang dapat dilakukan seorang bidan:

1. Menciptakan ikatan antara bayi dan ibu sedini mungkin
2. Memberikan penjelasan pada ibu, suami dan keluarga bahwa hal ini merupakan suatu hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu setelah melahirkan.

3. Simpati, memberikan bantuan dalam merawat bayi dan dorongan pada ibu agar tumbuh rasa percaya diri.
4. Memberikan bantuan dalam merawat bayi
5. Mengajukan agar beristirahat yang cukup dan makan makanan yang bergizi

2.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

1. Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan sangat penting karena berpengaruh pada proses laktasi dan involusi. Makan dengan diet seimbang, tambahan kalori 500-800 kal/hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter/hari, pil zat besi (Fe) diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari selam persalinan, Kapsul vitamin A (200.000 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

1) Energy

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pascapartum mencapai 500 kkal. Rata-rata produksi ASI sehari 800cc yang mengandung 600 kkal. Sementara itu, kalori yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI sebanyak itu adalah 750 kkal. Jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan. Tambahan kalori tersebut

hanya sebesar 700 kkal, sementara sisanya (sekitar 200 kkal) diambil dari cadangan endogen, yaitu timbunan lemak selama hamil. Mengingat efisiensi konversi energi hanya 80-90% maka energi dari makanan yang dianjurkan (500 kkal) hanya akan menjadi energi ASI sebesar 400-500 kkal. Untuk menghasilkan 850cc ASI dibutuhkan energi 680-807 kkal energi. Maka dapat disimpulkan bahwa dengan memberikan ASI, berat badan ibu akan kembali normal dengan cepat. (Firdaus, 2019)

2) Protein

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah menjadi DHA yang akan keluar sebagai ASI. Selain itu ibu dianjurkan makan makanan yang mengandung kalsium, zat besi, vitamin C, B1, B2, B12, dan D. Selain nutrisi, ibu juga membutuhkan banyak cairan seperti air minum. Dimana kebutuhan minum ibu 3 liter sehari (1 liter setiap 8 jam). Beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui menurut (Firdaus, 2019) antara lain:

- 1) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kkal
- 2) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari terutama setelah menyusui
- 3) Mengonsumsi tablet zat besi
- 4) Minum kapsul vitamin A agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya.

2. Mobilisasi

Segera mungkin membimbing klien keluar dan turun dari tempat tidur, tergantung kepada keadaan klien, namun dianjurkan pada persalinan normal klien dapat melakukan mobilisasi 2 jam pp. Pada persalinan dengan anestesi miring kanan dan kiri setelah 12 jam, lalu tidur $\frac{1}{2}$ duduk, turun dari tempat tidur setelah 24 jam Mobilisasi pada ibu berdampak positif bagi, ibu merasa lebih sehat dan kuat, Faal usus dan kandung kemih lebih baik, Ibu juga dapat merawat anaknya. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

Keuntungannya yaitu:

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.

Ambulasi dini dilakukan secara perlahan namun meningkat secara berangsur-angsur, mulai dari jalan-jalan ringan dari jam ke jam sampai hitungan hari hingga pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendamping sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi.(Firdaus, 2019)

3. Eliminasi

Biasanya dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah dapat buang air kecil. Semakin lama urine ditahan, maka dapat mengakibatkan infeksi. Maka dari itu harus dapat meyakinkan ibu supaya segera buang air kecil, karena biasanya ibu malas buang air kecil karena takut akan merasa sakit. Segera buang air kecil setelah melahirkan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi post partum. Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar. Buang air besar tidak akan memperparah luka jalan lahir, maka dari itu buang air besar tidak boleh ditahan-tahan. Untuk memperlancar buang air besar, anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat dan minum air putih.(Firdaus, 2019)

4. Personal hygiene

Ibu nifas rentan terhadap infeksi, untuk itu personal hygiene harus dijaga, yaitu dengan :

- 1) Mencuci tangan setiap habis genital hygiene, kebersihan tubuh, pakaian, lingkungan, tempat tidur harus selalu dijaga.
- 2) Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air bersih

Caranya adalah dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari arah depan ke belakang sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu postpartum harus mendapatkan edukasi tentang hal ini. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

- 3) Menjaga kebersihan vulva perineum dan anus
- 4) Memberikan salep, betadine pada luka (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018).

5) Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet agar ketika bayi dengan daya hisap paling kuat dimulai dari puting susu yang

tidak lecet. Apabila puting lecet sudah pada tahap berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet 500 mg setiap 4-6 jam sehari.(Yulita et al., 2019)

5. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Tetapi banyak budaya dan agama yang melarang sampai masa waktu tertentu misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan. Namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan.(Firdaus, 2019)

6. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang cukup untuk memulihkan kembali keadaan fisik. Kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan diri sendiri.
- 4) Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga agar ibu kembali melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga secara

perlahan dan bertahap. Namun harus tetap melakukan istirahat minimal 8 jam sehari siang dan malam. (Firdaus, 2019).

7. Latihan/senam

Berikut ini ada beberapa contoh gerakan yang dapat dilakukan saat senam nifas menurut (Firdaus, 2019) :

- 1) Tidur telentang, tangan di samping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan ke atas mendekati perut. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kaki kiri. Setelah itu, rileks selama 10 hitungan.
- 2) Berbaring telentang, tangan di atas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang ke perut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
- 3) Tidur telentang, tangan di samping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
- 4) Tidur telentang, tangan di samping badan. Angkat kaki kiri lurus ke atas sambil menahan otot perut. Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, bergantian dengan kaki kanan. Rileks selama 10 hitungan.
- 5) Tidur telentang, letakan kedua tangan di bawah kepala, kemudian bangun tanpa mengubah posisi kedua kaki (kaki

tetap lurus). Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, kemudian rileks selama 10 hitungan sambil menarik napas panjang lewat hidung, keluarkan lewat mulut.

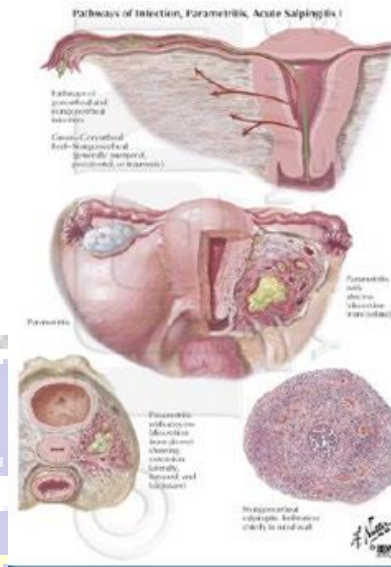
- 6) Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut 90 derajat. Gerakan perut ke atas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin, tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali, kemudian rileks selama 10 hitungan.

2.3.6 Komplikasi Masa Nifas

Komplikasi masa nifas menurut (PPSDM kesehatan, 2013) :

1. Infeksi Masa Nifas

Infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan disebut infeksi nifas. Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2 – 10 post partum dan diukur Per oral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan Suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak diketemukan sebab– sebab ekstragenital.



Gambar 2 17. Infeksi Masa Nifas

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

Beberapa factor predisposisi yang menyebabkan infeksi pada ibu nifas :

- 1) Kurang gizi atau malnutrisi
- 2) Anemia
- 3) Masalah kebersihan
- 4) Kelelahan
- 5) Proses persalinan bermasalah seperti partus lama / macet, korioamnionitis, persalinan traumatik, Pencegahan Infeksi yang tidak baik, manipulasi intrauteri (ekplorasi uteri dan manual plasenta).

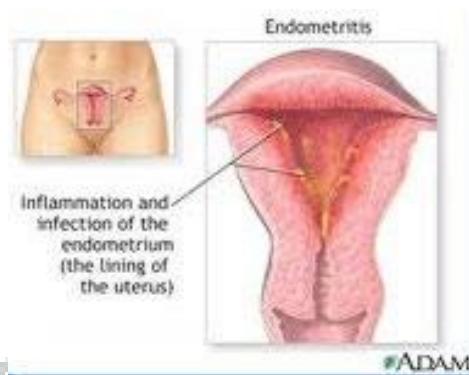
Tabel 2. 5. Beberapa Diagnosa Demam Post Partum

Gejala dan tanda yang selalu didapat	Gejala lain yang mungkin didapat	Kemungkinan diagnosa
<ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri perut bagian bawah 2) Lokea yang purulen dan berbau 3) Uterus tegang dan subinvolusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perdarahan pervaginam 2) Syok 3) Peningkatan sel darah putih, terutama polimorfonuklear lekosit 	Metritis (Endometritis/ Endometriosis)
<ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri perut bagian bawah 2) Pembesaran perut bagian bawah 3) Demam yang terus Menerus 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dengan antibiotic tidak membaik 2) Pembengkakan pada adneksa atau kavum Douglas 	Abses Pelvik
<ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri perut bagian bawah 2) Bising usus tidak Ada 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perut yang tegang (rebound tenderness) 2) Anoreksia / muntah 	Peritonitis

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

1. Metritis

Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat. Dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik, thrombosis vena yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvic yang menahun, dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.



Gambar 2 18. Endometritis

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

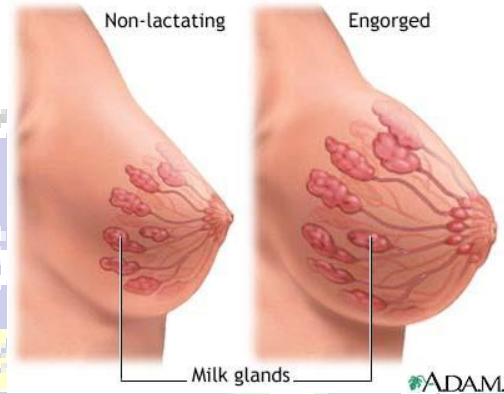
Penanganan metritis adalah : (kolaborasi dengan dokter)

- 1) Berikan transfusi bila dibutuhkan Berikan Packed Red Cell
- 2) Berikan antibiotika, spectrum luas, dalam dosis yang tinggi
- 3) Pertimbangkan pemberian antitetanus profilaksis
- 4) Bila dicurigai sisa plasenta, lakukan pengeluaran (digital / dengan kuret yang lebar)
- 5) Bila ada pus lakukan drainase (kalau perlu kolpotomi), ibu dalam posisi fowler
- 6) Bila tidak ada perbaikan dengan pengobatan konservatif dan ada tanda peritonitis generalisata lakukan laparotomy dan keluarkan pus. Bila pada evaluasi uterus nekrotik dan septic, maka dilakukan histerektomi subtotal oleh dokter.

2. Masalah pada Payudara

1) Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi.



Gambar 2 19. Bendungan ASI

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

Penanganan yang dilakukan bila ibu menyusui bayinya :

1. Susukan sesering mungkin
2. Kedua payudara disusukan
3. Kompres hangat payudara sebelum disusukan
4. Bantu dengan memijat payudara untuk permulaan menyusui
5. Sangga payudara
6. Kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui
7. Bila diperlukan berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam

8. Lakukan evaluasi setelah 3 hari untuk mengevaluasi hasilnya

Bila ibu tidak menyusui :

1. Sangga payudara
2. Kompres dingin pada payudara untuk mengurangi pembengkakan dan rasa sakit
3. Bila diperlukan berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam
4. Jangan dipijat atau memakai kompres hangat pada payudara.

2) Mastitis

Mastitis adalah infeksi payudara. mastitis terjadi akibat invasi jaringan payudara oleh organisme infeksius atau adanya cedera payudara. cedera payudara mungkin disebabkan memar karena manipulasi yang kasar, pembesaran payudara, stasis air susu ibu dalam duktus, atau pecahnya atau fisura puting susu. Puting susu yang pecah atau fisur dapat menjadi jalan masuk terjadinya infeksi *S. aureus*. Pengolesan beberapa tetes air susu di area puting pada akhir menyusui dapat mempercepat penyembuhan.

Tanda gejala mastitis biasanya tidak ada sebelum akhir minggu pertama post partum. Nyeri ringan pada salah satu lobus payudara, yang diperberat. Jika bayi menyusui dan gejala

seperti flu: nyeri otot, sakit kepala dan keletihan. Mastitis hampir selalu terbatas pada satu payudara.



Gambar 2 20. Mastitis

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

Payudara tegang / indurasi dan Kemerahan Tindakan :

1. Berikan kloksasiklin 500 mg setiap 6 jam selama 10 hari. Bila diberikan sebelum terbentuk abses biasanya keluhannya akan berkurang
2. Sangga payudara
3. Kompres dingin
4. Bila diperlukan berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam
5. Ibu harus didorong menyusui bayinya walau ada pus
Ikuti perkembangan 3 hari setelah pemberian pengobatan

3) Abses Payudara

Mastitis yang tidak ditangani memiliki hampir 10% risiko terbentuknya abses. Tanda dan gejala abses payudara adalah adanya Discharge puting susu purulenta, munculnya demam remiten (suhu naik turun) disertai menggigil dan terjadi pembengkakan payudara dan sangat nyeri, massa besar dan keras dengan area kulit berwarna fluktuasi kemerahan dan kebiruan mengindikasikan lokasi abses berisi pus.



Gambar 2 21. Abses Payudara

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

Terdapat massa padat, mengeras di bawah kulit yang kemerahan.

1. Diperlukan anestesi umum (ketamin)
2. Insisi radial dari tengah dekat pinggir areola, ke pinggir supaya tidak memotong saluran ASI
3. Pecahkan kantung pus dengan tissue forceps atau jari tangan
4. Pasang tampon dan drain

5. Berikan kloksasiklin 500 mg setiap 6 jam selama 10 hari
6. Sangga payudara
7. Kompres dingin
8. Berikan parasetamol 500 mg setiap 4 jam sekali bila diperlukan
9. Ibu didorong tetap memberikan ASI walau ada pus
10. Lakukan follow up setelah pemberian pengobatan selama 3 hari

3. Hematoma

Hematoma adalah pembengkakan jaringan yang berisi darah. Bahaya hematoma adalah kehilangan sejumlah darah karena hemoragi, anemia dan infeksi. Hematoma terjadi karena ruptur pembuluh darah spontan atau akibat trauma. Penyebab hematoma adalah :

1. Persalinan operatif
2. Laserasi yang tidak dijahit selama injeksi anesthesia lokal atau pudendus
3. Kegagalan hemostatis lengkap sebelum penjahitan laserasi atau episiotomi
4. Pembuluh darah diatas apeks insisi atau laserasi tidak dibendung atau kegagalan

5. Melakukan jahitan pada titik tersebut, penanganan kasar pada jaringan vagina kapanpun atau pada uterus selama masase.

Tanda – tanda umum hematoma :

Nyeri ekstrem di luar proporsi ketidaknyaman dan nyeri yang diperkirakan.

Tanda dan gejala hematoma vulva atau vagina adalah :

1. Penekanan yang lama pada perineum, vagina, uretra, kandung kemih atau rectum dan nyeri hebat
2. Pembengkakan yang tegang dan berdenyut
3. Perubahan warna jaringan kebiruan atau biru kehitaman

Hematoma vulva dapat dengan mudah diidentifikasi. Hematoma vagina dapat diidentifikasi jika dilakukan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat. Hematoma ukuran – kecil dan sedang mungkin dapat secara spontan diabsorpsi. Jika hematoma terus membesar, tidak menjadi stabil, bidan harus Kolaborasi dengan dokter untuk perawatan lebih lanjut.

4. Hemoragi Post Partum lambat

Hemoragi post partum lambat (tertunda) adalah hemoragi yang terjadi setelah 24 jam pertama post partum.

Penyebab umumnya :

1. Sub involusi di tempat perlekatan plasenta
2. Fragmen plasenta atau membrane janin yang tertinggal

3. Laserasi saluran reproduksi yang sebelumnya tidak terdiagnosis

4. Hematoma

Tanda dan gejalanya meliputi :

perdarahan eksternal yang jelas, tanda dan gejala syok serta anemia.

Bidan berkolaborasi dengan dokter konsultan untuk mendiagnosis

penyebab dan terapi yang tepat. Hemoragi yang terjadi selama 24 jam

ditangani seperti perdarahan post partum primer. Langkah pertama

adalah mendiagnosis penyebab (atonia uteri atau laserasi).

Penatalaksanaan meliputi penggunaan oksitosin atau methergin untuk

membuat uterus berkontraksi atau penjahitan jika perdarahan karena

laserasi(PPSDM kesehatan, 2013).

5. Subinvolusi

Sub involusi terjadi jika proses kontraksi uterus tidak terjadi seperti

seharusnya dan kontraksi ini lama atau berhenti. Proses involusi

mungkin dihambat oleh retensi sisa plasenta, miomata atau infeksi.

Retensi sisa plasenta atau membrane janin adalah penyebab yang

paling sering terjadi. Sub involusi dapat didiagnosis selama

pemeriksaan postpartum. Riwayat biasanya meliputi periode lokia

lebih lama dari periode normal, diikuti leukorea dan perdarahan

Banyak yang tidak teratur. Pemeriksaan panggul akan menunjukkan

uterus lunak yang lebih besar dari ukuran normal sesuai. minggu

pascapartum saat wanita diperiksa.

Sub involusi awal pada masa puerperium menunjukkan uterus lunak, tidak bergerak, tidak berkurang ukurannya dan tinggi fundus tidak berubah, bukan menurun. Lokia banyak dan berwarna merah terang sampai coklat kemerahan. Kultur lokia harus diambil untuk menyingkirkan adanya endometritis. Pada kunjungan minggu keempat hingga keenam postpartum, tidak perlu dipertimbangkan adanya infeksi kecuali terdapat nyeri tekan atau nyeri pada adneksa atau saat pergerakan uterus. Sub involusi diterapi dengan ergonovin (ergotrate) atau metilergonovin (methergin) 0,2 mg peroral setiap 4 jam selama 3 hari; ibu dievaluasi kembali dalam 2 minggu. Jika ibu juga menderita endometritis, bidan menambahkan resep antibiotik spectrum luas. (PPSDM kesehatan, 2013)

6. Tromboflebitis

Tromboflebitis pascapartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara genetik rentan terhadap relaksasi dinding vena dan stasis vena. Kehamilan menyebabkan stasis vena dengan sifat relaksasi dinding vena akibat efek progesterone dan tekanan pada vena oleh uterus. Kompresi vena selama posisi persalinan dapat berperan juga.

Tromboflebitis superficial ditandai dengan nyeri tungkai, hangat terlokalisasi, nyeri tekan atau inflamasi pada sisi tersebut dan palpasi adanya simpulan atau teraba pembuluh darah. Tromboflebitis vena profunda ditandai dengan gejala :

1. Kemungkinan peningkatan suhu ringan
2. Takikardia ringan
3. Nyeri sangat berat pada tungkai diperburuk dengan pergerakan atau saat berdiri
4. yang terjadi secara tiba tiba
5. Edema pergelangan kaki, tungkai dan paha
6. Tanda human positif
7. Nyeri saat penekanan betis
8. Nyeri tekan sepanjang aliran pembuluh darah yang terkena dengan pembuluh darah dapat teraba

Tanda homans diperiksa dengan menempatkan satu tangan di lutut ibu dan memberikan tekanan ringan untuk menjaga kaki tetap lurus. Jika terdapat nyeri betis saat dorsofleksi, tanda ini positif. Penanganan meliputi tirah baring, elevasi ekstremitas yang terkena, kompres panas, stoking elastic dan analgesia jika dibutuhkan. Sprei ayun mungkin diperlukan jika tungkai sangat nyeri saat disentuh. Rujukan ke dokter penting untuk memutuskan penggunaan terapi antikoagulan dan antibiotik. Tidak ada kondisi apapun yang mengharuskan masase tungkai. (PPSDM kesehatan, 2013)

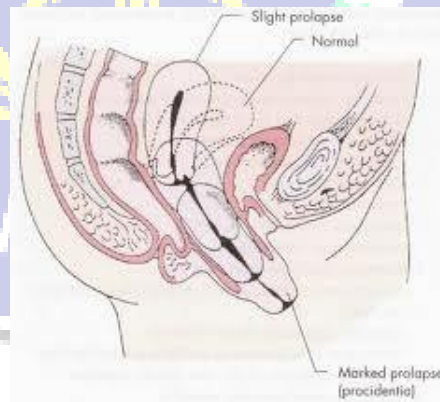
7. Sisa Plasenta

Tertinggalnya sebagian plasenta (sisa plasenta) merupakan penyebab umum terjadinya pendarahan lanjut dalam masa nifas (pendarahan pasca persalinan sekunder). Pendarahan post partum yang terjadi

segera jarang disebabkan oleh retensi potongan-potongan kecil plasenta. Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus harus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan. Sewaktu suatu bagian dari plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan. (PPSDM kesehatan, 2013)

8. Inversio Uteri

Inversio uteri dapat menyebabkan pendarahan pasca persalinan segera, akan tetapi kasus inversion uteri ini jarang sekali ditemukan. Pada inversion uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Inversio uteri terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Inversio uteri bisa terjadi spontan atau sebagai akibat tindakan.



Gambar 2 22. Infolusi Uteri

Sumber : (PPSDM kesehatan, 2013)

Pada wanita dengan atonia uteri kenaikan tekanan intra abdominal dengan mendadak karena batuk atau meneran, dapat menyebabkan masuknya fundus ke dalam kavum uteri yang merupakan permulaan inversio uteri. Tindakan yang dapat menyebabkan inversion uteri adalah perasat Crede pada korpus uteri yang tidak berkontraksi baik dan tarikan pada tali pusat dengan plasenta yang belum lepas dari dinding uterus atau grande multipara. Apabila menemukan kasus ibu yang syok, perdarahan, dan fundus uteri tidak ditemukan pada tempat yang lazim pada kala III atau setelah persalinan selesai, sedangkan hasil pemeriksaan dalam menunjukkan tumor yang lunak di atas serviks atau dalam vagina maka hal tersebut menunjukkan diagnosis inversion uteri.

Pada mioma uteri submukosum yang lahir dalam vagina terdapat pula tumor yang serupa, akan tetapi fundus uteri ditemukan dalam bentuk dan pada tempat biasa, sedang konsistensi mioma lebih keras daripada korpus Uteri setelah persalinan. Walaupun inversio uteri kadang-kadang bisa terjadi tanpa gejala dengan penderita tetap dalam keadaan baik, namun umumnya kelainan tersebut menyebabkan keadaan gawat dengan angka kematian tinggi (15-70%). Reposisi secepat mungkin memberi harapan bagi ibu yang mengalaminya.(PPSDM kesehatan, 2013)

2.3.7 Kunjungan Masa Nifas

Adapun frekuensi kunjungan, waktu, dan tujuan kunjungan tersebut dipaparkan oleh (Firdaus, 2019) sebagai berikut:

1. Kunjungan Pertama, waktu: 6 – 8 jam setelah persalinan.

Tujuannya antara lain adalah mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan seperti rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, memberi supervisi kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, dan menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Bila ada bidan atau petugas lain yang membantu melahirkan, maka petugas atau bidan itu harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama (Firdaus, 2019)

2. Kunjungan Kedua, waktu: 6 hari setelah persalinan

Tujuannya antara lain adalah memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abdominal, memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit, dan memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan sayang bayi (Firdaus, 2019)

3. Kunjungan Ketiga, waktu: dua minggu setelah persalinan

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
- 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

4. Kunjungan Keempat, waktu: 6 minggu setelah persalinan

Tujuannya antara lain adalah menanyakan penyulit- penyulit yang ada, memberikan konseling untuk KB secara dini (Firdaus, 2019)

2.3.9 Proses Laktasi dan Menyusui

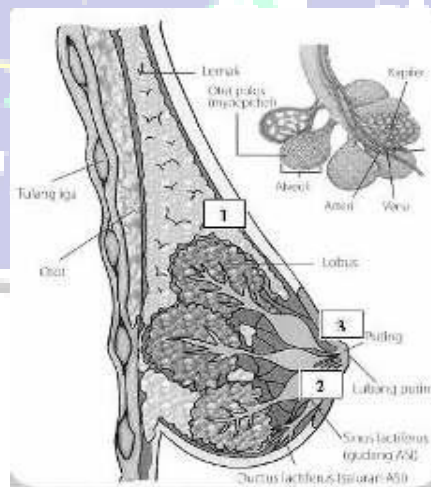
ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja sejak bayi dilahirkan sampai usia 6 bulan. Selama itu bayi tidak diharapkan mendapatkan tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, air teh, madu ataupun air putih. Pada pemberian ASI Eksklusif bayi juga tidak diberikan makanan tambahan seperti pisang, biskuit, bubur susu, bubur tim, dan sebagainya.

Pemberian ASI secara benar akan dapat mencukupi kebutuhan bayi selama 6 bulan tanpa makanan pendamping. Setelah bayi berusia lebih dari 6 bulan, memerlukan makanan pendamping tetapi pemberian ASI dapat dilanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

1. Anatomi Payudara dan Fisiologi Laktasi

1) Anatomi payudara

Payudara (mammarye, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Firdaus, 2019)



Gambar 2 23. Anatomi Payudara

Sumber : (Firdaus, 2019)

Ada tiga bagian utama payudara, yaitu :

1) Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar

Alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu.

Bagian dari alveolus adalah sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos, dan pembuluh darah.

Lobulus, yaitu kumpulan dari alveolus. Lobus, yaitu

beberapa lobulus yang berkumpul menjadi 15-20 lobus

pada tiap payudara. ASI disalurkan dari alveolus ke

dalam saluran kecil (duktulus), kemudian beberapa

duktulus bergabung membentuk saluran yang lebih

besar (duktus laktiferus) (Firdaus, 2019)

2) Areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah

Sinus laktiferus, yaitu saluran di bawah areola yang

besar melebar, akhirnya memusat ke dalam puting dan

bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun

saluran-saluran terdapat otot polos yang bila

berkontraksi dapat memompa ASI keluar (Firdaus,

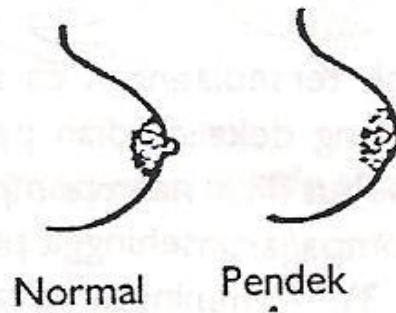
2019)

3) Papilla, atau puting, yaitu bagian yang menonjol di

puncak payudara. Bentuk puting ada empat, yaitu

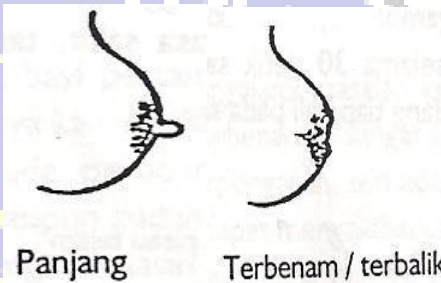
bentuk yang normal, pendek/datar, panjang, dan

terbenam (inverted) (Firdaus, 2019)



Gambar 2 24. Puting Normal dan Pendek

Sumber : (Firdaus, 2019)



Gambar 2 25. Puting Panjang dan Terbenam

Sumber : (Firdaus, 2019)

Dalam korpus mammae terdapat alveolus, yaitu unti terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa alveolus mengelompok membentuk lobules, kemudian beberapa lobules berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. Dari alveolus ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), kemudian beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus laktiferus).

Di bawah areola saluran yang besar melebar, disebut sinus laktiferus. Didalam dinding alveolus maupun saluran-saluran , terdapat otot polos yang bila berkontraksi memompa ASI keluar (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2) Fisiologi Laktasi

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Payudara mulai dibentuk sejak embrio berumur 18- 19 minggu, dan baru selesai ketika mulai menstruasi. Dengan terbentuknya hormone estrogen dan progesterone yang berfungsi untuk maturasi alveoli. Sedangkan hormone prolactin adalah hormone yang berfungsi untuk produksi ASI disamping hormone lain seperti insulin, tiroksin dan sebagainya. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi meliputi :

1) Refleks Prolaktin

alam puting susu terdapat banyak ujung saraf sensorik. Bila dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormone prolactin. Hormone inilah yang berperan dalam produksi ASI di tingkat alveoli. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2) Refleks aliran (Let Down Reflex)

Rangsang puting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis depan, tetapi juga ke kelenjar hipofisis bagian belakang, yang mengeluarkan hormone oksitosin. Hormone ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI di pompa keluar. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2. Komposisi Gizi dalam ASI

Penelitian menemukan bahwa ASI Eksklusif membuat bayi berkembang dengan baik pada usia 6 bulan pertama, atau bahkan pada usia lebih dari 6 bulan. Kekebalan yang paling besar yang diterima bayi adalah pada saat diberikan ASI Eksklusif, karena ASI memiliki kandungan 50% faktor imunisasi yang sudah dikenal. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pemberian ASI pertama kali dilakukan sejak 1 jam pertama setelah bayi lahir. Macam-macam ASI diantaranya adalah :

1) Kolostrum

Kolostrum adalah ASI yang diproduksi di hari-hari pertama dan biasanya terjadi selama 4 hari. Bayi perlu sering menyusu untuk dapat merangsang produksi dan keluarnya ASI. Komposisi ASI sama dengan nutrisi yang diterima bayi didalam uterus. Kolostrum lebih banyak mengandung protein, terutama

Immunoglobulin (IgA, IgG, IgM). Protein dalam jumlah yang dominan juga dapat mencegah gula darah yang rendah. Kolostrum sedikit mengandung lemak dan karbohidrat. Lemak kolostrum dalam bentuk kolesterol dan lesitin sehingga bayi sejak dini telah terlatih untuk mengolah kolesterol. Kolostrum mengandung zat anti infeksi 10 hingga 17 kali lebih banyak dibanding ASI matur. Kolostrum berwarna kuning dan bisa juga berguna sebagai imunisasi pertama. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2) ASI Transisi

ASI transisi mulai di produksi pada hari ke 4-10 setelah kelahiran. Terjadi perubahan komposisi dari kolostrum ke ASI transisi, kadar protein dan immunoglobulin berkurang sedangkan kadar lemak dan karbohidrat lebih meningkat dibanding kolostrum. Volume ASI transisi juga meningkat dibandingkan dengan kolostrum, mulai tampak perilaku supply and demand, yaitu ASI diproduksi sebanyak ASI yang dikeluarkan, tetapi hal ini belum benar-benar sesuai. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

3) ASI Matur

ASI matur diproduksi setelah hari ke-10 sampai akhir masa laktasi atau penyapihan. ASI matur berwarna putih kekuningan dan mengandung casein, riboflavin, dan karotin serta tidak

menggumpal bila dipanaskan, dengan volume 300-850 ml per 24 jam. ASI matur terus berubah sesuai dengan perkembangan bayi. Pada malam hari, ASI ini lebih banyak mengandung lemak yang akan membantu meningkatkan berat badan dan perkembangan otak yang maksimal. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

4) Foremilk–Hindmilk

Pada satu kali menyusui, terdapat 2 macam ASI yang diproduksi yaitu foremilk terlebih dahulu kemudian hindmilk. Foremilk berwarna lebih kuning, kandungan utamanya protein, laktosa, vitamin, mineral, dan sedikit lemak. Foremilk memiliki kadar air yang cukup tinggi sehingga lebih encer dibanding hindmilk dan diproduksi dalam jumlah banyak untuk memenuhi kebutuhan cairan. Kebutuhan cairan bayi seluruhnya dapat dipenuhi oleh ASI dan bayi tidak memerlukan air tambahan pada 6 bulan awal kehidupannya, bahkan di daerah panas sekalipun. Sedangkan hindmilk berwarna lebih putih karena kandungan lemak 4-5 kali lebih banyak dibanding foremilk, inilah yang membuat bayi terasa kenyang. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

3. Manfaat Pemberian ASI

ASI mempunyai banyak manfaat, diantaranya manfaat bagi ibu, keluarga dan Negara. Manfaat tersebut adalah :

1) Manfaat bagi Ibu

1. Aspek Kesehatan Ibu

Hisapan bayi pada payudara saat menyusui akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hipofisis. Oksitosin membantu dalam proses involusi uterus dan dapat mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Pencegahan terjadinya perdarahan postpartum dapat mengurangi prevalensi anemia defisiensi besi. Angka kejadian karsinoma mammae pada ibu menyusui lebih rendah dibanding tidak menyusui. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2. Aspek Keluarga Berencana

Menyusui secara eksklusif dapat menjadi metode KB yang alami, karena proses menyusui dapat menjarangkan kehamilan. Ditemukan rata-rata jarak kelahiran pada ibu menyusui adalah 24 bulan, sedangkan yang tidak menyusui adalah 11 bulan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pemberian ASI Eksklusif dapat menjadi KB yang alami. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

3. Aspek Psikologis

Proses menyusui dapat memberikan pengaruh psikologis yang baik bagi ibu. Ibu yang menyusui akan

merasa bangga dan merasa diperlukan, rasayang dibutuhkan oleh semua manusia.(Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2) Manfaat bagi Keluarga

1. Aspek Ekonomi

Menyusui dengan ASI lebih hemat karena ASI tidak perlu dibeli, sehingga dana yang seharusnya digunakan untuk membeli susu formuladapat digunakan untuk keperluan lain. Selain itu, penghematan juga disebabkan karena bayi yang mendapat ASI lebih jarang sakit sehingga mengurangi biaya pengobatan. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

2. Aspek Psikologis

Kebahagiaan keluarga semakin bertambah, karena kelahiran lebihjarang. Sehingga suasana kejiwaan ibu baik dan dapat mendekatkan hubungan bayi dengan keluarga. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

3. Aspek Kemudahan

Menyusui sangat praktis, karena dapat diberikan dimana saja dan kapan saja. Keluarga tidak perlu menyiapkan air masak, botol, dan dot yang harus selalu dibersihkan dan juga perlu meminta tolong kepada orang lain.(Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

3) Manfaat bagi Negara

1. Menurunkan angka kesakitan dan kematian anak

Beberapa riset epidemiologis menyatakan bahwa ASI melindungi bayidan anak dari penyakit infeksi, misalnya diare, otitis media, dan infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah. Kejadian diare paling tinggi terdapat pada anak dibawah usia 2 tahun, dengan penyebab rotavirus. Bayi yang diberi ASI ternyata juga terlindungi dari diare karena shigela. (Yulita et al., 2019)

2. Mengurangi Subsidi untuk Rumah Sakit

Subsidi untuk rumah sakit berkurang, karena rawat gabung akan mempersingkat lamanya rawat ibu dan bayi, mengurangi komplikasi persalinan dan infeksi nosocomial serta mengurangi biaya yang diperlukan untuk perawatan anak sakit. (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

4. Upaya Perbanyak ASI

Terdapat beberapa cara menurut (Elly Dwi Wahyuni, SST, 2018)

untuk meningkatkan produksi ASI, antara lain

1. Berikan ASI sesering mungkin, meskipun ASI tidak begitu banyak akan tetapi dengan cara merangsang produksi ASI maka akan meningkat.

2. Berikan ASI pada bayi dengan durasi waktu yang lama.
3. Berikan ASI bergantian sehingga bayi tidak bosan dengan bagian kiri atau kanan saja.
4. Pijatan oksitosin dengan benar dapat membantu dalam memperbanyak ASI.
5. Memompa ASI setelah selesai menyusui apabila ASI masih banyak
6. Buatlah suasana yang tenang dan rileks sehingga bayi lebih lama menyusu.
7. Banyak mengonsumsi air putih.
8. Hindari perasaan cemas akan ASI yang tidak lancar.

5. Tanda Bayi Cukup ASI

Bayi dibawah 6 bulan hanya mendapat ASI, cara mengetahui kecukupan ASI menurut (Firdaus, 2019) sebagai berikut:

1. Berat lahir telah kembali setelah bayi berusia 2 minggu
2. Bayi banyak mengompol, sampai 6 kali atau lebih dalam sehari.
3. Tiap menyusui, bayi menyusu dengan rakus, kemudian melemah dan tertidur.
4. Payudara ibu terasa lunak setelah menyusui dibandingkan sebelumnya.
5. Kurva pertumbuhan atau berat badan dalam KMS sesuai dengan seharusnya.

6. Membantu Ibu pada Waktu Pertama Kali Memberi ASI

Membantu ibu segera untuk menyusui bayinya setelah lahir sangatlah penting. Semakin sering bayi menghisap puting susu ibu, maka pengeluaran ASI juga semakin lancar. Hal ini disebabkan, isapan bayi akan memberikan rangsangan pada hipofisis untuk segera mengeluarkan hormon oksitosin yang bekerja merangsang otot polos untuk memeras ASI. Pemberian ASI tidak terlepas dengan teknik atau posisi ibu dalam menyusui.

2.3.8 Pelayanan Saat Pandemi

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasyankes
2. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
6. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online

7. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line
8. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19(Nurjasmi, 2020)

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

1. Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.(Jamil et al., 2017)
2. Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan peoses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatik dan cepat berlangsung adalah pada sisem pernafasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan glukosa.(Jamil et al., 2017).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal jika usia kehamilan aterm antara 37- 42 minggu, BB 2500 gram – 4000 gram, panjang badan 48- 52 cm, lingk

dada 30- 38 cm, lingkar kepala 33- 35 cm, lingkar lengan 11- 12 cm, frekuensi DJ 120- 160 x permenit, pernafasan \pm 40- 60 x permenit, kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR > 7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping (menggenggam) sudah baik, genetalia sudah terbentuk sempurna , pada laki- laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang, pada perempuan: Vagina dan uretra yang berlubang, serta labia mayora sudah menutupi labia minora, eliminasi baik, mekonium dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.(Jamil et al., 2017)

2.4.3 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan

- 1) Neonatus kurang bulan (peterem infat) : kurang dari 259 hari (37 minggu).
- 2) Neonatus cukup bulan (term infat) : 259-294 hari (37-42 minggu)
- 3) Neonatus lebih bulan (posterm infant) : lebih dari 294 hari (42 minggu atau lebih)

2. Berdasarkan berat lahir

- 1) Neonatus berat lahir rendah : < 2500 gram
- 2) Neoatus berat lahir cukup : antara 2500-4000 gram
- 3) Neonatus berat lahir lebih : > 4000 gram

3. Berat lahir menurut masa gestansi

- 1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan : NCB/NKB/NLB
- 2) Neonatus sesuai /kecil/besar untk masa kehamilan :
AMK/KMK/BMK

4. Menurut usia kehamilan

- 1) Neonatus dini : bayi yang berumur 0 (bayi baru lahir) sampai dengan usia 7 hari
- 2) Neonatus lanjutan : bayi yang beumur 7 hari sampai dengan usia 28 hari (1 bulan)

2.4.4 Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera setelah lahir letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan di atas perut ibu (bila tidak memungkinkan, letakkan di dekat ibu misalnya diantara kedua kaki ibu atau I sebelah ibu) pastikan area tersebut bersih dan kering, keringkan bayi terutama muka dan permukaan tubuh dengan kering, hangat dan bersih. Kemudian lakukan penilaian awal sebagai berikut: (a) apakah menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?; (b) apakah bergerak dengan aktif atau lemas?; jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir.

Tabel 2. 6. Penilaian APGAR SKOR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat/kebiruan seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas kebiruan	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (Aktifitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : (Jamil et al., 2017)

Interpretasi:Nilai 1-3asfiksia berat,Nilai 4-6asfiksia sedang,Nilai 7-10 asfiksia ringan.Hasil nilai APGAR skor dinilai setiap variabel dinilai dengan 0, 1, dan 2 nilai tertinggi adalah 10, selanjutnya dapat ditentukan

keadaan bayi sebagai berikut:

- 1) Nilai 7-10menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik(Vigrous baby)

- 2) Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi
- 3) Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi

2.4.5 Periode Bayi Baru Lahir

1. Periode Transisional

Periode transisional mencakup tiga periode, meliputi periode pertama reaktivitas, fase tidur dan periode kedua reaktivitas. Karakteristik masing-masing periode memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir. Beberapa saat dan beberapa jam dari awal kehidupan ekstrasuterin bayi baru lahir merupakan keadaan yang paling dinamis. Pada saat kelahiran bayi berubah dari keadaan ketergantungan sepenuhnya kepada ibu menjadi tidak tergantung secara fisiologis, perubahan proses yang kompleks ini dikenal sebagai transisi. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

1) Reaktivitas I (The First Period Of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Karakteristik bayi pada masa ini meliputi detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas, fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis, memiliki sedikit jumlah mukus, menangis dan berefleksi isap yang kuat, frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur dan frekuensi pernafasan

mencapai 80z/ menit dengan irama tidak teratur. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

2) Fase Tidur

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterine. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

3) Reaktivitas II (The Secod Period Of Reaktivity)/ transisis ke-II

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusui. Pemberian Makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal.(Marmi dan Rahardjo, 2019)

2. Periode Pascatransisional

Pada saat bayi telah melewati periode transisi, bayi dipindah ke ruang bayi normal/rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normal umumnya mencakup: pengkajian tanda-tanda vital (suhu aksila, frekuensi pernafasan, denyut nadi apikal setiap 4 jam, pemeriksaan fisik setiap 8 jam, pemberian ASI on demand, mengganti popok serta menimbang berat badan setiap 24 jam. Selain asuhan pada periode transisional dan pascatransisional, asuhan bayi baru lahir juga diberikan pada bayi berusia 2-6 hari, serta bayi berusia 6 minggu pertama. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

2.4.6 Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem Pernafasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. (Eka Murdiana, 2019)

Struktur matang ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pernapasan pertama:

- 1) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik)
- 2) Penurunan PaO₂ dan peningkatan PaCO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak disinus karotikus (stimulasi kimiawi)
- 3) Rangsangan dingin didaerah muka dan perubahan suhu didalam uterus(stimulasi sensorik)

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga tertahan di dalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalam tarikan belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelektasis, dalam keadaan anoksia neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

2. Perubahan Sirkulasi

Pada masa fetus darah dari plasenta melalui vena umbilikalis sebagian ke hati, sebagian langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh. Dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paru akan

berkembang mengakibatkan tekanan-tekanan arteriol dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung kiri lebih besar dari pada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan karena rangsangan biokimia (p_{aO_2} yang naik), duktus arteriosus akan berobliterasi, ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4-5 liter per menit / m^2 . Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1.96 liter/menit/ m^2 karena penutupan duktus arteriosus. (Eka Murdiana, 2019)

3. Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir belum mampu mengatur suhu tubuh mereka sehingga mereka dapat mengalami stres akibat perubahan lingkungan. Pada saat bayi meninggalkan lingkungan rahim ibu yang hangat, bayi tersebut kemudian masuk ke dalam lingkungan ruang bersalin yang jauh lebih dingin. Bayi baru lahir/ neonatus dapat menghasilkan panas dengan tiga cara, yaitu menggigil, aktivitas volunter otot, dan termogenesis yang bukan melalui mekanisme menggigil. Mekanisme menggigil saja tidak efisien dan bayi cukup bulan tidak mampu menghasilkan panas dengan cara ini. aktivitas otot dapat menghasilkan panas, tetapi manfaatnya terbatas, bahkan untuk bayi cukup bulan dengan kekuatan otot cukup kuat untuk tetap berada dalam posisi

fleksi. Termogenesis non-menggigil mengacu pada penggunaan lemak coklat untuk produksi panas. Timbunan lemak coklat terletak pada dan di sekitar tulang belakang, klavikula dan sternum, ginjal, serta pembuluh darah utama. Jumlah lemak coklat bergantung pada usia kehamilan dan menurun pada bayi baru lahir yang mengalami hambatan pertumbuhan. Produksi panas melalui penggunaan cadangan lemak coklat dimulai saat rangsangan dingin memicu aktivitas hipotalamus. Pesan kimiawi akan dikirimkan ke sel-sel lemak coklat. Sel-sel ini menghasilkan energi yang akan mengubah lemak menjadi energi panas. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

4. Hati

Fungsi hati janin dalam kandungan dan segerasetelah lahir masih dalam keadaan matur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk menghilangkan bekas penghancuran dalam peredaran darah. Setelah segera lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurangwalaupun memakan waktu yang lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasihati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya peberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkangrey baby syndrome. (Eka Murdiana, 2019)

5. Metabolisme glukosa

Pada setiap bayi baru lahir glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1–2 jam). Sistem metabolisme neonatus pada jam pertama energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat. Pada hari kedua berasal dari pembakaran lemak. Dalam 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, namun terjadi penambahan energi yang diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula dapat mencapai 120 mg/ 100 ml. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

6. Sistem Gastriontestinal

Saat lahir, saluran gastrointestinal bayi belum matur dibandingkan orang dewasa. Kemampuan bayi untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml (15-30 ml) untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara perlahan, seiring dengan pertumbuhan bayi. Lama pengosongan lambung adalah 2,5-3 jam. Usus bayi dalam keadaan steril hanya dalam beberapa jam. Bising usus terdengar dalam 1 jam kelahiran. Mekonium yang ada dalam usus besar sejak 16 minggu kehamilan dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan benar-benar dibuang dalam waktu 48-72 jam. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

7. Sistem Neurologi

Dibandingkan dengan sistem tubuh lain, sistem saraf bayi baru lahir masih sangat muda, baik secara anatomi maupun fisiologi. Ini menyebabkan kegiatan refleks spina dan batang otak dengan kontrol

minimal oleh lapisan luar serebrum pada beberapa bulan pertama kehidupan, walaupun interaksi sosial terjadi lebih awal. Setelah bayi lahir, pertumbuhan otak memerlukan persediaan oksigen dan glukosa yang tetap dan memadai. Otak yang masih muda rentan terhadap hipoksia, ketidakseimbangan biokimia, infeksi, dan perdarahan. Ketidakstabilan suhu dan gerak otot yang tidak terkoordinasi menggambarkan keadaan perkembangan otak dan mielinisasi saraf yang tidak sempurna. Bayi baru lahir memperlihatkan sejumlah aktivitas refleks pada usia yang berbeda-beda, yang menunjukkan normalitas dan perpaduan antara sistem neurologi dan muskuloskeletal. (Marmi dan Rahardjo, 2019).

8. Sistem Imun

Sistem imun bayi baru lahir masih belum matur sehingga neonatus rentan mengalami infeksi. Sistem imun yang matur akan memberi kekebalan alami maupun kekebalan dapatkan.

Beberapa contoh kekebalan alami, meliputi:

- 1) Perlindungan oleh membran mukosa.
- 2) Fungsi saringan saluran napas.
- 3) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus.
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

Ada dua macam immunoglobulin (Ig) atau antibodi yang dimiliki bayi, antara lain :

1) IgG merupakan golongan antibodi yang sangat penting dan jumlahnya mencapai 75% dari seluruh antibodi. Pada waktu lahir, kadar IgG bayi sama atau sedikit lebih banyak dari ibu. IgG ini memberikan kekebalan pasif pada bayi selama beberapa bulan kehidupan. IgG ini mampu melewati plasenta karena molekulnya kecil. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

2) IgM dan IgA tidak melewati sawar plasenta, melainkan dihasilkan sendiri oleh janin. IgM juga penting, sebab sebagian besar antibodi yang terbentuk sewaktu terjadi respons primer adalah golongan ini. Kadar IgA sangat rendah dan diproduksi dalam waktu yang lama, walaupun kadar sekresi mencapai kadar orang dewasa dalam kurun waktu 2 bulan. IgA melindungi dari infeksi saluran pernapasan, saluran usus lambung, dan mata. Sedangkan immunoglobulin jenis lainnya, yaitu IgD dan IgE tidak begitu berkembang pada masa awal bayi/neonatus. (Marmi dan Rahardjo, 2019)

9. Sistem Ginjal

Ginjal sangat penting dalam kehidupan janin, kapasitasnya kecil hingga setelah lahir. Urine bayi encer, berwarna kekuning-kuningan dan tidak berbau. Warna coklat dapat disebabkan oleh lendir bebas membrane mukosa dan udara asam akan hilang setelah bayi banyak minum. Garam asam urat dapat menimbulkan warna merah jambu pada urine, namun hal ini tidak penting. Tingkat filtrasi glomerulus

rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Bayi tidak mampu mengencerkan urine dengan baik saat mendapat asupan cairan, juga tidak dapat mengantisipasi tingkat larutan yang tinggi rendah dalam darah. Urine dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara reflek. Urine pertama dibuang saat lahir dan dalam 24 jam , dan akan semakin sering dengan banyak cairan.(Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

10. Sistem Muskuloskeletal

Otot bayi berkembang dengan sempurna karena hipertrofi, bukan hiperplasi. Tulang panjang tidak mengeras dengan sempurna untuk memudahkan pertumbuhan pada epifise. Tulang tengkorak kekurangan esensi osifikasi untuk pertumbuhan otak dan memudahkan proses pembentukan selama persalinan. Proses ini selesai dalam waktu beberapa hari setelah lahir. Fontanel posterior tertutup dalam waktu 6-8 minggu. Fontanel anterior tetap terbuka hingga usia 18 bulan dan digunakan untuk memperkirakan tekanan hidrasi dan intrakranium yang dilakukan dengan memalpasi tegangan fontanel.(Marmi dan Rahardjo, 2019)

2.4.7 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Air susu ibu (ASI) yang merupakan nutrisi yang paling lengkap dan seimbang bagi bayi terutama pada 6 bulan pertama (ASI Eksklusif). Nutrisi yang adekuat dan seimbang merupakan kebutuhan akan asuh

yang terpenting. Nutrisi termasuk bagian gizi untuk pembangunan tubuh yang mempunyai pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan, terutama pada tahun-tahun pertama kehidupan dimana anak sedang mengalami pertumbuhan yang sangat pesat terutama pertumbuhan otak. Keberhasilan perkembangan anak ditentukan oleh keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan otak. Jadi dapat dikatakan bahwa nutrisi selain mempengaruhi pertumbuhan, juga mempengaruhi perkembangan otak. Sampai umur 6 bulan ASI adalah makanan terbaik yang ideal untuk bayi baik ditinjau dari segi kesehatan fisis maupun psikis. ASI mempunyai kadar laktosa tinggi yang diperlukan otak bayi. Pertumbuhan otak manusia lebih cepat dibandingkan dengan otak jenis makhluk lain, karenanya memerlukan zat-zat yang sesuai untuk mendorong pertumbuhan otaknya secara sempurna. Pemberian makanan tambahan yang tepat akan memberikan hasil yang lebih baik bagi pertumbuhan anak, tapi yang seimbang dan sangat tergantung nilai gizi yang terkandung dalam makanan yang disajikan oleh ibu dan keluarga, pengetahuan tentang gizi yang harus dikuasai oleh ibu dan keluarga melalui penyuluhan gizi.

Nutrien dapat digolong menjadi 3 golongan :

- 1) Golongan pembangun: protein hewani dan protein nabati kira-kira 2-3 gram/kgBB/hari. Misal: ikan, daging, susu telur dll
- 2) Golongan sumber tenaga: karbohidrat, lemak (singkong, beras, jagung kentang dll)

- 3) Golongan pelindung: mikronutrien (besi, kalsium, seng, mangan dll)

Keadaan kesehatan gizi bergantung pada tingkat konsumsi makanan yang dihidangkan mengandung semua kebutuhan tubuh. Masa tumbuh kembang anak membutuhkan zat gizi lengkap seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan mineral. Kebutuhan diatas jika tidak terpenuhi akan menghambat proses tumbuh kembang pada tahap selanjutnya. Kebutuhan kalori dan protein harian yang dianjurkan bagi bayi hingga remaja akan memperjelas kebutuhan pemenuhan gizi seimbang bagi anak.

Tabel 2. 7. Kebutuhan Nutrisi

Usia	Kebutuhan Rata-Rata
Bayi	110 kkaori/kgBB/hari
1-3 tahun	100 kkalori/kgBB/hari
4-6 tahun	90 kkalori/kgBB/hari
7-9 tahun	80 kkalori/kg BB/hari
Anak laki-laki 10-12 tahun	60-70 kkalori/kgBB/hari
Anak perempuan 10-12 tahun	50-60 kkalori/kgBB/hari
Anak perempuan 13-18 tahun	40-50 kkalori/kgBB/hari
Anak laki-laki 13-18 tahun	50-60 kkalori/kgBB/hari

Sumber : (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

2. Eliminasi

Pengeluaran meconium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinjanya sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses

pertama ini berwarna hijau kehitaman lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lender, dan sel epitel. Sejak hari ke 3 sampai ke 5, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urine pertama kali dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering meningkatnya asupan cairan . urine encer berwarna kuning dan tidak berbau. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

3. Psikososial

Kontak kuli dan kulit membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. BBL waspada dan sadar terhadap lingkungan saat ia terbangun. Jatuh dari pasif, bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mempertahankan informasi tentang lingkungannya. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

4. Istirahat dan Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir samapai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam. Pada umumnya bayi bangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi idak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi. (Eka Murdiana, 2019)

5. Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau 2 kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuat ke udara. Yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah. (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

6. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun, adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal tetapi nilai hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lanjut. (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

2.4.8 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Ladewig dan Varney tanda bahaya pada neonatus (Marmi dan Rahardjo, 2019) adalah sebagai berikut:

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60z permenit
2. Kehilangan cairan dalam bentuk diare (sedikit feses yang dikelilingi genangan air pada popok)
3. Suhu bayi $>38,3^{\circ}\text{C}$ atau $<36,4^{\circ}\text{C}$
4. Setiap perubahan warna termasuk pucat dan sianosis

5. Peningkatan Jaundice (warna kekuningan) pada kulit
6. Kulit bayi kering (terutama dalam 24 jam pertama), biru, pucat, atau memar
7. Menolak untuk minum ASI selama 2z berurutan
8. Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan
9. Distensi abdomen, menangis saat mencoba mengeluarkan feses, ada atau tidak ada feses
10. Popok tidak basah selama 18-24 jam, atau kurang dari 6 popok yang basah perhari, setelah bayi berusia 4 hari
11. Rabas atau perdarahan dari tali pusat, sirkumsisi, atau segala area pembukaan (kecuali mukus vagina atau pseudomenstruasi)
12. Bayi yang tidak dapat tenang atau terus menangis dengan suara tinggi
13. Letargi, kesulitan untuk membangunkan bayi
14. Tali pusat mulai mengeluarkan bau tidak enak atau mengeluarkan pus
15. Bagian putih mata bayi menjadi kuning dan warna kulit tampak kuning, coklat, atau persik
16. Bayi menjadi lesu, tidak mau makan
17. Tidak BAB dalam 3 hari. Tidak BAK dalam 24 jam. Tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah
18. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

2.4.9 Kunjungan Bayi Baru Lahir

Berdasarkan PMK No 53 Tahun 2014, pelayanan kesehatan neonatal esensial minimal dilakukan dalam 3 kali kunjungan selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Pelayanan neonatal esensial paling sedikit tiga kali kunjungan, (Marmi dan Rahardjo, 2019) yang meliputi :

1. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir

- 1) Mempetahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya $36,5^{\circ}$. Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup.
- 2) Pemeriksaan fisik bayi
- 3) Konseling pemberian ASI
- 4) Perawatan tali pusat
- 5) Pencegahan infeksi dan konseling kepada ibu untuk mengawasi tanda-tanda bahaya pada bayi.

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

- 1) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- 2) Menjaga kebersihan bayi

- 3) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI
 - 4) Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan
 - 5) Menjaga keamanan bayi
 - 6) Menjaga suhu tubuh bayi
 - 7) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA
 - 8) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
3. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir
- 1) Pemeriksaan fisik
 - 2) Menjaga kebersihan bayi
 - 3) Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - 4) Konseling pada ibu untuk memberikan ASI pada bayi harus minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan
 - 5) Menjaga keamanan bayi
 - 6) Menjaga suhu tubuh bayi

- 7) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA
- 8) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG
- 9) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

2.4.10 Kebutuhan Kesehatan Bayi Baru Lahir

1. Pencegahan Infeksi Tali Pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat talipusat yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena air kencing, kotoran bayi atau tanah. Pemakaian popok bayi diletakkan di sebelah bawah talipusat. Apabila talipusat kotor, cuci luka talipusat dengan air bersih yang mengalir dan sabun, segera dikeringkan dengan kain kasa kering dan dibungkus dengan kasa tipis yang steril dan kering. Dilarang membubuhkan atau mengoles ramuan, abu dapur dan sebagainya pada luka talipusat, karena akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal. Tanda-tanda infeksi tali pusat yang harus diwaspadai, antara lain kulit sekitar talipusat berwarna kemerahan, ada pus/nanah dan berbau busuk.

Mengawasi dan segera melaporkan kedokter jika pada tali pusat ditemukan perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah atau berbau busuk. (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)



Gambar 2 26. Infeksi Tali Puser

Sumber : (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

2. Pencegahan Infeksi Pada kulit

Cara yang diketahui dapat mencegah terjadi infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadinya kolonisasi mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk dan terkandung dalam air susu ibu (Astuti Setiyani, S.ST., 2017).



Gambar 2 27. Infeksi pada Kulit

Sumber : (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

3. Imunisasi

Pada daerah risiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus diberikan pada bayi segera setelah lahir. Pemberian dosis pertama tetesan polio dianjurkan pada bayi segera setelah lahir atau pada umur 2 minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini adalah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi Hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah risiko tinggi, pemberian imunisasi Hepatitis B dianjurkan pada bayi segera setelah lahir.(Astuti Setiyani, S.ST., 2017)



Gambar 2 28. Pemberian Imunisasi pada Bayi

Sumber : (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

4. Pencegahan Infeksi pada Mata

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata bayi segera setelah lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan bersih yang telah dibersihkan dengan air hangat. Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep/obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (Tetrasiklin 1%, Eritromisin 0.5% atau Nitrasn, Argensi 1%), biarkan obat tetap pada mata bayi dan obat yang ada di sekitar mata jangan dibersihkan. Setelah selesai merawat mata bayi, cuci tangan kembali. Keterlambatan memberikan salep mata, misalnya bayi baru lahir diberi salep mata setelah lewat 1 jam setelah lahir, merupakan sebab tersering kegagalan upaya pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir. (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)



Gambar 2 29. Infeksi Pada Mata

Sumber : (Astuti Setiyani, S.ST., 2017)

5. Pemberian ASI

Komponen ASI diproduksi secara alami oleh ibu dan sebagai nutrisi dasar terlengkap untuk bayi selama beberapa bulan pertama kehidupan bayi. Sebaiknya ASI diberikan secara langsung atau secara eksklusif

kepada bayi umur 0-6 bulan tanpa tambahan susu formula maupun makanan tambahan lainnya. (Astuti Setiyani, S.ST., 2017).

2.4.11 Perawatan Bayi Sehari-hari

Menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

1. Mata bayi harus selau diperiksa untuk melihat tanda-tanda infeksi. Mata dan muka sebaiknya dibersihkan dengan air steril, muka sebaiknya dibersihkan setiap sesudah minum susu.
2. Mulut diperiksa untuk melihat kemungkinan infeksi candida (oral Trus) bila ditemukan, hendaknya segera obati dengan larutan gentin violet 1% yang baru dibuat dengan larutan Nystatin yang langsung diteteskan pada mulut bayi.
3. Kulit terutama pada lipatan (paha, leher, belakang telinga, ketiak) harus selalu bersih dan kering.
4. Tali pusat pada umumnya tali pusat akan puput padawaktu bayi berumur 6-7 hari. Bila tali pusat belum puput saat mandi maka harus dibersihkan dan dikeringkan dengan betadin atau alcohol 7%
5. Kain popok harus segera diganti setiap kali basah karena air kencing/tinja. Pantat bayi dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Bila pantat terinfeksi sebaiknya gunakan air pembersih pantat ditambah dengan zat aseptik

6. Sebelum tali pusat lepas, sebaiknya bayi diseka dengan air bersih tapi karena kepercayaan adat bayi, harus dimandikan sejak lahir, maka sebaiknya bada waktu 8 jam.

2.4.12 Pelayanan kebidanan Saat Pandemi

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasyankes
2. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
6. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI
7. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online
8. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line

9. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19 (Nurjasmi, 2020)

2.5 KB/ Pelayanan Kontrasepsi

2.5.1 Pengertian KB

1. Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan. (Sulistyawati, 2019).
2. KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. (Wardoyo, 2020).

2.5.2 Macam-macam Metode KB

1. Pelayanan Kontrasepsi Dengan Metode Sederhana

1) Tanpa Alat

1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. (Sarwono, 2010)

1) Cara kerja

Cara kerja MAL adalah menunda menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormone yang berperan adalah prolactin dan oksitosin. Semakin sering menyusui maka kadar prolactin akan menjadi meningkat. Hormone penghambat akan mengurangi kadar esterogen sehingga tidak akan terjadi ovulasi.

(Sulistyawati, 2019)

2) Efektifitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98% apabila digunakan dengan benar. Digunakan selama 6 bulan pertama setelah persalinan belum haid saat masa persalinan dan menyusui secara eksklusif. (Sarwono, 2010)

3) Keuntungan MAL

Keuntungan Kontrasepsi :

1. Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilannya 98% pada enam bulan pascapersalinan), Sangat efektif
2. Tidak mengganggu senggama
3. Tidak ada efek samping secara sistematis

4. Tidak perlu pengawasan medis
5. Tidak perlu alat atau obat,
6. Tanpa biaya (Sarwono, 2010)

Kuntungan non kontrasepsi :

1. Untuk ibu

- 1) Mengurangi pendarahan pascapersalinan
- 2) Mengurangi resiko anemia
- 3) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

2. Untu bayi

- 1) Mendapatkan kekebalan pasif (mendapatkan perlindungan antibody melalui ASI)
- 2) Sumber asupan gizi yng baik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
- 3) Terhindar dari keterpaparan terhadapkontaminasi air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai (Sarwono, 2010)

4) Kerugian MAL

1. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.

2. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.

3. Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

4. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS. (Sarwono, 2010)

5) Ibu yang dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapatkan haid setelah lahir (Sarwono, 2010).

6) Hal-hal yang perlu diketahui oleh ibu yang menggunakan MAL

1. Seberapa sering harus menyusui

2. Waktu antara 2 pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam

3. Biarkan bayi menghisap dengan sendiri dan melepaskannya hisapannya

4. Susu bayi ibu juga pada malam hari karena menyusui pada malam hari membantu mempertahankan kecukupan persediaan ASI

5. Bayi terus disusukan walau ibu/bayi sedang sakit

6. ASI dapat disimpan dalam lemari pendingin

7. Apabila ibu menggantikan ASI dengan suus formula atau makanan lain bayi akan menghisap kurang sering dan akibatnya menyusui tidak efektif sebagai metode kongrasepsi ini. (Sarwono, 2010)

7) Ibu yang seharusnya Tidak Pakai MAL

1. Sudah mendapat haid setelah bersalin

2. Tidak menyusui secara eksklusif

3. Bayinya sudah berumur lebih 6 bulan

4. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam (Sarwono, 2010)

2. Senggama Terputus (Coitus Intruptus)

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah (Saifuddin, 2010)

1) Cara kerja

Alat kewanitaan (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (sarwono,2010)

2) Efektifitas

Metode ini akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan pertahun (saifuddin, 2010)

3) Keterbatasan

1) Efektivitas sangat bergantung pada ketersediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan pertahun)

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

3) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (sarwono, 2010)

4) Manfaat

1) Kontrasepsi

1. Efektif bila dilaksanakan dengan benar
 2. Tidak mengganggu produksi ASI
 3. Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
 4. Tidak ada efek samping
 5. Dapat digunakan setiap waktu
 6. Tidak membutuhkan biaya
- (srwono,2010)

2) Non kontrasepsi

1. Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
2. Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan

pengertian yang sangat dalam

(sarwono,2010)

5) Dapat dipakai untuk

1. Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana

2. Pasangan yang taat beragama atau mempunyai filosofi untuk tidak menggunakan metode-metode lainnya

3. Pasangan yang memerlukan kontrasepsi segera

4. Pasangan yang memerlukan metode sementara

5. Pasangan yang memerlukan metode pendukung

6. Pasangan yang memerlukan hubungan seksual yang tidak teratur (sarwono, 2010)

6) Tidak dapat dipakai untuk

1. Suami yang ejakulasi dini

2. Suami yang sulit melakukan senggama terputus

3. Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis



4. Istri yang mempunyai pasangan yang sulit berkerja sama
5. Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
6. Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus (sarwono, 2010)

7) Intruksi bagi Klien

1. Meningkatkan kerja sama dan membangun saling pengertian sebelum melakukan hubungan seksual dan pasangan harus mendiskusikannya terlebih dahulu
2. Pria terlebih dahulu mengosongkan kandung kemihnya dan membersihkan ujung penisnya
3. Apabila pria merasa ingin ejakulasi langsung mengeluarkan penisnya dari vagina
4. Pastika pria tidak terlambat melaksanakannya
5. Senggama tidak dianjurkan pada masa subur (sarwono, 2010)

3. Metode Kalender

Pantang berkala adalah tidak melakukan senggama pada masa subur seorang wanita yaitu waktu terjadinya ovulasi. Agar kontrasepsi dengan cara ini berhasil, seorang wanita harus benar benar mengetahui masa ovulasinya (waktudimana sel telur siap untuk dibuahi). Kerugian dengan cara ini adalah masa puasa bersenggama sangat lama sehingga menimbulkan rasa kecewa dan kadang-kadang berakibat pasangan tersebut tidak mentaati.

1. Manfaat

- 1) Sebagai alat pengendalian kelahiran atau pencegah kehamilan
- 2) Dapat digunakan oleh para pasangan untuk melakukan hubungan seksual saat masa subur untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil

2. Keuntungan

- 1) Lebih sederhana
- 2) Dapat digunakan oleh setiap wanita
- 3) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya

4) Tidak mengganggu ppada saat
berhugungan seksual

3. Efektifitas

Lebih efektif bila dilakukan dengan baik dan benar angka kegagalan penggunaan metode ini adalah 14 per 100 wanita pertahun

4. Perhitungan Masa Subur

Pemantauan siklus ini dilakukan minimal 6 kalisiklus berturut-turut

1) Bila haid teratur (28 hari)

Hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagian hari ke 1 ddan masa subur adalah hari ke 12 hingga ke 16

2) Bila tidak teratur

Jumlah hari terpendek dikurangi 18. Hitung ini menentukan hari pertama masa subur. Hari terpanjang dikurangi 11 untuk menentukan masa subur terakhir

4. Metode Suhu Basal

Metode ini dilaksanakan berdasarkan pengetahuan bahwa progesteron mempunyai efek termogenik (efek menaikkan suhu tubuh). Wanita yang ingin

menggunakan metode ini harus mencatat suhu basalnya setiap pagi dan pada saat ovulasi, progesteron yang dihasilkan oleh korpus luteum akan menyebabkan kenaikan suhu tubuh sebesar kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$. Kenaikan ini akan bertahan sampai korpus luteum mengalami degenerasi, yaitu beberapa hari sebelum dimulainya masa haid. Dengan metode ini, wanita tersebut tidak dapat meramalkan kapan ovulasi akan terjadi dan baru mengetahuinya setelah ovulasi terjadi. Karena itu penerapan metode ini secara ketat akan meliputi abstinensia (puasa senggama) sejak mulai menstruasi sampai tiga hari penuh setelah suhu tubuh naik. Keraguan dapat timbul akibat variasi temperatur oleh sebab-sebab lain, seperti infeksi. (Farrer, 2010)

1) Manfaat

1. Manfaat konsepsi metode suhu basal berguna bagi pasangan yang menginginkan kehamilan
2. Dapat berguna bagi pasangan yang ingin menghindari atau mencegah kehamilan

2) Efektifitas

Metode ini efektif bila dilakukan dengan benar dan konsisten. Tingkat keefektifan metode ini

sekitar 80% kehamilan per 100 wanita per tahun
. keagalannya hanya 15 kehamilan per 100
wanita per tahun.

3) Keuntungan

1. Meningkatkan pengetahuan kesadaran
pada pasangan suami istri tentang masa
subur

2. Membantu wanita mengalami siklus
haid tidak teratur mendeteksi masa
subur

3. Membantu menunjukkan perubahan
tubuh lain saat mengalami masa subur
/ovulasi

4) Keterbatasan

1. Memerlukan konseling dari tenaga
medis

2. Suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh
penyakit gangguan tidur, merokok
alcohol, stress dan ooenggunaan
narkoba.

3. Pengukuran harus dilakukan pada waktu
yang sama

4. Tidak mendeteksi awal masa subur

5. Metode Lendir Serviks

Metode ini merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengetahui masa subur dari sirkulasi menstruasi lender serviks dan perubahan pada vulva menjelang hari-hari ovulsi.

1. Manfaat

Untuk mencegah kehamilan dengan berpantang senggama pada masa subur

2. Efektifitas

Keberhasilan metode ini bergantung pada intruksi yang tepat angka kegagalan dari metode mukosa serviks sekitar 3-4 perempuan per 100 per tahun

3. Kelebihan

- 1) Mudah digunakan
- 2) Tidak memerlukan biaya
- 3) Metode ini merupakan metode keluarga berencana alamiah

4. Keterbatasan

- 1) Tidak efektif bila digunakan sendiri
- 2) Wanita memiliki infeksi saluran reproduksi
- 3) Wanita yang menghasilkan sedikit lendir

2) Menggunakan Alat

1. Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi keluarga berencana yang terbuat dari karet dan pemakaiannya dilakukan dengan cara disarungkan pada kelamin laki-laki ketika akan bersenggama.

1) Jenis kondom

1. Kondom biasa
2. Kondom berkontur
3. Kondom keraroma
4. Kondom tidak beraroma

2) Cara kerja

1. Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung kaet yang dipasang paa penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi pda reproduksi wanita

2. Mencegah penyakt menular seksual

3) Efektifitas

Tingkat efektifitas kondom wanita akan tinggi, apabila cara menggunakannya benar. Angka

kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

4) Manfaat

1. Kontrasepsi

- 1) Efektif jika digunakan dengan benar
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistematis
- 5) Murah dapat dibeli secara umum
- 6) Tidak perlu resep dokter

2. Non kontrasepsi

- 1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut berKB
- 2) Dapat mencegah penyakit IMS
- 3) Mencegah ejakulasi dini
- 4) Membantu mencegah kanker serviks
- 5) Saling berinteraksi dengan pasangannya

5) Keterbatasan

1. Efektivitas tidak tinggi
2. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
3. Agak mengganggu hubungan seksual
4. Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
5. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan
6. Beberapa klien malu untuk membeli kondom pada tempat umum
7. Pembuangan kondom bekas memungkinkan dapat menyebabkan masalah dalam limbah

6) Cara penggunaan

1. Kondom dipasang saat penis ereksi, dan sebelum melakukan hubungan badan.
2. Buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi, dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan.
3. Tekan ujung kondom dengan jari dan jempol untuk menghindari udara masuk

ke dalam kondom. Pastikan gulungan kondom berada di sisi luar.

4. Buka gulungan kondom secara perlahan ke arah pangkal penis, sambil menekan ujung kondom. Pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitus, jika kondom menggulung, tarik kembali gulungan ke pangkal penis.

5. Setelah ejakulasi, lepas kondom saat penis masih ereksi. Hindari kontak penis dan kondom

6. Buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat yang aman.

7) Keuntungan

1. Murah
2. Mudah didapat
3. Tidak memerlukan pengawasan
4. Mengurangi kemungkinan penularan penyakit kelamin

2. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung terbuat dari karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.

1) Jenis

1. Flat spring (flat metal band)
2. Coil spring (coild wire)
3. Arching spring (kombinasi mental spring)

2) Cara kerja

Cara kerjanya yaitu menekan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas.

3) Manfaat

1) Kontrasepsi

1. Tidak mempunyai pengaruh sistematik
2. Tidak mengganggu keehatan klien
3. Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
4. Tidak mengganggu produksi ASI
5. Efektif bila digunakan dengan benar

2) Non kontasepsi

1. Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS khususnya apabila digunakan dengan spermisida

2. Bila menggunakan pada saat haid bisa menampung darah menstruasi

3) Keterbatasan

1. Efektifitas sedang

2. Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan

3. Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggungkannya setiap berhubungan seksual

4. Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih untuk memastikan ketepatan dalam pemasangan

5. Pada beberapa penggunaan menjadi penyebab infeksi saluran ureter

6. Pada 6 jam pascaberhubungan sejsual, alat harus masih berada pada posisinya



4) Cara penggunaan

1. Gunakan diafragma setiap kali melakukan hubungan seksual
2. Pertama kosongkan kandung kemih dan cuci tangan
3. Pastikan diafragma tidak berlubang (tes dengan mengisi diafragma dengan air atau melihat tembus cahaya atau tidak.
4. Oleskan sedikit spermisida krim atau jel pada kap diafragma (untuk mempermudah dalam pemasangan, remas bersama dengan pinggirannya)
5. Posisi pemasangan diafragma :
 - 1) Satu kaki diangkat ke atas kursi atau dudukan toilet
 - 2) Sambil berbaring
 - 3) Sambil jongkok
6. Lebarkan kedua bibir vagina
7. Masukkan diafragma kedalam vagina jatuh kebelakang dorong bagian depan pinggiran ke atas dibalik tulang pubis

8. Masukkan jari kedalam vagina sampai menyentuh serviks, serungkan karetanya dan pastikan serviks telah terlindungi

9. Diafragma dipasang divagina sampai 6 jam sebelum hubungan seksual. Jika hubungan seksual berlangsung diatas 6 jam setelah pemasangan, tambahkan spermisida ke dalam vagina. Diafragma berada di dalam vagina paling tidak 6 jam setelah terlaksanakannya hubungan seksual. Jangan tingalkan diafragma di dalam vagina lebih dari 24 jam sebelum diangkat (tidak dianjurkan mencuci vagina setiap waktu pencucian vagina bisa dilakukan setelah ditunda 6 jam sesudah berhubungan seksual)

10. Mengangkat dan mencabut diafragma dengan menggunakan jari telunjuk dan tengah

11. Cuci dengan sabun dan air keringkan sebelum disimpan kembali ditempatnya

5) Keuntungan

1. Tidak mengganggu reproduksi ASI

2. Tidak mengganggu kesehatan pengguna
3. Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya

6) Kerugian

1. Pemasangannya membutuhkan keterampilan
2. Untuk pemakaian, perlu instruksi dan cara pemasangan oleh tenaga klinik yang terlatih
3. Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra (Saifuddin, 2010)

3. Spermisida

1) Cara kerja

Menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuan sel telur.

2) Jenis

1. Busa (Aerosol) efektif setelah insersi
2. Busa spermisida dianjurkan apabila digunakan hanya sebagai metode kontrasepsi

3. Tablet vagina, suppositoria dan film penggunaannya disarankan munggu 15 menit sesudah memasukkan sebelum berhubungan

3) Manfaat

1. Kontrasepsi

1. Efektif seketika (busa dank krim)
2. Tidak mengganggu produksi ASI
3. Bisa digunakan sebagai pendukung metode lainnya
4. Tidak mengganggu kesehatan
5. Tidak mempunyai pengaruh sstematik
6. Mudah digunakan
7. Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual
8. Tidak perlu resep dokter

2. Nonkontrasepsi

Merupakan ssalah satu alat pelindung terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS

4) Keterbatasan

1. Efektifitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
2. Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan

3. Ketergantungan penggunaan dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual

4. Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film)

5. Efektifitas aplikasi hanya 1-2 jam

5) Cara penggunaan

1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum mengisi aplikator

2. Penting untuk menggunakan sprmisida setiap melakukan aktivitas hubungan seksual

3. Jarak tunggu sesudah memasukkan tableb vagina atau suppositoria adalah 10-15 menit

4. Tidak ada jarak tunggu setelah memasukkan busa
5. Penting untuk mengikuti anjuran dari setiap produk yang tentang cara penggunaan dan penyimpanan pada setiap produk
6. Spermisida ditempatkan jauh dalam vagina sehingga serviks terlindungi

2. Pelayanan Kontrasepsi Dengan Metode Moderen

Kontrasepsi Hormonal

1. Oral kontrasepsi

a. Pil kombinasi

1) Pengertian

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormone esterogen dan pogestern (sarwono, 2010)

2) Jenis-jenis

1. Mofasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen /progesteron dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormone aktif

2. Bifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen/progesteron dengan 2 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif

3. Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen/progesteron dengan 3 dosis yang berbeda 7 tablet hormone aktif.

3) Cara kerja

1. Menekan ovulasi
2. Mencegah implantasi
3. Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
4. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya agar terganggu pula

4) Manfaat

1. Memiliki efektifitas yang tinggi

2. Siklus haid menjadi teratur banyaknya darah haid berkurang tidak terjadi nyeri
3. Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin mencegah kehamilan

4. Dapat digunakan sejak remaja sampai menopause

5. Mudah dihentikan setiap saat

5) Keterbatasan

1. Mahal dan membosankan karena harus digunakan setiap hari

2. Mual terutama pada 3 bulan pertama

3. Keluar darah/bercak pada 3 bulan pertama

4. Pusing nyeri pada payudara

5. Tidak boleh pada ibu menyusui

6. Meningkatkan tekanan darah

7. Tidak mencegah IMS (Sarwono,2010)

6) Yang dapat menggunakan pil kombinasi

1. Usia reproduksi

2. Telah memiliki anak ataupun belum

3. Anemia

4. Nyeri haid hebat

5. Siklus haid tidak teratur
6. Setelah melahirkan dan tidak menyusui
7. Kelainan payudara jinak
8. Riwayat kehamilan ektopik
9. Varises vena
10. Penyakit tiroid, radang panggul, endometritis dan tumor ovarium jinak
11. Kencing manis tanpa komplikasi (saifuddin, 2010)

7) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi

1. Hamil
2. Menyusui eksklusif
3. Pendarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
4. Riwayat penyakit jantung, stroke dan tekanan darah tinggi
5. Riwayat gangguan factor pembekuan darah atau kencing manis

6. Tidak menggunakan pil secara teratur setiap hari

7. Kanker payudara (saifuddin, 2010)

8) Waktu menggunakan pil kombinasi

1. Setiap saat selagi haid untuk meyakinkan bahwa seseorang perempuan tersebut tidak hamil
2. Hati ke 17 siklus menstruasi
3. Bisa menggunakan pada hari ke 8 tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain mulai hari ke 14
4. Setelah melahirkan, 6 bulan pemberian ASI eksklusif setelah 3 bulan dan tidak menyusui pasca keguguran
5. Bila berhenti menggunakan suntik, dan ingin menggunakan pil kombinasi bisa langsung dapat diberikan tanpa perlu menunggu haid (sarwono, 2010)

b. Mini pil

1) Jenis Pil Progestin

1. Kemasan dengan isi 35 pil : 300 mg levonorgestrel atau 350 mg neoretrindon
2. Kemasan dengan isi 28 pil 75 mg desogestel (Affandi, 2014)

2) Cara Kerja Pil Progestin

1. Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seksa di ovarium (tidak begitu kuat)

2. Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

3. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

4. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Dewi, 2013)

3) Efektifitas


Pil ini sangat efektif (98,5%) pada penggunaan minipil jangan sampai lupa satu/dua tablet karena kan berakibat kehamilan sangat besar (Affandi,2014)

4) Keterbatasan

1. Hampir 30-60% mengalami gangguan menstruasi

2. Peningkatan berat badan

3. Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama

- 
4. Perubahan pada mucus serviks agar dapat memberikan efek membutuhkan waktu 2-4 jam impermeabilitas menurun pada 22 jam setelah pemberian dan setelah 24 jam penetrasi sperma benar-benar tidak dipengaruhi sehingga jika lupa satu akan mengalami kegagalan yang besar
 5. Payudara tegang mual pusing dermatitis dan jerawat
 6. Aktivitas levonorgestrel menurunkan kadar globulin peningkatan hormone seks di dalam sirkulasi
 7. Resiko kehamilan ektopik tinggi (4 dari 100 kehamilan)
 8. Tidak melindungi dari PMS
 9. Wanita yang berisiko PMS sebaiknya menggunakan metode perintang sebagai proteksi (sarwono, 2010)

5) Keuntungan

1. Keuntungan Kontrasepsi

1. Sangat efektif bila digunakan secara benar

2. Tidak mengganggu hubungan seksual

3. Tidak mempengaruhi ASI

4. Kesuburan cepat kembali

5. Nyaman mudah digunakan

6. Sedikit efek samping

7. Dapat dihentikan setiap saat

8. Tidak mengandung esterogen

2. Keuntungan Nonkontrasepsi

1. Mengurai nyeri dan darah haid

2. Menurunkan tingkat anemia

3. Mencegah kanker endometrium

4. Melindungi penyakit radang panggul

5. Tidak meningkatkan pembekuan darah

6. Apat digunakan oleh penderita endometritis

7. Tidak menyebabkan penigkatan tekanan darah nyeri kepala dan depresi (Affandi, 2014)

6) Yang Boleh Menggunakan pil progestin

1. Wanita usia reproduksi

2. Wanita yang telah memiliki anak ataupun tidak
3. Pascapersalinan dan tidak menyusui
4. Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui

5. Ibu pasca keguguran
6. Tekanan darah kurnag dari 180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah

7. Tidak boleh mengkonsumsi eterogen atau lebih senang menggunakan progestin

8. Perokok segala usia (Affandi,2014)

7) Yang Tidak Boleh Menggunakan Pil Progestin

1. Hamil
2. Pendarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

4. Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah yang tinggi

5. Menggunakan obat tuberculosis

6. Kanker payudara dan dicurigain kanker payudara

7. Mioma uterus

8. Tidak menggunakan pi secara teratur

(Sarwono,2010)

2. Kontrasepsi suntik

a. Suntik kombinasi

1. Definisi

Suntik kombinasi mengandung 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg esterogen sipionat yang diberikan secara IM 1 bulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretrindon enatat dan 5 mg estodiol valerat yang diberikan secara IM 1 bulan sekali (Sarwono, 2010)

2. Cara kerja

Menekan ovulasi

Membuat lender serviks menjadi kental sehingga presentasi sperma terganggu

Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu

Menghambat transpotasi gamet oleh tuba

(Sarwono, 2010)

3. Efektifitas

Metode suntik kombinasi ini sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan. (Srwono, 2010)

4. Keuntungan

1) Keuntungan kontrasepsi

1. Resiko terhadap kesehatan kecil
2. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
3. Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
4. Jangka panjang
5. Efek samping sangat kecil
6. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

2) Keuntungan non kontrasepsi

1. Mengurangi jumlah pendarahan
2. Mengurangi nyeri saat haid
3. Mencegah anemia
4. Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan endometrium
5. Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista

6. Mencegah kehamilan ektopik
7. Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul
8. Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia primimenopause (Sarwono, 2010)

5. Keterbatasan

- 1) Terjadinya perubahan pada siklus haid
- 2) Mual skit kepala nyeri payudara ringan \
- 3) Ketergantungan
- 4) Efektifitasnya berkurang bila menggunakan berasaan dengan obat-obat lain
- 5) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti, serangan jantung, stroke, pembekun pembuluh darah
- 6) Penmbahan berat badan
- 7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penyakit menular seksual
- 8) Kemungkinan keterlambatan dalam masa kesuburan (Sarwono, 2010)

6. Yang boleh menggunakan suntik kombinasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak atau belum memiliki anak
- 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan eektivitas yang tinggi

4) Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan

5) Pascapersalinan dan tidak menyusui

6) Sering lupa menggunakan pil kombinasi

7. Yang tidak boleh menggunakan suntik kombinasi

1) Hamil

2) Menyusui dibawah 6 minggu

3) Pendarahan pervaginam yang belumjelas penyebabnya

4) Penyakit hati akut

5) Usia >35 tahun yang merokok

6) Riwayat penyakit jantung stroke, tekanan darah tinggi

7) Riwayat kelainan troboeli atau kencing manis

8) >20 tahun



9) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migren

10) Keganasan pada payudara (Sarwono, 2010)

b. Suntik progestin

Kontrasepsi ini mengandung hormon depo medroxyprgesterone acetate (hormone progestin) dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu. Suntikan pertama diberikan pada 7 hari saat periode menstruasi atau 6 minggu setelah persalinan. (Affandi, 2010)

1. Jenis

Depo medrosiprogesteron asetat (depopravera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara IM

Depo noresisteron enantat (deponoristerat) yang mengandung 200 mg norettron enantat yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara IM. (Dewi, 2013)

2. Efektivitas

Efektifitas tertinggi 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun dengan penyuntikan

yang benar dan sesuai jadwal yang telah ditentukan. (Dewi, 2013)

3. Cara kerja

1) Mncegah ovulasi

2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

3) Menjadikan selaput lendir rahim menipis dan atrofi

4) Menghamat transpotasi gamet oleh tuba

4. Keterbatasan

1) Menyebabkan perubahan siklus haid memanjang/memendek, pendarahan banyak/ sedikit, atau tidak haid sama sekali.

2) Klien sangat bergantung kepada peayanan kesehatan

3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu

4) Penambahan berat badan

5) Tidak melindungi diri dari penyakit IMS

5. Keuntungan

1) Berjangka panjang sehingga ibu hanya perlu datang setiap 3 bulan

- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 3) Tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit janung dan gngguan pembekuan darah
- 4) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- 5) Mencegah penyakit radang panggul

(Affandi, 2014)

6. Yang dapat menggunakan suntik progrstin

- 1) Ibu usia reroduksi
- 2) Nulipara dan telah memiliki anak
- 3) Ibu pasca keguguran dan melahirkan
- 4) Ibu yang tidak memiliki darah tinggi
- 5) Ibu yang tidak menggunakan kontrasepsi esterogen
- 6) Ibu yang sering lupa menggunakan pil kb
- 7) Ibu yang seda ng menyusui
- 8) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan berbiturate) atau obat

tuberculosis (rifampisin) (kurnia, 2013)

7. Yang tidak dapat menggunakan sutik triulan

- 1) Ibu hamil atau dicurigain hamil

2) Ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara

3) Ibu yang tidak dapat menerima gangguan haid terutama amenorea

4) Diabetes melitus yang disertai komplikasi

5) Pendarahan pervaginam yang belum jeas penyebabnya (Affandi, 2014)

3. Kontrasepsi jangka panjang

a. IUD

1. Pengertian

IUD singkatan dari Intra Uterine Device yang merupakan alat kontrasepsi paling banyak digunakan karena dianggap sangat efektif dalam mencegah kehamilan dan memiliki manfaat yang relatif banyak dibandingkan alat kontrasepsi lainnya. (Mulyani, 2013)

2. Jenis

1) AKDR CuT-380A kecil kerangka dari plastik yang fleksibel berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) tersedia di indonesia dan terdapat diamna-mana.

2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schring) (Dewi, 2013).

3. Efektivitas

Sangat efektif yaitu 0,5- 1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan (Affandi, 2014)

4. Cara kerja

1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi

2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

3) AKDR berkerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Kurnia, 2013)

5. Keuntungan

1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan

- 2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
 - 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat
 - 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual karena tidak perlu takut hamil
 - 5) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
 - 6) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - 7) Dapat langsung dipasang setelah melahirkan
 - 8) Dapat digunakan sampai menopause
 - 9) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
 - 10) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- (Affandi, 2014)

6. Keterbatasan

- 1) Tidak melindungi dari IMS/PMS
 - 2) AKDR yang mengandung hormonal lebih mahal dari Cu AKDR harus diganti setelah 18 bulan sering menimbulkan pendarahan siklus pendarahan bercak
- (Affandi 2014)

7. Yang bisa memakai IUD

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Setelah kehamilan ektopik
- 5) Perokok
- 6) Setelah mengalami keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Penderita diabetes, tiroid, tekanan darah tinggi pusing sakit kepala.
- 8) Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal (Sarwono, 2010)

8. Yang tidak bisa memakai IUD

1. Sedang hamil atau diduga hamil
2. Pendarahan pervaginam
3. Sedang menderita infeksi alat genitalia
4. Kanker alat genitalia
5. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri

6. Ukuran rahim kurang dari 5 cm
(Affandi, 2014)

b. Implan

1. Definisi

Implan adalah alat kontrasepsi bawah kulit.

2. Jenis

1. Norplant

Terdiri dari 6 batang stilastik lembut berongga yang bermuatan 216 mg levonorgestrel dengan panjang 2,4 dengan diameter 2,4 mm dan lama kerjanya 5 tahun.

2. Implanon dan sinoplant

Terdiri dari 1 lobang putih lentur dengan panjang kira- kira 40 mm dan diamere 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3 keto desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun

3. Jadelle dan indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 227 mg levonorgesterl dalam 43 mm dan diameter ,5 mm dengan kerjanya 3 tahu

(Affandi, 2014)

3. Cara kerja

- 1) Mengentalkan lendir serviks
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

3) Mengurangi transportasi sperma

4) Menekan ovulasi

4. Keutungan

1) Metode jangka panjang 5 tahun

2) Kontrol medis ringan

3) Dapat melayani di daerah perdesaaan

4) Penyulit medis tidak terlalu tinggi

5) Biaya murah

5. Keterbatasan

1) Menimbulkan gangguan menstruasi

2) Bertamba berat badan

3) Menimbulkan jerawat dan ketegangan payudara

4) Liang senggama terasa kering

6. Efektivitas

99% sasngat efektif (kegagalan 0,2 – 1 kehamilan per 100 perempuan) (sarwono, 2010)

7. Yang boleh menggunakan implan

1) Usia reproduksi

2) Wanita yang menginginkan alat kontrasepsi yang panjang dan efektivitas tinggi

3) Pasca persalinan dan sedang menyusui abyinya yang berusia 6 minggu lebih

4) Wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB dengsn kandungan eterogen

5) Telah atau belummiliki anak

6) Perokok

8. Yang tidak boleh menggunakan implan

1) Hamil atau diduga hamil

2) Pendarahan

3) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

4) Riwayat mioma uterus kanker payudara kehamilan ektopik

5) Ibu yang memilii riwayat hipertens jantung diabetes

6) Ibu engan penyakit trmbo emboli dan kelainan jiwa

7) Memakai obat-obatan untuk epilepsi

4. Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi

1. Definisi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilisasi (kesuburan) seorang wanita

2. Jenis

Minilaparotomi

Laparoskopi

3. Cara kerja

Cara kerja dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat/memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak bisa bertemu dengan ovum.

4. Efektivitas

Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)

5. Keuntungan

- 1) Tidak mempengaruhi proses ASI
- 2) Tidak bergantung pada faktor senggama
- 3) Tidak ada efek samping jangka panjang
- 4) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- 5) Berkurangnya resiko kanker

6. Keterbatasan

- 1) Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi
- 2) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- 3) Harus dilakukan oleh dokter terlatih
- 4) Tidak melindungi IMS/PMS

7. Yang boleh menggunakan tubektomi

- 1) Usia > 26 tahun
- 2) Paritas > 2
- 3) Yakin telah mempunyai besar keluarga sesuai kehendaknya
- 4) Pasca bersalin dan keguguran
- 5) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

8. Yang tidak boleh menggunakan tubektomi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Infeksi sistematik atau pelvic yang akut
- 3) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- 4) Kurang pasti keinginannya pada masa depan
- 5) Belum memberikan persetujuan tertulis

b. Vasektomi

1. Definisi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak memiliki anak lagi. Kontrasepsi ini memerlukan tindakan bedah sehingga diperlukan tindakan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan klien sudah menggunakan metode ini.

2. Efektifitas

1. Angka kegagalan 0,22% umumnya >1 %
2. Kegagalan ini disebabkan
3. Senggama yang tidak terlindungi sebelum semen/ ejakulat bebas sama sekali dari spermatozoa
4. Rekalisasi spontan dari vas deferens umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa
5. Pemotongan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi

6. Jarang : duplikasi congenital dari van deferens

7. Kelebihan

8. Tinggi tingkat risiko efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

9. Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang

3. Keterbatasan

1) Permanen dan timbul masalah jika klien menikah lagi

2) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan dikemudian hari

3) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi

4) Risiko dan efek samping pembedahan kecil

5) Adanya nyeri atau rasa tidak nyaman pasca bedah

6) Perlu tenaga pelaksana terlatih

7) Tidak melindungi dari penyakit IMS/PMS

4. Indikasi

1) Dari semua usia reproduksi

2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilisasi inin metode yang sangat efektif

3) Yang istrinya mempunyai usia paritas tau kesehatan dimana kehamilan menimbulkan resiko kesehatan

4) Yang memahami akses sukarela dan memerikan persetujuan tindakan medik

5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatka jumlah keluarga yang diinginkan

5. Kontra indikasi

1) Infeksi pada kulit

2) Infeksi sistematik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien

3) Hidrokel tau varikokel yyang benar

4) Hernia inguinalis

5) Anemia berat gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulan.

2.3.3 Pelayanan Kebidanan saat pandemik

1. Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang - membuat janji melalui telp/WA
 2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi ttg status ibu (ODP/PDP/Covid +)
 3. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKJP – tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan) -New Normal
 4. Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara Ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus –bidan dpt kerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil
 5. Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan covid-19
 6. Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online - dimotivasi dan didorong utk beralih menggunakan MKJP – pilihan yg tepat diera New Normal - tidak perlu kontrol rutin
- (Nurjasmi, 2020)

2.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.6.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

A. Data Subjektif

1. Identitas

1) Nama

Untuk mengenal nama ibu dan mencegah kekeliruan bila terdapat nama yang sama (Manuaba, 2010)

2) Usia

Ibu hamil usia 20-35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (Manuaba, 2010)

3) Agama

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

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan endah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang ade kuat (Manuaba, 2010)

5) Pekerjaan

Menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya dan tata pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Manuaba, 2010)

6) Suku

Berhubungan dengan budaya yang dianut oleh pasien dan keluarganya (Manuaba, 2010)

7) Alamat

Data mengenai distribusi lokasi pasien dan memberikan gambaran jarak dan waktu yang ditempuh untuk menuju lokasi kesehatan (Manuaba, 2010)

2. Keluhan utama

1) Hemoroid

Disebabkan konstipasi, progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus meningkatkan tekanan yang spesifik pada vena hemoroid (Varney, 2010)

2) Sering BAK

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dan ekstermitas difasilitasi saat ibu sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Benson, 2013)

3) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau syaraf sementara saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstermitas bagian bawah (Manuaba, 2010)

4) Konstipasi

Akibat penurunan peristaltik yang disebabkan karena relaksi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan progesteron (Manuaba, 2010)

5) Sesak nafas

Uterus akan mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan pada diafragma selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm (Morgan, 2010)

3. Alasan datang

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

4. Riwayat menstruasi

Dikaji antara lain adalah umur menarche, siklus lamanaya, banyaknya darah dan adanya dismenorea. Selain itu, kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah

cukup bulan atau prematur. Mengkaji pula kapan bayi akan lahir dan taksiran persalinan ibu (Rohani, 2011)

5. Riwayat Obstetri

1) Gravida/para

2) Tipe golongan darah

3) Kehamilan yang lalu

a. Tanggal persalinan

b. Usia gestansi

c. Tempat lahir

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

5) Masalah obstetri, medis dan sosial lain dalam kehamilan dalam persalinan, dalam nifas, berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan kongnital bayi, dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir, status kehidupan bayi, jika meninggal penyebabnya. Ini akan mempengaruhi prognosis persalinan dan pempimnan persalinan karena jalannya persalinan adalah hasil ujian yang mempengaruhi persalinan (Hani, dkk, 2011)

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Untuk meentukan umur kehamilan dengan tepat. Dan setelahnya bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan

kehamilan yang bisa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi (Rukiyah, 2014)

7. Riwayat KB

Dapat diperoleh data yaitu jenis kontrasepsi yang dipakai, efek samping, alasan berhenti, penggunaan alat kontrasepsi dan lama penggunaannya (Rohani, 2011)

8. Riwayat Kesehatan Keluarga

Berhubungan dengan ayah, ibu, saudara kandung kakek, nenek, paman, yang dikaji meliputi usia ayah/ibu juga status (hidup atau mati). Adanya riwayat keluarga yang memiliki penyakit yang menular, menahun, dan menurun (Rukiyah, 2011)

9. Pola Fungsi Kesehatan

1) Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas dan merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsi.

b. Protein

Protein merupakan bahan pokok untuk tumbuh kembang

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

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium tertinggi pada trimester terakhir. Penyerapan kalsium lebih efisien selama kehamilan tetapi tetap penting untuk mengonsumsi banyak makanan yang kaya kalsium. Sumber kalsium yang terbaik diperoleh dari produk-produk susu seperti susu, keju, yoghurt, dan sayuran berdaun hijau tua (Medforth, 2012:54).

d. Zat besi

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

e. Asam folat

Asam folat adalah vitamin B larut air yang dibutuhkan untuk sintesis DNA dan memiliki peran penting dalam pembelahan dan perkembangan sel. Folat adalah derivat asam folat yang ditemukan secara alamiah didalam makanan. Sumber yang paling kaya asam folat adalah sayuran berdaun hijau, kentang, sayuran lain serta kacang-kacangan (Medforth, 2012:61)

2) Eliminasi

Pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi karena kurang gerak badan, peristaltik menurun karena pengaruh hormon dan tekanan pada rektum oleh kepala (Indrayani, 2011:180). Sedangkan untuk BAK ibu trimester III mengalami ketidaknyamanan yaitu sering kencing (Romauli, 2011:139). Karena bagian terendah janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih (Indrayani, 2011:180).

3) Pola aktivitas

Aktivitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktivitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat, dan mengatasi kebosanan yang juga dialami oleh wanita yang tidak hamil. Anjuran supaya pasien mempelajari latihan kegel untuk

memperkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan meningkatkan tonus otot.

4) Pola istirahat dan tidur

Istirahat cukup minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena kava asendan /hipotensi supine (Bobak, 2005:180).

5) Pola seksual

Sering dijumpai bahwa hubungan seksual dapat menimbulkan abortus, persalinan prematur. Hubungan seksual setelah umur kehamilan 30 minggu berbahaya karena terdapat kemungkinan persalinan premature. Cairan prostat mengandung banyak mengandung prostaglandin sehingga dapat merangsang timbulnya his yang akan terus berlanjut menuju persalinan prematur. Namun hubungan seksual saat hamil bukanlah merupakan halangan, asalkan dilakukan dengan hati-hati (Manuaba,2010:192).

6) Personal Hygiene

Perawatan gigi selama masa hamil merupakan hal yang sangat penting. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan karies gigi dapat timbul. Penggunaan pakaian ketat pada perineum mempermudah timbulnya vaginitis dan miliaria (ruam panas). Kerusakan sirkulasi di ekstremitas bawah mempermudah terjadinya varises (Bobak, 2005: 177).

7) Riwayat kebiasaan

a. Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayi. Bayi akan mengalami kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi (Marmi, 2010)

b. Alkohol

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

c. Obat Terlarang

Pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut aman untuk janin atau tidak (Manuaba, 2010)

10. Riwayat Psikososial dan Budaya

Status perkawinan : usia pertama kali menikah, status pernikahan sah/tidak lama menikah, pernikahan sekarang dengan suami keberapa (Manuaba, 2010)

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

kesadaran penderita sangat penting dinilai, dengan melakukan anamnesis. Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan (penderita sadar akan menunjukkan tidak ada kelainan psikologis) (Bobak, 2010: 161).

2) Kesadaran

Mengetahui bagaimana kesadaran umum pasien apakah composmentis/ apatis/ koma

3) Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kehamilan akan meningkat sistol rata-rata 10-20 mmHg.

b. Nadi

Perubahan yang mencolok selama kehamilan disertai peningkatan selama fase ini, penurunan selama titik puncak.

c. Pernafasan

Sedikit peningkatan pernafasan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

d. Suhu

Sedikit meningkat pada saat kehamilan. Dianggap normal karena peniktakan tidak lebih dari 0,5 sampai 10C.

4) Antropometri

a. Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:173)

b. Berat badan

Berdasarkan *Body Mass Index* (BMI) dasar perhitungannya

adalah $BB \text{ kg}/TB^2$ (dalam meter)

Tabel 2. 8. Gambaran bertambahnya Berat Badan ibu Hamil

BMI sebelum hamil	Total Bertambah Berat Badan (Kg)
Rendah (BMI) kurang 19,8	12,5-18
Normal (BMI) antara 19,8-26	11,5-16
Tinggi (BMI) antara lebih 26-29	7-11,5
Gemuk (BMI) lebih 29	Kurang 7

c. Lingkar lengan atas

> 23,5 cm. Jika < 23,5 merupakan indikator status gizi kurang, sehingga beresiko untuk melahirkan BBLR (Prawirohardjo dalam Romauli, 2011 : 173).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kelapa

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

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan.

c) Mata

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

d) Gigi

Adanya caries atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Suryani & Handayani, 2018)

e) Leher

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

f) Mulut

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

g) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Suryani & Handayani, 2018)

h) Payudara

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

i) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin.

Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal.

j) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah

dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini(Yulita et al., 2019)

k) Anus

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

l) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia.

3. Pemeriksaan Khusus

A. Tinggi tundus uteri (TFU)

Dengan cara Mc Donald untuk mengetahui TFU dengan pita ukur dengan cara memegang tenda 0 pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus sehingga dapat ditentukan TFU (Astriana, 2017)

B. Tafsiran Berat Janin

Dihitung dengan rumus dari Johnson Tausak ($TFU \text{ (cm)} - n \times 155 = TBJ$). Bila kepala diatas spin ischiadica maka $n=12$. Bila kepala diatas ischiadica maka $n=11$ (Yulita et al., 2019)

C. Pemeriksaan leopard

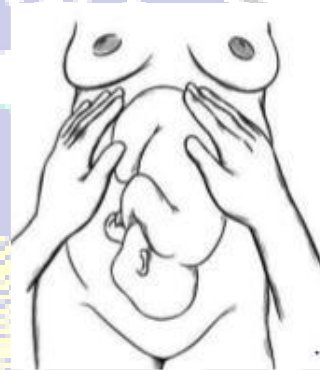
1) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu) (Suryani & Handayani, 2018)

langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- c) Rahim dibawa ke tengah

- d) Tinggi fundus uteri ditentukan
- e) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.



Gambar 2 30. Leopard I

Sumber : (Suryani & Handayani, 2018)

2) Leopold 2

Leopold II digunakan untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin. (Suryani & Handayani, 2018)

langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

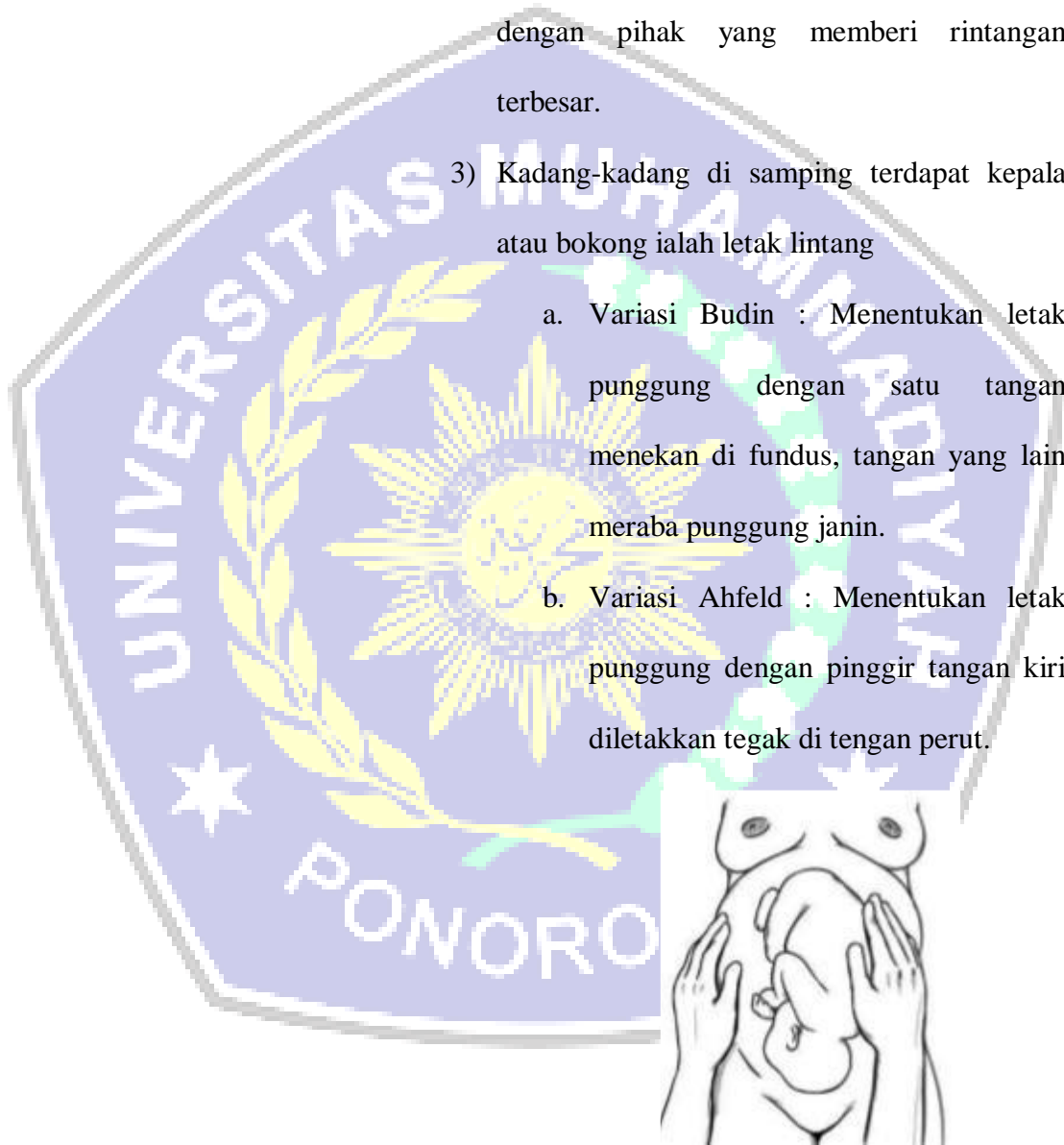
- 1) Kedua tangan pindah ke samping

2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

a. Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin.

b. Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut.



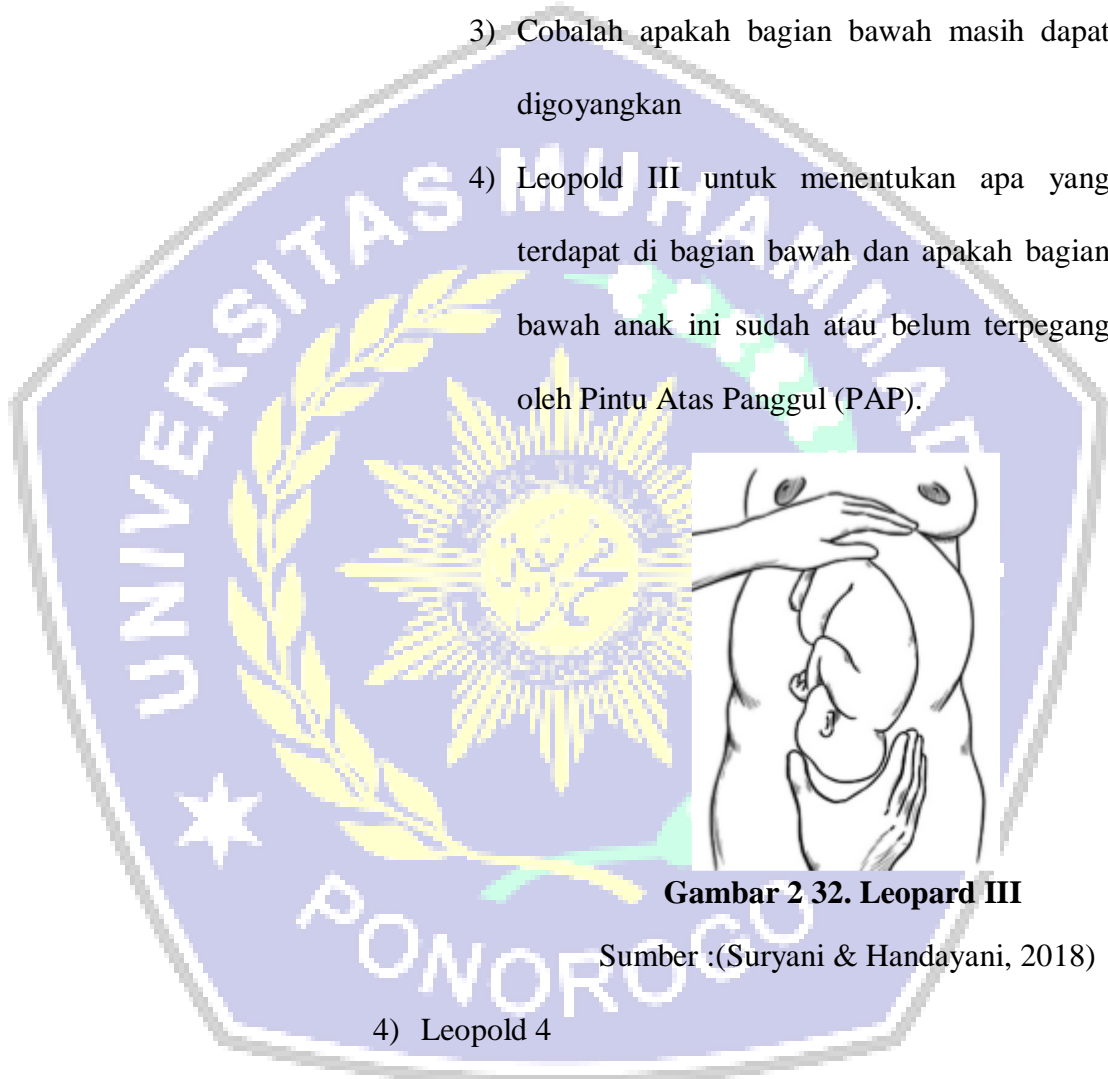
Gambar 2 31. Leopard II

Sumber :(Suryani & Handayani, 2018)

3) Leopold 3

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- 1) Dipergunakan satu tangan saja
- 2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- 3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan
- 4) Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).



Gambar 2 32. Leopard III

Sumber :(Suryani & Handayani, 2018)

- 4) Leopold 4

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- 1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki pasien.

- 2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- 3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- 4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gambar 2 33. Leopard IV

Sumber : (Suryani & Handayani, 2018)

D. Pemeriksaan Denyut Jantung

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). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat,

misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga (Suryani & Handayani, 2018)

E. Perlimaan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi simfisi dan dapat diukur dengan 5 jari pemeriksaan (Handayani, 2018)

- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis
- 2) 4/5 jika sebagian 1/3 bagian janin telah memasuki rongga panggul
- 3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
- 5) 1/5 jika hanya 1 dan 5 masih dapat teraba bagian janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
- 6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul

F. Bidang Hodge

- 1) Bidang Hodge I : bidang setinggi PAP yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakro iliaka, sayap sakum, linea inominata, ramus superior os, pubis tepi atas simpisis pubis.
- 2) Bidang Hodge II : bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dan PAP (Hodge I)
- 3) Bidang Hodge III : bidang setinggi ischiadica berhimpitan dengan PAP (Hodge I)
- 4) Bidang Hodge IV : bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I) (Manuaba,2010)

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah

1) Hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010)

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus. (Manuaba, 2010)

3) Pemeriksaan protein urin

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

4) 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

5) KSPR

Kartu skor puji rochyati dapat digunakan untuk mendeteksi resiko ibu hamil. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, kehamilan resiko tinggi (KRT) DENGAN SKOR 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter kehamilan yang beresiko sangat tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Direktur Kemenkes RI, 2010)

C. Diagnosa kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengakajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat(Direktur Kemenkes RI, 2010)

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, nokturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, dan nyeri pinggang.

D. Perencanaan

Diagnosa kebidanan : 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)

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine(-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.

8) Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) yaitu:

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

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

4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

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

5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

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

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

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

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

Masalah 1 : Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) yaitu:

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 untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- 4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

- 5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik.

Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ Karena penggunaan stoking elastik dapat membantu aliran balik vena.

- 6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ Karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan oedema tidak semakin parah

Masalah 2 : Nokturia/ sering BAK malam hari

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

Kriteria : Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

Infeksi saluran kencing tidak terjadi, Intervensi menurut Ratna (2012) :

1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan mengurangnya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan

progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Romauli (2011), yaitu:

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

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

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

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang

BAB

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.

Masalah : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Ratna (2012), yaitu:

- 1) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

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

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

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

- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- 5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

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

- 6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

- 7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ Dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi

Masalah : Sesak nafas

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

Kriteria :

- 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit
- 2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi menurut Hani (2011) yaitu :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penekanan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

- 5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

Masalah : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut (Manuaba, 2010), yaitu:

1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

2) 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.

3) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

4) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

5) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

6) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal.

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

7) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ Dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

E. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. (Kemenkes RI, 2011)

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien (Direktur Kemenkes RI, 2010)

G. 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

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

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

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalin Pada Persalinan

A. Data Subyektif

1. Identitas

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda.

b) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 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 abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney et al, 2007: 691

2. Keluhan utama

Menurut Manuaba (2010) tanda-tanda persalinan adalah:

1. Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
2. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
3. Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2010: 173) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

3. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin. (Saifuddin, 2010: 769).

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

- a. Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.
- b. Kelas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).
- c. Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.
- d. Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya,

abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser et al, 2009: 322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010: 240).

d) Hipertiroidisme

Menurut Fraser et al (2010: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser et al, 2010)

f) Diabetes melitus

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

4. Riwayat menstruasi

Menurut Marmi 2014 riwayat menstruasi meliputi :

- a) Menarche : terjadinya haid pertama kali yang terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun.
- b) Siklus haid : siklus haid klasik adalah 28hari kurang lebih 2 hari sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita
- c) HPHT : dijabarkan untuk menghitung tanggal tafsiran persalinan

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2004: 10-11). Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 380C. Bila terjadi peningkatan melebihi 380C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga

terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010: 201).

6. Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014: 90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010: 173-174).

7. Riwayat keluarga berencana

Riwayat KB digunakan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date Of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggali kehamilan. (Marmi,2011)

8. Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2010).

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser et al, 2010). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2010). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan

disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2010)

c) Aktivitas

Wanita yang biasanya berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitasnya teratur. Pada kala I bila kepala janin sudah masuk ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk/berjalan-jalan di sekitar kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP anjurkan pasien untuk tidur miring kiri/kanan. Klien dapat tidur terlentang miring kiri kanan tergantung letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011)

d) Istirahat dan tidur

Pengkajian aktivitas sehari-hari pasien perlu dikaji karena data ini memberikan gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang dilakukan di rumah (Manuaba, 2010)

e) Personal Hygiene

Data ini berkaitan dengan ketidaknyamanan pasien dalam proses persalinan. (Manuaba, 2010)

f) Pola Seksual

Riwayat abortus spontan atau ancaman abortus >1x, keguguran yang nyeri terjadi pada TM II ketuban pecah dini, pendarahan atau sakit perut pada kehamilan TM III merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme. (Marmi, 2011)

9. Riwayat ketergantungan

Wanita yang amyak merokok melahirkan anak yang lebih kecil, atau muda mengalami abortus dan pertus prematurus.

Ketergantungan selanjutnya pada obat-obatan terutama pada TM I dan II kehamilan mengakibatkan kelainan organ janin (Manuaba, 2010)

10. Data personalsosial dan budaya

Status perkawinan : usia permana kali menikah, status pernikahan sah/tidak, lama menikah, pernikahana sekaraang adalah dengan suami keberapa (Sulistyawati, 2010)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011).

2. Tanda- tanda vital

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney et al, 2010). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser et al, 2010).

b. Nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama

awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser et al, 2010)

c. Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengndikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney et al, 2010).

d. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2010)

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia.

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuan (Romauli, 2011)

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011)

d. Telinga

Telinga normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, berbentuk simetris

e. Mulut dan gigi

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

f. Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan

peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010)

g. Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal.

h. Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui.

i. Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan

pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih. Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus.

j. Genitalia

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

k. Anus

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

1. Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2010: 163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar.

4. Pemeriksaan khusus

a. Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin.

b. Menghitung Tinggi Fundus Uterus (TFU)

c. Menentukan Tafsira Berat Janin (TBJ)

d. Penurunan kepala

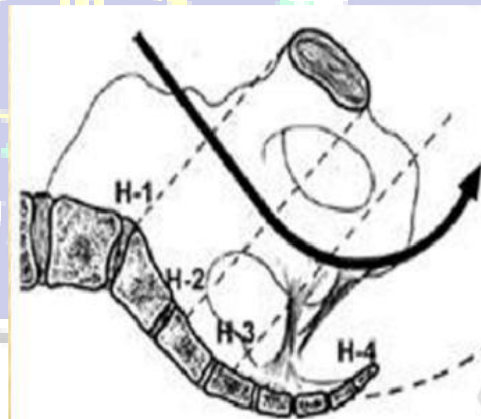
Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).

Tabel

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaanan.

Bidang Hodge Panggul

- 1) Bidang Hodge I : Yaitu batas promontorium pinggir atas simfisis
- 2) Bidang Hodge II : Yaitu bidang sejajar H-I setinggi tepi bawah simfisis
- 3) Bidang Hodge III : Yaitu bidang setinggi spina ischiadica,
- 4) Bidang Hodge IV : Yaitu bidang setinggi ujung bawah os coccygis



Gambar 2 34. Bidang Hodge

(Sumber: Wahyuningsih, 2015).

e. Penilaian denyut jantung janin (DJJ)

f. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010: 173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu

g. Pemeriksaan Dalam

1) Memeriksa genitalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

a. Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

b. Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

c. Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

d. Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

e. Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

f. Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

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

4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

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

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

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

5. Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- 1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
 - 2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
 - 3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
 - 4) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
 - 5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.
6. Pemeriksaan penunjang

a. Urine

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda

infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklamsi.

b. Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg

c. Ultrasonografi (USG)

USG tidak berbahaya untuk janin karena menggunakan prinsip sonar (bunyi) sehingga boleh digunakan pada kehamilan muda.

C. Diagnosa Kebidanan

G_≥1P0/> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

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. Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam pelaksanaan. Partograf memberi peringatan pada petugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat janin dan ibu bahwa mungkin ibu perlu dirujuk (Saifuddin, 2008: 104). Tujuan utama dari penggunaan partograf pada fase aktif adalah untuk :

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

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

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan 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. Manfaat partograf jika digunakan secara tepat dan konsisten akan membantu penolong persalinan untuk :

(1) Mencatat kemajuan persalinan.

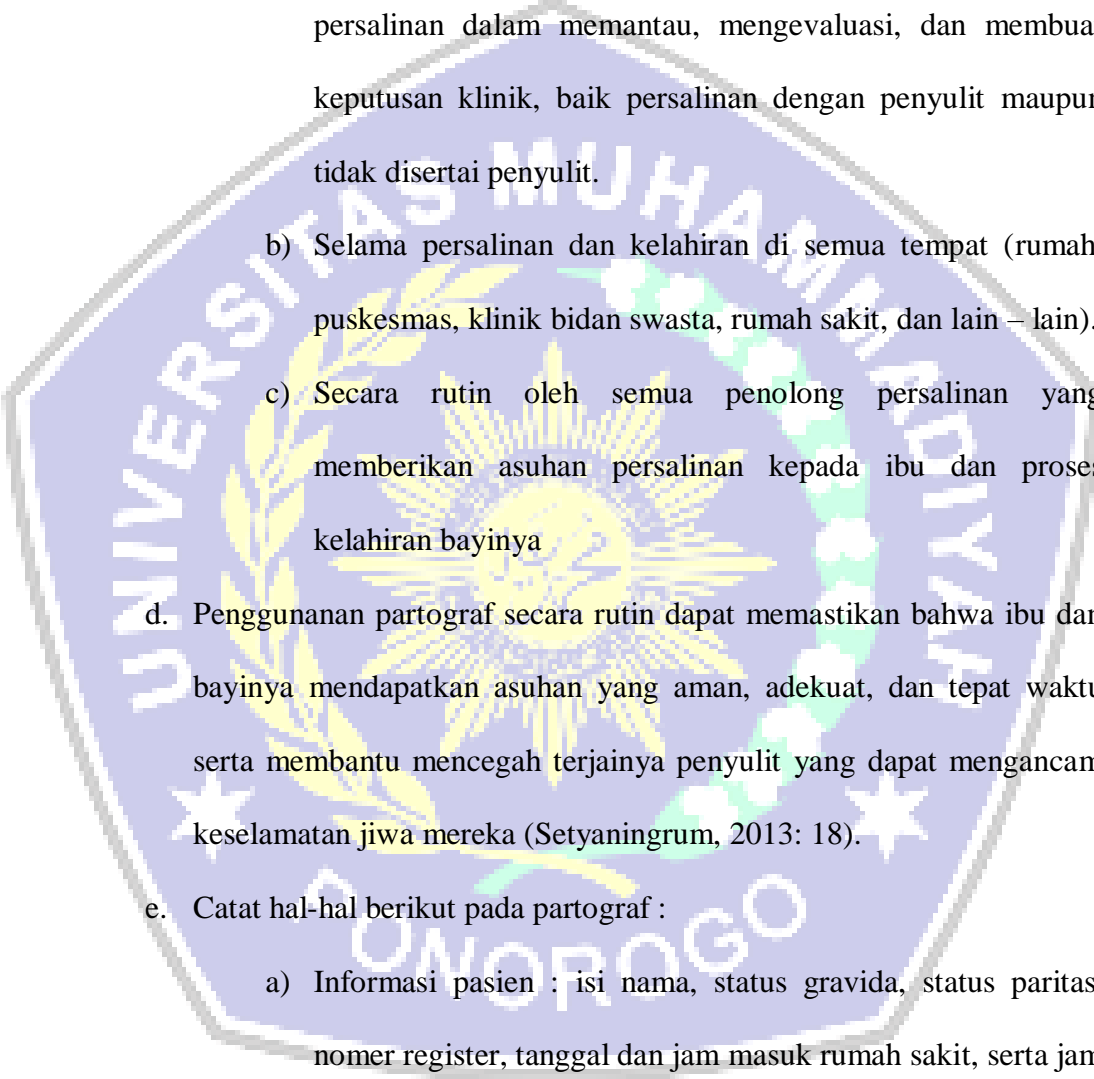
(2) Mencatat kondisi ibu dan janin

(3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.

(4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

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

c. Partograf harus digunakan :

- 
- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I 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 tidak disertai penyulit.
- b) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain – lain).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya
- d. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Setyaningrum, 2013: 18).
- e. Catat hal-hal berikut pada partograf :
- a) Informasi pasien : isi nama, status gravida, status paritas, nomer register, tanggal dan jam masuk rumah sakit, serta jam pecah ketuban atau lama waktu ketuban pecah (apabila pecah ketuban terjadi sebelum pencatatan pada partograf dibuat).
- b) Denyut jantung janin. Catat setiap 30 menit

c) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :

(1) U : Selaput utuh.

(2) J : Selaput pecah, air ketuban jernih.

(3) K : Air ketuban kering

(4) M : Air ketuban bercampur mekoneum.

(5) D : Air ketuban bernoda darah.

f. Perubahan bentuk kepala janin (Molase atau molding) :

a) 0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

b) 1 : tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan

c) 2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

d) 3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

2. Pembukaan mulut rahim (Serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan vaginam dan diberi tanda (x).
3. Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam.
4. Waktu : Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
5. Jam : Catat jam sesungguhnya.

6. Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.
 - a. Kurang dari 20 detik.
 - b. Antara 20 dan 40 detik.
 - c. Lebih dari 40 detik.
7. Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
8. Obat yang diberikan. Catat semua obat lain yang diberikan.
9. Nadi. Catatlah setiap 30 menit dan ditandai dengan sebuah titik besar
10. Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah.
11. Suhu badan. Catatlah setiap dua jam.
12. Protein Aseton dan volume urine. Catatlah setiap kali ibu berkemih.
 - a. Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat
13. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Kekurangan cairan
 - b) Infeksi
 - c) Kram Tungkai
 - b. b. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

c. P_≥1 Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah :

- (1) Retensio plasenta
- (2) Avulsi tali pusat
- (3) Plasenta yang tertahan.

d. P_≥1 Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi :

- (1) Atonia uteri
- (2) Robekan vagina, perineum atau serviks
- (3) Subinvolisio sehubungan dengan kandung kemih penuh
- 5) Perencanaan

G_≥1P0/> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

- 1) KU baik, kesadaran komposmentis
- 2) TTV dalam batas normal
 - a. T : 100/60 – 130/90 mmHg
 - b. S : 36 – 37oC
 - c. N : 80–100x/menit

d. R : 16 – 24x/menit

- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap
- 9) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010)

1. Implementasi

Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

1. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam menagejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.
4. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

5. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.
 - a) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \emptyset maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.
 - b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \emptyset ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

- c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban Ø pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat
- d) mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.
- e) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban Ø atau Ø, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin

2. Observasi TTV

- a. DJJ setiap ½ jam
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam
- c. Nadi setiap ½ jam
- d. Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi
- e. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g. Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

- 6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam. Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu

juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/ Kandungan kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7. Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut langkah-langkah asuhan persalinan normal berdasarkan Panduan Pelatihan Persalinan Normal:

- a) Mengenali tanda dan gejala kala II.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

1. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II.

- b) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

- c) Ibu merasa adanya tekanan pada anus

- d) Perineum menonjol

- e) Vulva dan sfingter ani membuka

- i. Menyiapkan pertolongan persalinan

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

1. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi

ibu dan bayi baru lahir. Mematahkan ampul oksitosin 10 UI, dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

2. Mengenakan baju panutup/ celemek bersih.
3. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
4. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
5. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

ii. Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

1. 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, membersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.
- b. Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
- c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% , kembali ke langkah 9).

2. Dengan teknik antiseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

3. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

4. Memeriksa 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 hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
 - iii. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
8. R/Persiapan keluarga dan klien yang optimak akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Menunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

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

2. Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau

posisi lain yang diingimkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

3. Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

- a. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- b. Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- d. Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- e. Menganjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- f. Menganjurkan asupan cairan per oral (minum).
- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai (5 menit).
- h. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) meneran untuk multipara.
- i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit, menganjurkan

ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.

ii. Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

1. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
2. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
3. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
4. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

iii. Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

9. Kelahiran kepala.

1. 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.

2. Menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain/ kasa bersih.

3. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

4. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

a. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis .

b. Menggerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu beakang

5. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu

untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

10. Lahirnya badan dan tungkai.

1. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

2. Setelah tubuh dan lengan lahir, melusurkantan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

ii. Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotrermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

1. Lakukan penilaian (selintas).

- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak dengan aktif?
11. Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

1. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk bersih dan membiarkan bayi tengkurap di atas perut ibu.

2. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

3. Memberi tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

4. Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

5. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

6. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

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

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

c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

7. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

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

- b. Bayi menyusu dini sekitar 30-60 menit pertama, biarkan tetap berada di dada ibu selama 1 jam.

ii. Manajemen Aktif Kala III

R/ Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

1. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
2. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
3. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

b) Mengeluarkan plasenta.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

1. Lakukan 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 proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

c) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

d) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

i. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

ii. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

iii. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

iv. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

v. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

1. Saat plasenta muncul di introitus vagina,

lahirkan plasenta dengan kedua tangan.

Pegang dan putar hingga selaput ketuban

terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan

plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban robek, pakai sarung

tangan DTT atau steril untuk melakukan

eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan

jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

12. Rangsangan taktil (massage uterus).

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

ii. Menilai perdarahan.

1. Memeriksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
2. Mengevaluasi kemungkinan laserasi (robekan) pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

- iii. Melakukan prosedur pasca salin.R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

1. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
2. Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan dari tubuh. Melepas sarung tangan secara terbalik lalu dicelupkan ke larutan clorin 0,5% dan direndam selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

b) Evaluasi

1. Memastikan kandung kemih ibu kosong
 2. Ajarkan ibu dan keluarga cara masage uterus dan menilai kontraksi.
 3. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
 4. Memeriksa keadaan ibu dan tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua post partum.
- a. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

5. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C). Jika bayi sulit bernapas, merintih, retraksi segera direvisitasi dan dirujuk ke RS.

c) Kebersihan dan Keamanan

1. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), lalu cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

2. Membuang (kasa yang terkontaminasi) kedalam sampah medi, pisahkan sampah medis dan non medis.

3. Bersihkan ibu jari yang terpapar/ terkontaminasi dengan air DTT, lalu bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah dari ranjang/ sekitar ibu berbaring.

Memakaikan ibu pakaian yang bersih dan kering.

4. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu
5. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
6. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
7. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.
8. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
9. Dalam 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. Pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit), dan suhu bayi (normal 36,5°C - 37°C) setiap 15 menit.
10. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

- a. Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

11. Lepas sarung tangan dan dekontaminasi kedua tangan dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.

12. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air mengalir lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering.

13. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV

b) Masalah dalam Kala I :

1. Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010):

- a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

- b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan
- R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Masalah nyeri punggung

Tujuan: Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

Kriteria:

- a) Nyeri punggung berkurang
- b) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008) :

- 1. Hadirkan orang terdekat ibu
R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.
- 2. Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

- 3. Berikan usapan punggung
R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.
- 4. Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5. Pemberian kompres panas pada punggung

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

b) Masalah pada Kala II :Kekurangan cairan

1. Kekuranga cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- a. Nadi 76-100 x/menit
- b. Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- c. Anjurkan ibu untuk minum

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

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

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- e. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

2. Kram Tungkai (Varney dkk, 2007: 722)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

- a. Luruskan tungkai ibu inpartu
- b. R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.
- c. Atur posisi dorsofleksi
R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.
- d. Jangan lakukan pemijatan pada tungkai
R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

3. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

- a. Bayi menangis kuat
- b. Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

- c. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- d. 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 di dalam ruangan yang relatif hangat.

- e. Bounding attachment dan lakukan IMD

R/Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- f. Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

g. Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

d) Masalah Pada Kala III :

1. Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Plasenta tidak ada yang tertinggal

Intervensi menurut Holmes (2012), yaitu:

- a. Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
- b. Coba lakukan plasenta manual bila terjadi perdarahan
R/ Plasenta manual dapat membantu mengeluarkan plasenta yang tidak lahir dalam waktu 30 menit
- c. Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual karena tidak terjadi perdarahan maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas/ kompetensi kegawatdaruratan obstetri.

R/ Melakukan rujukan adalah jalan apabila plasenta manual tidak bisa dilakukan.

d. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ Rujukan memerlukan pendampingan bidan

e) Masalah Pada Kala IV :

1. Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

Kontraksi uterus baik, keras dan bundar Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008), yaitu:

- a. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

R/ Kompresi Bimanual Interna dapat membantu mengurangi perdarahan yang dikarenakan oleh atonia uteri.

- b. Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) . 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 Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

R/ Kompresi Bimanual Ekterna merupakan cara apabila KBI tidak berhasil mengurangi perdarahan karena atonia uteri

- c. Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar lakukan kompresi aorta abdominalis.

R/ Kompresi aorta abdominalis merupakan usaha untuk menghentikan perdarahan apabila dengan KBI dan KBE tidak berhasil.

- d. Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

R/ Rujukan yang segera pada ibu dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu.

2. Robekan vagina, perineum atau serviks (Varney, 2007)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

Vagina dan perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

- a. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul. Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

R/ Penjahitan perineum adalah usaha untuk menghentikan perdarahan yang dikarenakan oleh robekan vagina, perineum atau serviks.

b. Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

c. Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

R/ Pemasangan infuse dapat mengganti cairan / darah yang dikeluarkan

d. Pasang tampon

R/ Mengurangi darah yang keluar

e. Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri. Dampingi ibu ke tempat rujukan

R/ Melakukan rujukan segera dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu.

4. Penatalaksanaan tindakan

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

Ada lima aspek dasar atau lima Benang Merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- i. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- ii. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
- iii. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- iv. Hasil evaluasi ditindak lanjuti 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:

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh

- c) perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.



2.6.3 Konsep Dasar Asuhan Nifas

A. Data subjektif

1. Identitasa

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam pemberian penanganan (Anggraini, 2010).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa. (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

5) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Anggraini, 2010).

6) Alamat

Bermanfaat untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

2. Keluhan utama

Menurut Varney, (2010), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) Nyeri setelah bayi lahir

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 kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan adanya komplikasi.

3. Riwayat kesehatan

Manuaba (2010) menjelaskan penyakit-penyakit yang mempunyai pengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas adalah :

1) Penyakit jantung

Keluhan utama yang dikemukakan meliputi cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak napas disertai sianosis (kebiruan), edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda, dan mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai.

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan yaitu dibagi menjadi hipertensi esensial, dan hipertensi karena penyakit ginjal.

3) Tuberkulosis

Gejala penyakit ini adalah batuk menahun dan bercampur darah. Ibu dengan tuberculosi aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi.

4) Asma

Penyakit asma dalam kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Penyakit asma banyak pengaruhnya terhadap kehamilan.

5) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini. (Manuaba, 2010).

4. Riwayat obstetri

1) 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 beku-beku, warna, bau), serta haid nyeri atau tidak dan kapan terakhir (Marmi, 2011).

2) Riwayat nifas lalu

Menurut Saifuddin (2008), anamnesis riwayat obstetri yang lalu yaitu jumlah kehamilan, jumlah persalinan, jumlah persalinan cukup bulan dan prematur, jumlah anak hidup, jumlah keguguran, jumlah aborsi, perdarahan pada kehamilan, berat bayi <2,5 Kg atau >4 Kg, adanya masalah selama kehamilan hingga nifas

3) Riwayat nifas sekarang

Masa puerperium diikuti pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta disebut lokia. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya adalah lokia rubra (kruenta), keluar dari hari ke-1 sampai 3 hari, berwarna merah da hitam, da terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah. Lokia sanguinolenta, keluar dari hari ke-7 sampai 14 hari, berwarna kekuningan. Lokia alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012).

4) Riwayat KB

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.

5. Pola kebiasaan

a) Nutrisi

Ibu yang 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) (Saifuddin, 2010)

b) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk

membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, 2010).

c) Personal hygienen

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012).

d) Pola istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Istirahat 6-8 jam jika bayi tidur 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 (Saifuddin, 2010)

e) Aktivitas sehari-hari

Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain, yaitu pada satu atau 2 jam setelah persalinan. Sebelum waktu ini, ibu harus diminta untuk melakukan latihan menarik nafas dalam serta latihan tungkai yang sederhana dan harus duduk serta mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur (Marmi, 2011).

f) Aktivitas seksual

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2010).

6. Riwayat psikologi

Satu atau dua hari postpartum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ia hanya menuruti nasihat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu membicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap:

a) Taking in

- a. Tingkah laku ibu tergantung orang lain dan hanya fokus pada dirinya sendiri.
- b. Terjadi pada 1-2 hari sesudah melahirkan.

c. Mengenang pengalaman melahirkan.

d. Nafsu makan bertambah.

b) Taking hold

a. Terjadi pada 2-4 hari postpartum

b. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi

c. Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh

d. Terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

c) Letting go

a. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.

b. Ibu mengambil tanggungjawab terhadap perawatan bayi.

c. Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis (Manuaba, 2010).

2. Tanda tanda vital

a. Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2010)

b. Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2010).

c. Suhu

Manuaba (2012) menambahkan bahwa segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi.

d. Pernafasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal selama jam pertama pasca partum

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

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

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagian akibat deposit pigmentasi yang berlebihan tidak sembab. Berbentuk simetris bila tidak menunjukkan kelumpuhan.

c. Mata

Untuk mengidentifikasi adanya tanda anemis, eklamsia postpartum bias terjadi 1-2 hari postpartum (Anggraini, 2010).

d. Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, adanya sekret atau tidak

e. Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya karises gigi.

f. Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, berbentuk simetris

g. Leher

Untuk mengkaji adanya infeksi traktus pernafasan, jika ada panas sebagai diagnose banding. Inspeksi leher untuk melihat bentuk dan kesimetrisan leher serta pergerakannya

h. Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu: putting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI.

i. Dada

Pernafasan teratur, tidak ada wheezing (ronchi) berhubungan dengan penyakit saluran pernafasan.

j. Abdomen

Setelah plasenta lahir TFU \pm 2 jari bawah pusat (Wiknjosastro, 2010). Kontraksi uterus baik artinya uterus menjadi keras, atau kontraksi lembek, uterus terasa lemah. Setelah janin dilahirkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir TFU 2 jari bawah pusat. Pada hari ke 5 post partum uterus setinggi 7 cm diatas simpisis atau setengah simpisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi diatas simpisis.

k. Genetalia dan anus

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

teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Sukarni,2013).

Menurut Manuaba (2010), pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu lokia rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1- 3 hari, berwarna, merah dan hitam dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah, lokia sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lokia serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lokia alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih.

1. Kandung kemih

Terjadi beberapa perubahan penting setelah persalinan diantaranya makin meningkatnya pembentukan urine untuk mengurangi hemodilusi darah (Manuaba, 2012).

m. Ekstermitas

Normal, tidak terdapat flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. Memeriksa adanya tromboflebitis, edema, menilai pembesaran

varices, dan mengukur reflek patela (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum).

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli jika ada indikasi. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut tidak anemia jika $Hb \geq 11$ g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika $Hb < 7$ gr% (Manuaba, 2012)

C. Analisa data

Analisa data merupakan pendokumentasian hasil analisa dan kesimpulan dari data subjektif dan objektif mencakup diagnosa masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosa masalah potensial.

D. 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 psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, Kriebs dan Geger, 2010).

E. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan

kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010: 114).
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- 3) Tanda-tanda vital:
 - a. T : 110/70-130/90 mmHg
 - b. N : 60-80 x/menit
 - c. S : 36-37,50C
 - d. R : 16-24x/menit

Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

- a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

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: 201).

KU bayi baik

- a) R : 30-60x/menit
- b) S : 36,5-37,50C

Intervensi :

- 1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.
R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi
- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.
R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2010: 377).
- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

- 4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012: 89)

- 5) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

Masalah

Kemungkinan masalah :

Masalah : Eliminasi BAB (Konstipasi)

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012: 88), antara lain :

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB jika terasa.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi BAB.

Masalah : Eliminasi BAK (Retensio Urinaria)

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi retensio urin

Intervensi menurut Purwanti (2012: 89)

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

- 2) Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu.

Masalah : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

- 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.

F. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Didasarkan mandiri kolaborasi dan rujukan (Kemenkes, 2010)

G. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

H. Dokumentasi

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan :

Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakannya asuhan formulir yang tersedia

S : data subjektif mencatat hasil anamesa

O : data objektif mecatat hasil pemeriksaan

A : hasil analisa, mecatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan mecatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan

Langkah implemenasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan KB



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

A. Data subjektif

1) Identitas

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi yang tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi. (Manuaba, 2010)

2) Keluhan utama

Terjadinya seborrhea, millariassis muntah gumoh oral thush.(Marmi, 2012)

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir dan perkiraan kehamilan. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah yang ada. (Varney. 2010)

4) Riwayat natal

Usia gestansi pada waktu kelahiran bayi, lama persalinan peresentase janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu dan cairan amiotomi yang berbau adalah factor resiko signifikan terjadinya infeksi neonatal (Walsh,2012)

5) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain seperti menghisap, kemampuan untuk menelan kesadaran, berkemih dan mengeluarkan meconium (Varney, 2010)

6) Riwayat imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan uniject

7) Pola kebiasaan

1) Nutrisi

Pada hari-hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700-800 ml ASI per hari (kisaran 600-1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi. (saifuddin, 2013)

2) Eliminasi

Bayi mempunyai feces lengket berwarna hitam kehijauan selama dua hari pertama, ini disebut mekoneum. Feces bayi yang diberi ASI akan berubah warna jadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (seedy). Bayi akan BAB 1 sampai 4 kali per hari dan BAK 4-5 kali/hari. Saifuddin,2013)

3) Istirahat

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering waktu tidur 45 menit sampai 2 jam.

4) Personal hygiene

Bayi di mandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Perawatan tali pusat ialah

menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat.

5) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga mendapat pola tidur yang lebih baik.

B. Data objektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,50C – 37,50C. (Varney,2013)

2) Tanda tanda vital

1) Penafasan

Laju nafas bayi normalnya 40-60 kali per menit

2) Suhu

Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C.

3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit.

3) Antropometri

1) Berat badan

Dalam tiga hari pertama berat badan akan turun oleh karena bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, sedang cairan yang masuk belum cukup. Turunnya berat badan tidak lebih dari 10%, berat badan akan naik lagi pada hari ke-4 sampai hari ke-10 dan seterusnya.

2) Panjang badan

Panjang bayi rata-rata 50 cm, dengan kisaran normal 48-52 cm. Pertambahan panjang yaitu 2 cm per bulan pada 6 bulan pertama.

3) Ukuran kepala

Ukuran-ukuran kepala bayi normal aterm:

Dimeter suboksipito-bregmatikus : $\pm 9,50$ cm

Diameter oksipito-frontalis : $\pm 11,75$

cm

Diameter oksipito metalis : $\pm 13,50$ cm

Diameter submento-bregmatika : $\pm 9,50$ cm

Diameter biparietalis : $\pm 9,50$ cm

Diameter bitemporalis :	± 8 cm
Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus :	32 cm
Sirkumferensia submento-bregmatikus :	± 32 cm
Sirkumferensia oksipito frontalis :	± 34 cm
Sirkumferensia mento-oksipitalis :	± 35 cm

4) Lingkar dada : `33-38 cm

5) Lingkar lengan : ± 11 cm

4) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Besar, bentuk, molding, sutura tertutup/melebar, kaput suksadenum, hematoma, dsb (Winkjosastro, 2010).

2) Mata

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu .Kaji perdarahan subkonjungtiva, mata yang menonjol, katarak dan lain-lain (Winkjosastro,2010)

3) Hidung

Pemeriksa harus memblok setiap lubang hidung ketika mulut bayi tertutup untuk menjamin bahwa aliran udara mengalir dengan bebas melalui lubang hidung yang lain.

4) 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.

5) Leher

Seluruh leher harus diinspeksi dan dipalpasi. Bayi harus mempunyai rentang gerak penuh dan simetris .

6) Dada

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.

7) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2010). 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.

8) Genetalia

1) Laki-laki

Lokasi meatus uretra harus diperiksa pada neonatus laki laki. Meatus ini harus tepat diujung penis. Pemeriksa harus menetapkan lokasi kedua testis

2) Perempuan

Pada bayi perempuan, tonjolan labia mayora, minora, dan klitoris harus diperhatikan

9) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, mengalami kebuntuan/ tidak

10) Ekstermitas

1) Atas

Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari.

2) 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.

11) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning.

5) Pemeriksaan neologis

Beberapa reflek pada bayi yaitu:

1) Refleks morro/kaget

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriak kencang atau gerakan yang mendadak. Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan (Dewi, 2010:25)

2) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar ke arah pipi yang digores, reflex ini menghilang pada usia 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya menunjukkan adanya gangguan neurologis berat (Varney. 2008).

3) Refleks sucking/menghisap

Dilihat pada saat bayi menyusu (Dewi, 2010:25).

4) Refleks Swallowing (menelan)

Dilihat pada saat benda-benda didekatkan pada bayi kemulutnya, memungkinkan bayi memasukkan makanan secara permainan tetapi berubah sesuai pengalaman (Judarwanto, 2014).

5) Refleks tonic neck/menoleh

Cara mengukurnya dengan memutar kepala dengan cepat ke satu sisi. Pada kondisi normal bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya Refleks ini tidak terjadi setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan. Kondisi patologis bila respon terjadi setiap kali diputar, jika menetap adanya kerusakan sererebral mayor (Varney, 2010)

6) Refleks grasp (palmar)/menggenggam

Bayi akan menggenggam kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat (Dewi, 2010)

7) Refleks neck righting/gerakan leher dan bahu

Pada posisi telentang, ekstremitas di sisi tubuh di mana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi. Tonus otot dapat dilihat pada respons bayi terhadap gerakan pasif (Fraser & Cooper, 2010).

8) Refleks galanfs/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong. Pada kondisi normal punggungbergerak kearah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama.kondisi patologis bila tidak

adanya reflex menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Varney, 2010)

9) Refleksi ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi ini normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Doen (Varney, 2010).

10) stepping/melangkah

Jika disangga pada posisi tegak dengan kakinya. Menyentuh permukaan datar, bayi seperti mencoba berjalan . jika digendong dengan tibia menyentuh ujung meja, bayi akan mencoba menaiki meja tersebut reflex perubahan ekstremitas (Judarwanto, 2014).

11) Refleksi babinski/jari kaki

Cara mengukur dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar. Dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari kaki laki mengembang dan ibu jari kaki dorso fleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun. Kondisi patologis bila perkembangan jari kaki dorso fleksi setelah 2 tahun, adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Saifuddin, 2010)

C. Diagnosa kebidanan

Neonates usia 0-28 hari jenis kelamin laki-laki/perempuan keadaan umum baik, kemungkinan masalah, hipotermi, ikterus, gumoh dan muntah, seborrhea (Marmi, 2012)

D. Perencanaan

Diagnosa : NCB SMK Usiajam/hari

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ektrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik dan TTV normal
- 2) S : 36,5-37,5 oC
- 3) N : 120-160 x/menit
- 4) RR : 40-60 x/menit
- 5) Bayi menyusu kuat
- 6) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
R/: Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.
- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua
R/: Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
- 3) 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).

- 4) 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.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik

R/: Suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 oC. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2010)

Masalah : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi 36,5-37,5 oC dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2010).

Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ : Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/: Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ : Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

Masalah : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum $<12,9$ mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin.

Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

1) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ : Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

2) 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).

3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ : Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2010)

4) 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.

Masalah : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Manuaba, 2010).

- 1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ : Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- 2) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ : Krim hydrocortison biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- 3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ : Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- 4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ : Penatalaksanaan lebih lanjut

E. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif, efiien, efektif, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehebalitatif dan dilaksanakan secara mandiri kolaborasi dan rujukan

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi pasien dan perkembangan pasien. Hasilnya akan dicatat dan dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga .

G. Dokumentasi

Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Kemenkes RI (2010), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan.

2.2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Data subjektif

1. Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari supaya tidak ketuker.

2) Umur

Pada wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi guna untuk menunda kehamilan usia 20-35 untuk menunda kehamilan. Dan pada usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan.

3) Agama

Untuk mengetahui kepercayaan pasien dalam membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa

4) Pendidikan

Semakin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif metode KB yang dianjurkan.

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk atau mereka yang jadwalnya tidak diduga.

6) Alamat

Untuk mengetahui gambaran jarak dan waktu tempuh pasien dalam menuju lokasi.

2. Keluhan utama

Pada umumnya klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin tambah anak lagi (Saifuddin, 2010).

3. Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak dipergunakan oleh ibu penderita kanker payudara atau penyakit kanker, kontrasepsi implant dapat digunakan oleh ibu yang menderita tekanan darah tinggi dengan masalah pembekuan darah. Kontrasepsi pil progestin tidak boleh digunakan oleh wanita penyakit stroke, jantung, kanker payudara. Pada pasien kelainan jantung derajat III dan IV sebaiknya menggunakan AKDR, tubektomi/vasetomi.

4. Riwayat kebidanan

Pada ibu bersalin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MA. Ketika ibu mengalami menstruasi maka ibu bias menundanya kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain selain MAL.

5. Riwayat KB

Penggunaan KB suntik dapat digunakan pada aseptor, pasca keguguran, tanpa ada kotraindikasi dari masing-masing jenis

kontrasepsi tersebut. Asien pernah mengalami ekspulsi AKDR ketidaknyamanan mengetahui tanda-tanda bahaya dari AKDR.

6. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Intensitas konsumsi makanan dan minuman yang sering perlu diwaspadai sebagai tanda gejala penyakit diabetes. Menurut Saifuddin (2010) penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita diabetes melitus.

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesterin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2010).

3) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Pola seksual

Dapat berhubungan seksual dengan MAL setelah 40 hari post partum karena MAL menjadi alat kontrasepsi yang mengandalkan ASI dan tidak mengganggu senggama (Hidayati, 2010).

5) Personal hygiene

Kebersihan perlu lebih diperhatikan karena pada pemakaian IUD potensial PID lebih tinggi (Saifuddin, 2010).

7. Riwayat ketergantungan

- 1) Efektivitas implan menurun bila menggunakan obat-obat TBC dan epilepsi
- 2) Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

B. Data objektif

Pemeriksaan umum

1. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg.

2) Nadi

Nadi. Denyut nadi ireguler (aritmia) menunjukkan klien kemungkinan mengidap kelainan jantung (Saifuddin, 2010).

3) Suhu

Suhu normal 36–37°C, pada akseptor dengan radang panggul akan terjadi kenaikan suhu mencapai 38°C atau lebih (Hartanto, 2013).

2. 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 (Hartanto, 2010: 171). Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan. Ibu dengan obesitas tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi hormonal (Manuaba, 2010).

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran kepala, bentuk, kontur, kesimetrisan wajah lokasi dan nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, 2010)

b. Muka

Akan timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Sulistiawati, 2013).

c. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

d. Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan meliputi nasaf cuping hidung, ukuran, letak, kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan.

e. Telinga

Observasi yang dilakukan meliputi pembesaran atau nyeri tekanan pada mastoid, ketajaman pendengaran, bentuk, lesi, dan benjolan.

f. Leher

Tidak ditemukan penegangan vena jugularis, tidak pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe (Saifuddin, 2010).

g. Payudara

a) Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau cervix, malah progesterone termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

b) Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010).

c) Terdapat benjolan/kanker payudara/riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan maupun progestin (Saifuddin, 2010).

h. Abdomen

- a) Dapat terjadi kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR. Pastikan dan tegaskan adanya penyakit radang panggul dan penyebab lain dari kekejangan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR (Safuddin, 2010).
- b) Bila ditemukan pengguna implan disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010)

i. Genetalia

- 1) DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan, amenorea (Hartanto, 2010).
- 2) Dampak yang ditimbulkan dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010).
- 3) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus saat tindakan vasektomi adalah adanya temuan berupa undensensus testikularis, hidrokel/varikokel, massa intraskrotalis atau hernia inguinalis (Margareth, 2013).

j. Ekstermitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). 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..

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina, selain itu juga untuk mengetahui adanya tanda-tanda kehamilan.

C. Dignosa kebidanan

PAPIAH umur 15-49 tahun, calon peserta KB pasca salin, keadaan umum baik, tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, prognosa baik

Intervensi

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik.

Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu kelihatan tenang

D. Perencanaan

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 (Kemenkes RI, 2011).

E. Implementasi

Bidan melaksanakan suhan kebidanan secara komperhensif efektif, efisien, dan aman berdasarka evidence based kepada pasien dalam bentuk upaya promotif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2010)

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan

perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2010), evaluasi ditulis dalam bentuk :

catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan.

